



Преодоление неравенства в борьбе против рака:

**ПРОГРАММА ПО РАСШИРЕНИЮ ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ
В СТРАНАХ С НИЗКИМ И СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ**

**Международная рабочая группа
по расширению доступа к лечению рака
и контролю над его распространением
в развивающихся странах**



Преодоление неравенства в борьбе против рака: программа по расширению доступа к лечению в странах с низким и средним уровнем доходов

Впервые опубликовано в октябре 2011 года ректором и научными сотрудниками Гарвардского колледжа в рамках Гарвардской глобальной инициативы по обеспечению справедливости.

Защищено авторским правом.
Copyright © 2011
Ректор и научные сотрудники Гарвардского колледжа.
Все права защищены.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЦИТАТА

Knaul, Felicia Marie и Farmer, Paul. Overview. In Knaul, Felicia Marie, Frenk, Julio и Shulman, Lawrence for the Global Task Force on Expanded Access to Cancer Care and Control in Developing Countries. Closing the Cancer Divide: A Blueprint to Expand Access in Low и Middle Income Countries. Harvard Global Equity Initiative, Boston, MA, November 2011. (Кнауль, Фелиция Мари и Фармер, Пол. Обзор. Цит. по: Кнауль, Фелиция Мари, Френк, Хулио и Шульман, Лоренс для международной рабочей группы по расширению доступа к лечению рака и контролю над его распространением в развивающихся странах. Преодоление неравенства в борьбе против рака: Программа по расширению доступа к лечению в странах с низким и средним уровнем доходов. Гарвардская глобальная инициатива по обеспечению справедливости, Бостон, Массачусетс, ноябрь 2011 г.)

<http://gtfcc.harvard.edu>

Данная публикация защищена авторским правом. Она может быть бесплатно воспроизведена любым способом для образовательных или некоммерческих целей без письменного разрешения Гарвардской глобальной инициативы по обеспечению справедливости (HGEI). Во всех остальных случаях для копирования, использования в других публикациях или перевода либо адаптации должно быть получено предварительное письменное разрешение у издателя, и возможно взыскание сбора. Электронная версия доступна для бесплатного скачивания на сайте <http://gtfcc.harvard.edu>.

Дизайн и верстка обложки: Оливер Гантнер (Oliver Gantner) и Мэрикармен Васкес (Marycarmen Vazquez), arte i diseño.

Мнения, выраженные в данной публикации, принадлежат GTF.CCC и необязательно отражают мнение HGEI, а также ректора и научных сотрудников Гарвардского колледжа. Авторы приложили все усилия для обеспечения достоверности информации, приведенной в данной публикации, однако мы сохраняем за собой право на ошибку.



МЕЖДУНАРОДНАЯ РАБОЧАЯ ГРУППА ПО РАСШИРЕНИЮ ДОСТУПА
К ЛЕЧЕНИЮ РАКА И КОНТРОЛЮ НАД ЕГО РАСПРОСТРАНЕНИЕМ
В РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ

Harvard Global Equity Initiative, Secretariat
651 Huntington Avenue
FXB Building, Room 632
Boston, MA 02115
Email: gtfcc@harvard.edu

**МЕЖДУНАРОДНАЯ РАБОЧАЯ ГРУППА ПО РАСШИРЕНИЮ ДОСТУПА
К ЛЕЧЕНИЮ РАКА И КОНТРОЛЮ НАД ЕГО РАСПРОСТРАНЕНИЕМ
В РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ**

ЧЛЕНЫ ГРУППЫ

ПОЧЕТНЫЙ СОПРЕЗИДЕНТ

**Ее Королевское Величество Принцесса Дина
Миред (Dina Mired)**

Генеральный директор Фонда рака
имени Короля Хусейна
Почетный председатель Программы по борьбе с раком
молочной железы Иордании,
Иорданское Хашимитское Королевство

ПОЧЕТНЫЙ СОПРЕЗИДЕНТ

**Ланс Армстронг
(Lance Armstrong)**

Учредитель Фонда Ланса Армстронга
LIVESTRONG

СОПРЕДСЕДАТЕЛЬ

**Лоренс Шульман
(Lawrence Shulman), MD**

Главный врач и старший вице-президент
по медицине Института рака
Дана-Фарбер

СОПРЕДСЕДАТЕЛЬ

**Хулио Френк
(Julio Frenk), MD, MPH, PhD**

Декан Гарвардской школы здравоохранения,
бывший министр здравоохранения
Мексика

СЕКРЕТАРИАТ

Фелиция Мари Кнауль (Felicia Marie Knaul), MA, PhD

Директор Гарвардской глобальной инициативы по обеспечению справедливости
Доцент медицинских наук, Гарвардская медицинская школа
Учредитель "Tomatelo a Pecho, A.C."

ЧЛЕНЫ

Сэр Джордж Аллейн (Sir George Alleyne), OCC, MD, FRCP, FACP (Hon.), DSc (Hon.)

Почетный директор, Советник Панамериканской организации здравоохранения,
Университет Вест-Индии

Рифат Атун (Rifat Atun), MBBS, MRCP, MBA, DIC, MFRM

Директор блока по стратегии, исполнению и оценке, Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией

Агнес Бинагвахо (Agnes Binagwaho), MD

Министр здравоохранения Руанды
Приглашенный лектор по социальной медицине, Гарвардская медицинская школа

Дуглас Блейни (Douglas Blayney), MD

Директор по медицине фонда Энн и Джона Дёрр, Стэнфордский онкологический центр

Линкольн К. Чен (Lincoln C. Chen), MPH, MD

Президент, Медицинский совет Китая

Саломон Черторивски Уолденберг (Salomon Chertorivski Woldenberg), MPP

Министр здравоохранения Мексика

Лоренс Кори (Lawrence Corey), MD

Президент и директор Онкологического исследовательского центра Фреда Хатчинсона
Руководитель отдела вирусологии, кафедра лабораторной медицины Вашингтонского университета
Профессор медицины и лабораторной медицины Вашингтонского университета

Пол Фармер (Paul Farmer), MD, PhD

Профессор университета Колорадо и заведующий кафедрой глобального здравоохранения и социальной медицины
Гарвардской медицинской школы
Руководитель отделения глобальной справедливости в здравоохранении, Женская больница Бригхэм
Специальный посланник ООН по Гаити
Соучредитель фонда Partners In Health

Сэр Ричард Фичем (Sir Richard Feachem), KBE, FEng, DSc(Med), PhD

Директор Глобальной группы по здравоохранению, Университет Калифорнии, Сан-Франциско
Профессор глобального здравоохранения Университета Калифорнии, Сан-Франциско и Беркли
Бывший исполнительный директор Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией

Роджер Гласс (Roger Glass), MD, MPH, PhD

Директор Международного центра Фогарти, Национальные институты здравоохранения
Заместитель директора по международным исследованиям, Национальные институты здравоохранения

Мэри Господарович (Mary Gospodarowicz), MD, FRCPC, FRCR

Директор по медицине онкологической программы Больница Принцессы Маргариты
Профессор и заведующий кафедрой радиационной онкологии Университета Торонто
Избранный президент Союза международной борьбы с раком

Джули Грэллоу (Julie Gralow), MD

Профессор медицины/онкологии, Школа медицины Вашингтонского университета
Ассоциированный член Онкологического исследовательского центра Фреда Хатчинсона
Директор отделения рака молочной железы Ассоциации Сиэтла по лечению раковых заболеваний

Санджай Гупта (Sanjay Gupta), MD

Главный корреспондент по медицинским вопросам, отдел здравоохранения и медицины, CNN
Старший преподаватель нейрохирургии, Школа медицины Университета Эмори
Заместитель начальника отделения нейрохирургии, больница Университета Эмори и больница Grady Memorial

Ана Лэнгер (Ana Langer), MD

Координатор Особой инициативы декана по здоровью женщин, кафедра глобального здравоохранения и населения,
Гарвардская школа здравоохранения
Бывший президент и генеральный директор EngenderHealth

Джулиан Лоб-Левит (Julian Lob-Levyt), MD, MSC

Старший вице-президент DAI
Управляющий директор DAI Europe, DAI
Член Международной инициативы по созданию вакцины против СПИДа

Энтони Мбеву (Anthony Mbewu), MD

Приглашенный профессор кардиологии и медицины внутренних болезней, Кейптаунский университет

Элизабет Дж. Нейбел (Elizabeth G. Nabel), MD

Президент, Женская больница Бригхем
Профессор медицины, Гарвардская медицинская школа

Питер Пиот (Peter Piot), MD, PhD

Директор Лондонской школы гигиены и тропической медицины
Бывший исполнительный директор ЮНЭЙДС и заместитель Генерального секретаря
Организации Объединенных Наций

Джонатан Д. Квик (Jonathan D. Quick), MD, MPH

Президент и Генеральный директор организации Management Sciences for Health
Кафедра глобального здравоохранения и социальной медицины, Гарвардская медицинская школа

Оливье Рейно (Olivier Raynaud), MD

Старший директор секции глобального здоровья и здравоохранения, Всемирный экономический форум

К. Сринаг Редди (K. Srinath Reddy), MD, DM

Президент Фонда здравоохранения Индии

Джеффри Д. Сакс (Jeffrey D. Sachs), PhD
Директор Института Земли Колумбийского университета
Профессор устойчивого развития Quetelet и профессор политики и управления здравоохранением, Колумбийский университет
Специальный советник Генерального секретаря ООН Пан Ги Муна

Джон Р. Сеффрин (John R. Seffrin), PhD
Генеральный директор Американского онкологического общества

Джейм Сепулведа (Jaime Sepulveda), MD, MPH, DrSc
Исполнительный директор отделения глобальных медицинских наук Университета Калифорнии, Сан-Франциско

Джордж В. Следж мл. (George W. Sledge), MD
Президент Американского общества клинической онкологии
Профессор онкологии Ballve-Lantero, Университет штата Индиана
Профессор медицины и патологии, Университет штата Индиана
Содиректор Программы рака молочной железы Онкологического центра Саймон Университета штата Индиана

СЕКРЕТАРИАТ

ГЛОБАЛЬНОЙ ИНИЦИАТИВЫ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ СПРАВЕДЛИВОСТИ

Фелиция Мари Кнауль (Felicia Marie Knaul), PhD, MA
Директор

Афсан Бхаделия (Afsan Bhadelia), MS
Научный сотрудник

Кэти Кэхилл (Kathy Cahill), MPH
Старший консультант

Аманда Бергер (Amanda Berger)
Младший референт

Майя Плейк (Maja Pleic)
Младший референт

ТЕХНИЧЕСКИЙ КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ

Ханс-Олов Адами (Hans-Olov Adami), MD, PhD
Заведующий кафедрой эпидемиологии, Гарвардская школа здравоохранения
Профессор кафедры эпидемиологии, Гарвардская школа здравоохранения

Кэрри Адамс (Cary Adams), MBA, BSc
Генеральный директор Союза по международному контролю рака (UICC)

Клемент Абедамово (Clement Adebamowo), BMChB (Hons), FWACS, FACS, ScD
Доцент кафедры эпидемиологии и профилактической медицины, Школа медицины, Университет штата Мэриленд
Доцент Института человеческой вирусологии, Университет штата Мэриленд
Директор управления стратегической информации и исследований, Институт человеческой вирусологии, Нигерия

Самия аль-Амуди (Samia Al-Amoudi), MD
Генеральный директор и учредитель Центра передового опыта по лечению рака молочной железы имени Шейха Мохаммеда Хусейна аль-Амуди
Председатель, научный председатель центра исследований рака молочной железы
Доцент, консультант, врач акушер-гинеколог, Университет короля Абдель Азиза

Бенджамин Андерсон (Benjamin Anderson), MD

Председатель и директор Глобальной инициативы «Здоровье молочной железы»
Совместный сотрудник отделения наук в области здравоохранения Онкологического исследовательского центра Фреда Хатчинсона
Профессор хирургии и совместный профессор кафедры глобального здравоохранения Вашингтонского университета
Директор Клиники здоровья молочной железы Ассоциации Сиэтла по лечению раковых заболеваний

Джон Ким Андрус (Jon Kim Andrus), MD

Ведущий технический консультант по проекту комплексной иммунизации семьи, Панамериканская организация здравоохранения
Профессор кафедры глобального здравоохранения и директор глобальной программы здравоохранения Университета Джорджа Вашингтона

Кейт Армстронг (Kate Armstrong), BMed, DCH, MPH

Учредитель и президент организации Caring & Living as Neighbours (CLAN)
Председатель рабочей группы по оказанию помощи детям Альянса по неинфекционным заболеваниям

Гектор Арреола-Орнелас (Hector Arreola-Ornelas), MSc

Координатор по экономическим исследованиям, здравоохранению и конкурентоспособности, Fundacion Mexicana para la Salud

Рашид Башшур (Rashid Bashshur), MS, PhD

Директор по телемедицине Центра медицины Университета штата Мичиган
Почетный профессор управления и политики в области здравоохранения Школы здравоохранения Университета штата Мичиган

Заид Битар (Zaid Bitar), BSc

Начальник отдела международного развития Фонда рака имени Короля Хусейна

Джин Бакмен (Gene Bukhman), MD, PhD

Старший преподаватель Гарвардской медицинской школы
Директор Программы по глобальным неинфекционным заболеваниям и социальным изменениям, Гарвардская медицинская школа
Заместитель клинического директора Partners in Health, Руанда
Старший технический консультант по неинфекционным заболеваниям, Министерство здравоохранения Руанды

Майра Калеффи (Maira Caleffi), MD, PhD

Президент Federagao de Institutes Filantropicas de Apoio a Saude da Mama (FEMAMA)

Кори Каспер (Corey Casper), MD, MPH

Доцент медицины Вашингтонского университета
Младший научный сотрудник Программы по инфекционным заболеваниям отделения клинических исследований Онкологического исследовательского центра Фреда Хатчинсона
Младший научный сотрудник по эпидемиологии отделения наук в области здравоохранения Онкологического исследовательского центра Фреда Хатчинсона

Дов Черничовский (Dov Chernichovsky), MA, PhD

Профессор кафедры управления системами здравоохранения Университета имени Бен-Гуриона в Негеве
Научный сотрудник Национального бюро экономических исследований
Руководитель группы здравоохранения Центра исследований в области социальной политики им. Тауба, Израиль

Джеймс Ф. Клири (James F. Cleary), MD

Доцент медицины (медицинской онкологии) Школы медицины и здравоохранения Университета штата Висконсин
Директор Службы паллиативной медицины, Больница и клиника Университета штата Висконсин
Директор Центра сотрудничества ВОЗ по политике лечения боли и паллиативной медицине при Университете штата Висконсин

Ти Коллинз (Tea Collins), MD, MPH

Исполнительный директор Альянса по неинфекционным заболеваниям

Дэвид Катлер (David Cutler), PhD

Профессор прикладной экономики Otto Eckstein Гарвардского университета

Алессандра Дерстайн (Alessandra Durstine), MS, MBA

Вице-президент по региональным стратегиям Международного отдела Американского онкологического общества

Барбара Феррер (Barbara Ferrer), PhD, MPH, MEd

Исполнительный директор Комиссии по здравоохранению Бостона

Линдсей Фрейзер (Lindsay Frazier), MD, ScM

Ординатор Института рака Дана-Фарбер
Профессор педиатрии Гарвардской медицинской школы
Доцент эпидемиологии Гарвардской школы здравоохранения

Эммануэла Гакиду (Emmanuela Gakidou), MSc, PhD
Доцент глобального здравоохранения Вашингтонского университета
Директор по образованию и подготовке кадров Института показателей и оценки здоровья
Вашингтонского университета

Аманда Глассмен (Amanda Glassman), MSc
Директор по глобальной политике здравоохранения и научный сотрудник Центра глобального развития

Рамиро Герреро (Ramiro Guerrero), MSc
Директор PROESA - Centro de Estudios en Proteccion Social y Economla de la Salud

Сьюзан Хигмен (Susan Higman), PhD, MA
Директор по исследованиям и анализу Всемирного совета здравоохранения

Дэвид Хантер (David Hunter), MBBS, MPH, ScD
Декан по учебным делам Гарвардской школы здравоохранения
Профессор по профилактике рака Vincent L. Gregory кафедры эпидемиологии и питания
Гарвардской школы здравоохранения

Эмми Джадд (Amy Judd), MS
Директор по программам развития отделения глобальной справедливости в здравоохранении,
Женская больница Бригхем

Нэнси Китинг (Nancy Keating), MD, MPH
Доцент кафедры политики здравоохранения Гарвардской медицинской школы
Врач отделения общей медицины внутренних болезней, Женская больница Бригхем

Нираньян Кондури (Niranjan Konduri), MS (Pharm), MPH, CHA
Старший научный сотрудник по стратегии и качеству, Центр управления фармацевтической деятельностью организации
Management Sciences for Health

Констанс Леман (Constance Lehman), MD, PhD
Профессор и заместитель заведующего кафедрой радиологии, Медицинский центр Вашингтонского университета
Начальник секции диагностической визуализации молочной железы,
Медицинский центр Вашингтонского университета
Директор по диагностической визуализации Ассоциации Сиэтла
по лечению раковых заболеваний

Х. Ким Льерли (H. Kim Lyerly), MD
Профессор по исследованию раковых заболеваний George Barth Geller
Директор Центра комплексных исследований рака при Университете Дьюка

Ян Маграт (Ian Magrath), DSc (Med), FRCP, FRCPath
Президент, медицинский и научный директор Международной сети по изучению и лечению рака
Адъюнкт-профессор педиатрии Медико-санитарного университета вооруженных сил США

Александр Мохар (Alejandro Mohar), MD, ScD
Генеральный директор Национального института рака Мексики

Клэр Нил (Claire Neal), MPH, CHES
Старший директор Фонда Ланса Армстронга

Рейчел Ньюджент (Rachel Nugent), PhD
Старший научный сотрудник и доцент кафедры глобального здравоохранения Вашингтонского университета

Альфонсо Петерсен Фарах (Alfonso Petersen Farah), MD
Секретарь здравоохранения штата Халиско, Мексика

Пегги Портер (Peggy Porter), MD
Действительный член отделения биологии человека Онкологического исследовательского центра Фреда Хатчинсона
Соруководитель программы онкологических исследований для женщин Онкологического исследовательского центра Фреда
Хатчинсона
Профессор патологии Вашингтонского университета

Дуг Пайл (Doug Pyle), MBA
Старший директор по международным делам Американского общества клинической онкологии

Джоанна Ролстон (Johanna Ralston), MA, MS
Генеральный директор Всемирной федерации сердца

Магдалена Рате (Magdalena Rathe), MA
Исполнительный директор фонда Fundacion Plenitud
Координатор Доминиканского центра наблюдений в области здравоохранения (OSRD)
Координатор Сети счетов здравоохранения в Северной и Южной Америке (REDACS)

Анне Рилер (Anne Reeler), PhD
Технический директор Axios International

Рауль Рибьеро (Raul Ribiero), MD
Член профессорско-преподавательского состава Детской научно-исследовательской больницы Сент-Джуд
Директор Международной программы информационно-пропагандистской деятельности
Детской научно-исследовательской больницы Сент-Джуд
Директор отдела лейкемии/лимфомы отделения онкологии Детской научно-исследовательской больницы Сент-Джуд
Заместитель директора программы информационно-пропагандистской деятельности Онкологического центра Детской научно-исследовательской больницы Сент-Джуд

Карлос Родригес-Галиндо (Carlos Rodriguez-Galindo), MD
Ординатор Института рака Дана-Фарбер
Медицинский директор отделения клинических испытаний в области педиатрической онкологии
Центра рака Дана-Фарбер/детской больницы
Доцент педиатрии Гарвардской медицинской школы

Изабель Ромиу (Isabelle Romieu), MD, MPH, ScD
Начальник отдела питания и обмена веществ Международного агентства по изучению рака

Джоанна Рубинштейн (Joanna Rubinstein), DDS, PhD
Начальник аппарата Джеффри Сакса, Институт Земли, Колумбийский университет
Директор Центра глобального здравоохранения и экономического развития, Институт Земли, Колумбийский университет

Марла дель Рокло Сэнц Мадригал (Marla del Roclo Saenz Madrigal), MPH, MD
Координатор по политикам здравоохранения, Программа по здравоохранению и труду,
Национальный университет Центральной Америки
Профессор Школы здравоохранения Университета Коста-Рики

Глория Инес Санчес (Gloria Ines Sanchez), MSc, PhD
Координатор по инфекционным и раковым заболеваниям Университета Антиокии
Доцент факультета медицины Университета Антиокии

Нина Швальбе (Nina Schwalbe), MPH
Управляющий директор Глобального альянса по вакцинам и иммунизации

Рола Шахин (Rola Shaheen), MD, FRCPC
Начальник отдела радиологии и директор по диагностической визуализации для женщин
Инструктор по радиологии больницы Harrington Memorial при Гарвардской медицинской школе

Татьяна Солдак (Tatiana Soldak), MD
Директор программ по обмену ресурсами и политиками

Джеффри Стурчио (Jeffrey Sturchio), PhD
Старший партнер Rabin Martin
Бывший президент и генеральный директор Всемирного совета здравоохранения

Вивьен Дэвис Тсу (Vivien Davis Tsu), PhD, MPH
Директор проекта по вакцинам против ВПЧ, РАТН
Заместитель директора по репродуктивной медицине, РАТН
Профессор эпидемиологии Школы здравоохранения Вашингтонского университета

Анита К. Вагнер (Anita K. Wagner), PharmD, MPH, DrPH
Доцент кафедры медицины населения, Гарвардская медицинская школа и Гарвардский институт здравоохранения Pilgrim
Член группы по исследованию правил использования лекарственных средств и Центра сотрудничества ВОЗ
по политике в области фармацевтической деятельности, кафедра медицины населения,
Гарвардская медицинская школа и Гарвардский институт здравоохранения Pilgrim

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

GTF.CCC выражает благодарность за предоставление финансовой и иной помощи в подготовке данного Отчета и проведении сопутствующих исследований:

ГАРВАРДСКОМУ УНИВЕРСИТЕТУ

Фонду Ланса Армстронга

L I V E S T R O N G[®]

SUSAN G. KOMEN FOR THE CURE[©]



Отдельным анонимным донорам

Международной организации MANAGEMENT SCIENCE FOR HEALTH

Фонду и Центру по борьбе с раком имени Короля ХУСЕЙНА

Ассоциации Сиэтла по лечению онкологических заболеваний

Американскому онкологическому обществу

Медицинскому совету Китая

Национальному институту рака

Международному центру Фогарти

Фонду FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD

EMD SERONO

Союзу международной борьбы с раком

HOFFMAN & HOFFMAN PR

ПРЕДИСЛОВИЕ

МЕЖДУНАРОДНАЯ РАБОЧАЯ ГРУППА ПО РАСШИРЕНИЮ ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ РАКА И КОНТРОЛЮ НАД ЕГО РАСПРОСТРАНЕНИЕМ В РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ

Обязанности Международной рабочей группы по расширению доступа к лечению рака и контролю над его распространением в развивающихся странах (GTF.CCC) заключаются в разработке, продвижении и оценке инновационных, комплексных стратегий по расширению доступа к профилактике, выявлению и терапии рака в странах с низким и средним уровнем доходов (СНСУД).

В рамках сотрудничества с партнерами на местах GTF.CCC участвует в разработке и реализации инновационных моделей оказания услуг в целях расширения доступа к лечению и профилактике рака (ЛПР) и укрепления систем здравоохранения в развивающихся странах.

GTF.CCC была сформирована в ноябре 2009 г. усилиями Гарвардской медицинской школы, Гарвардской школы общественного здравоохранения, Онкологического института Дана-Фарбер и Гарвардской глобальной инициативы по обеспечению справедливости. GTF.CCC состоит из 30 членов и осуществляет свою деятельность при поддержке Технического консультативного комитета, Группы привлечения частного сектора и Стратегического консультативного комитета; Международная группа объединяет ведущих специалистов в области онкологии и здравоохранения со всего мира. Помимо клиницистов и политических деятелей, оказывающих неоценимую помощь в проведении информационно-пропагандистских мероприятий и исследований, в GTF.CCC также входят исследователи, представители общества, пациентов и членов их семей и частного сектора.

Сопредседателями GTF.CCC являются декан Гарвардской школы общественного здравоохранения Джулио Френк (Julio Frenk) и главный врач, старший вице-президент по медицинским вопросам Онкологического института Дана-Фарбер Лоуренс Шульман (Lawrence Shulman). Ее Королевское Высочество принцесса Хашимитского королевства Иордании Дина Миред (Dina Mired) и Ланс Армстронг (Lance Armstrong) занимают должности почетных сопредседателей. Функции секретариата исполняет Гарвардская глобальная инициатива по обеспечению справедливости под руководством Фелиции Ноул (Felicia Knaul).

Помимо активного содействия при проведении мероприятий по профилактике рака в перспективе путем снижения факторов риска, в особенности, борьбы с курением, GTF.CCC предлагает и поддерживает меры по совершенствованию лечения и применения паллиативов.

Объединяя опыт в области глобального здравоохранения и онкологии, GTF.CCC использует знания и умение своих членов в целях:

- повышения всеобщей осведомленности о влиянии рака на развивающиеся страны на глобальном, региональном и национальном уровнях посредством призывов к действиям, основанных на фактах;
- расширения требуемого разумного руководства и доказательной базы для внедрения наиболее эффективных методов ЛПР в странах с низким и средним уровнем доходов;
- определения подходящих комплексов важнейших видов обслуживания и лечения для обеспечения ухода в условиях недостаточности ресурсов за онкологическими больными, излечение или временное облегчение болезни которых возможно посредством имеющихся на данный момент терапевтических средств;
- уменьшения страданий людей при любых раковых заболеваниях путем обеспечения всеобщей доступности обезболивающих и паллиативных средств и распространения передовых методов терапии рака за счет приобретения недорогих лекарственных препаратов и услуг с гарантированным качеством;
- поддержки в разработке и реализации межотраслевых комплексных планов расширения доступа к ЛПР в рамках систем здравоохранения, обеспечивающих широкое медицинское обслуживание;
- разработки и оценки инновационных моделей обслуживания, эффективно использующих существующие кадровые, материальные и технические ресурсы в условиях различных экономик и систем здравоохранения, а также обмена опытом и полученными доказательствами.

ГТФССС исходит из убежденности в существовании путей преодоления препятствий для расширения доступа к терапевтическим средствам и в том, что причины для скорейшего расширения онкологической помощи достаточно вески и заслуживают незамедлительной и глобальной реакции. Многие из этих путей могут быть включены в существующие программы и платформы за счет использования возможностей систем здравоохранения и привлечения различных заинтересованных сторон.

ИСТОРИЯ ДАННОГО ОТЧЕТА

В 2010 году в журнале *The Lancet* была опубликована статья «Расширение доступа к лечению рака в странах с низким и средним уровнем доходов: призыв к действию», под которой подписались участники ГТФССС. В работе утверждается, что для профилактики и лечения рака можно многое сделать силами организаций, оказывающих первичную и вторичную медицинскую помощь, посредством эффективного использования глобальных механизмов финансирования, обеспечения вышедшими из под защиты патента лекарственными средствами и повышения доступности всех лекарственных средств и других веществ, а также за счет использования глобальных и региональных механизмов снабжения. Кроме того, в работе говорится о том, что расширение доступности лечения рака и борьбы с ним способно укрепить системы здравоохранения, что также позволит решать проблемы, связанные с другими заболеваниями.

Данный отчет «Преодоление неравенства в борьбе против рака: Программа по расширению доступа к лечению в странах с низким и средним уровнем доходов» является результатом двухлетней работы ГТФССС и ответом на «Призыв к действию», опубликованный в 2010 г. Задачи отчета заключаются в приведении доказательств в поддержку расширенного доступа к ЛПР, описании прогрессивных моделей для достижения этой цели и представлении программы будущих мер по ЛПР в условиях ограниченности ресурсов в рамках мероприятий по дальнейшему укреплению систем здравоохранения.

Отчет основывается на работах более чем 115 авторов и соавторов, включая членов ГТФССС и ее Технического консультативного комитета, а также пациентов и представителей академических кругов, гражданского общества, частного сектора, многопрофильных и государственных организаций разных стран на всех ресурсных уровнях.

Он представляет собой итог заочных и личных дискуссий с членами ГТФССС, совещаний в феврале 2010 г., июне 2010 г., ноябре 2010 г. и мае 2011 г., а также текущего двустороннего обмена информацией с Секретариатом.

В отчете обобщена информация, поступившая из 56 стран. В основе анализа лежит работа с клиницистами, исследователями, политическими деятелями и организациями гражданского общества, находящимися в СНСУД или сотрудничающими с учреждениями этих стран, охватывающих все регионы развивающегося мира. Документ не является исчерпывающим описанием всех осуществляемых в настоящее время инновационных проектов и программ, тем не менее, он содержит большой и широкий ряд наблюдений и обобщение полученного опыта.

Исследование также опирается на обширный обзор литературы, основывающийся более чем на 400 критериях поиска, в результате которого было обнаружено 2850 опубликованных отчетов, журнальных статей, книг и сетевой информации. Список вопросов поиска приведен на веб-сайте ГТФССС (gtfcc.harvard.edu). Анализ большей частью основывается на нескольких предшествующих отчетах, включая отчет Медицинского института Национальных академий «Возможности борьбы с раком в странах с низким и средним уровнем дохода» за 2007 год и «Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире в 2010 г.» Всемирной организации здравоохранения.

СТРУКТУРА ОТЧЁТА

«Преодоление неравенства в борьбе против рака: Программа по расширению доступа к лечению в странах с низким и средним уровнем доходов» состоит из трех частей:

- **Часть I: МНОГОЕ НУЖНО СДЕЛАТЬ;**
- **Часть II: МНОГОЕ МОГЛО БЫ БЫТЬ СДЕЛАНО; и**
- **Часть III: МНОГОЕ МОЖНО СДЕЛАТЬ.**

Основное содержание и анализ Отчета подтверждаются материалом, приведенным в текстовых врезках и вставках.

Каждый раздел начинается с краткого изложения главных тезисов. Первая часть Отчета «Многое нужно сделать» состоит из трех разделов. Первый раздел, включая общий обзор, содержит всеобъемлющие аргументы, поддерживающие призыв к действиям. Во втором разделе показано, что профилактика, лечение и временное облегчение рака являются велением справедливости. В третьем разделе определены значительные экономические потери от бездействия.

Во второй части Отчета «Многое могло бы быть сделано» также описан диагональный подход к укреплению систем здравоохранения по всему континууму лечения рака и борьбы с ним с особым упором на хронический характер заболеваний, и приведены возможные стратегии и основные элементы программ ЛПР в СНСУД.

В третьей части Отчета «Многое можно сделать» предлагаются пути устранения важнейших препятствий для расширения ЛПР в контексте всеобщего охвата: ограниченный доступ к услугам, неэффективное и неравномерное использование глобальных ресурсов, предоставление услуг за счет пациента, отсутствие доказательств и сведений по раку и ЛПР и недостаток руководства на глобальном и местном уровнях. Исходя из анализа ситуаций, основанных на первичных исследованиях внутри стран и существующей литературе, в этой части Отчета определены возможности уменьшения частоты раковых заболеваний, смертности, страданий и обнищания в СНСУД. Кроме того, в данном разделе Отчета намечен ряд мероприятий по каждому из шести направлений континуума ЛПР.

Информация в третьей части разбита на пять разделов, соответствующих каждой из областей возможных действий, определенных Международной группой: инновационное обслуживание; ценообразование и закупка лекарственных препаратов и услуг; новшества в глобальном и национальном финансировании; совершенствование доказательной базы; и усиление рационального управления и руководства. Каждый раздел опирается на глобальный и местный опыт и выработанные рекомендации.

Большая часть информации приведена в кратких примерах и текстовых врезках. Выводы указывают на полезность привлечения всех заинтересованных сторон, включая частный сектор, гражданское общество, пациентов, академические круги, двусторонние и международные институты, донорские организации и национальные правительства. Каждый раздел завершается рекомендациями, относящимися к пяти направлениям действий.

Деятельность ГТФССС и данный Отчет сосредоточены на вторичной профилактике, лечении и применении паллиативов, которые, большей частью, не учитываются в литературе и политиках предпринимаемых действий. И напротив, учитывая существование множества убедительных доказательств, Отчет не останавливается на первичных профилактических программах среди населения, связанных с борьбой с курением, повышением физической активности и пропагандой здорового и рационального питания. Тем не менее, необходимость постоянного и возрастающего участия в таких мероприятиях проходит красной нитью через весь Отчет.

Используя доказательную базу, накопленную для данного Отчета, ГТФССС разработала рекомендации для действий в условиях с ограниченными ресурсами, при этом некоторые из них могут оказаться полезными и в условиях с доступными ресурсами.

Как основной автор настоящего Отчета, хочу поблагодарить участников группы GTF.CCC и Технического консультативного комитета и особенно почетных сопрезидентов Ее Королевское Высочество принцессу Хашимитского королевства Иордании Дину Миред (Dina Mired) и Ланса Армстронга (Lance Armstrong), а также сопредседателей GTF.CCC доктора Хулио Френка (Julio Frenk) и доктора Лоренса Шульмана (Lawrence Shulman) за их преданность, поддержку, участие и веру в данный проект. Я очень благодарна тем, кто принимал непосредственное участие в подготовке Отчета: Джорджу Аллейну (George Alleyne), Рифату Атуну (Rifat Atun), Полу Фармеру (Paul Farmer), Мэри Господарович (Mary Gospodarowicz), Джули Грэлоу (Julie Gralow), Нэнси Китинг (Nancy Keating), Ане Лангер (Ana Langer), Питеру Пиоту (Peter Piot), Пегги Портер (Peggy Porter), Джонатану Квику (Jonathan Quick), Магдалене Рате (Magdalena Rathe) и Дэвиду Ширу (David Scheer). Этих коротких строк не хватит, чтобы со всей полнотой выразить мою благодарность нашему персоналу, Секретариату в офисе Гарвардской глобальной инициативы по обеспечению справедливости и на кафедре глобального здравоохранения и социальной медицины Гарвардской медицинской школы, а также моим коллегам из Мексиканского фонда здравоохранения и Tómatelo a Pecho. Это Гектор Арреола-Орнелас (Héctor Arreola-Ornelas), Аманда Бергер (Amanda Berger), Афсан Бхаделия (Afsan Bhadelia), Кэти Кэхилл (Kathy Cahill), Грейс Чо (Grace Cho), Изабель Дэвис (Isabel Davis), Кортни Дикерсон (Courtney Dickerson), Эмили Даррант (Emily Durrant), Дебра Кини (Debra Keaney), Оскар Мендес (Oscar Méndez), София Мишелен (Sophia Michelen), Густаво Нигенда (Gustavo Nigenda), Соня Кшохитл Ортега (Sonia Xochitl Ortega), Майя Плейк (Maja Pleic) и Дженнифер Пучетти (Jennifer Pucetti), а также соавторы Заид Битар (Zaid Bitar) и Клэр Нил (Claire Neal). Также лично благодарю всех тех, кто указан в разделе «Выражение признательности» и, в частности, Гарвардский университет и Фонд Ланса Армстронга, которые оказывают поддержку GTF.CCC и имеют в ее составе своих представителей.

От имени участников GTF.CCC благодарю абсолютно всех людей и все организации, благодаря вкладу которых издание данного Отчета стало реальностью, особенно тех, кто принимал участие в работе, преодолевая тяготы болезни. Рабочая группа также с глубоким уважением выражает признательность множеству пациентов, чей опыт позволил получить бесценную информацию, а также работникам здравоохранения в странах с низким и средним уровнем доходов, которые ежедневно борются за расширение доступа к лечению рака и борьбе с ним в условиях ограниченных ресурсов.

ФЕЛИЦИЯ МАРИ НОУЛ (FELICIA MARIE KNAUL)

Секретариат GTF.CCC

Директор Гарвардской глобальной инициативы по обеспечению справедливости

Основатель программы **Tómatelo a Pecho**

Садбери, Массачусетс и Куэрнавака, Морелос, Мексика

Ноябрь, 2011 г.



Обзор

ОБЗОР

Перед странами с низким и средним уровнем доходов (СНСУД) стоит новая общая и во многом непризнанная проблема: нагрузка, обусловленная широким распространением хронических и неинфекционных заболеваний. Данная проблема значительно усложняет лечение и контроль заболеваний и нарушений здоровья, связанных с нищетой и низким уровнем развития, которые часто лежат в сфере контролируемых инфекций и репродуктивного здоровья.¹ Рак, который сам по себе представляет сложный набор изнуряющих нарушений здоровья, олицетворяет трудности и неравное положение СНСУД при столкновении с проблемами эпидемиологического характера.

Рак также является проблемой экономического и человеческого развития, поскольку это одновременно и причина, и следствие бедности. Длительная нетрудоспособность и постоянные затраты на лечение рака разоряют семьи и системы здравоохранения и способствуют развитию социальной изоляции. В то же время бедность, недостаток доступа к образованию и здравоохранению, а также дискриминация подвергают население дополнительным рискам в связи с проявлением симптомов и смертностью от многих форм рака.

Между богатыми и бедными слоями населения существуют глубокие различия в заболеваемости предотвращаемыми формами рака и смертности от них, в летальности при излечимых формах рака, а также в болях, страданиях и стереотипах, связанных с данными заболеваниями. Эти различия образуют неравенство в борьбе с раком и свидетельствуют о том, что расширение доступа к лечению и предотвращению рака является еще и вопросом справедливости.

Тем не менее, широко распространены стойкие мифы о ненужности, крайней дороговизне, неосуществимости и – что, пожалуй, наиболее пагубно – нецелесообразности решения проблемы рака в СНСУД (за исключением некоторой первичной профилактики), поскольку такая деятельность отвлекает ресурсы от борьбы с другими инфекционными заболеваниями с большим бременем. Эти четыре мифа осложняют и подрывают деятельность мирового сообщества по лечению и профилактике рака (ЛПР), а также других неинфекционных заболеваний (НИЗ) и хронических заболеваний.

Ниже приведены факты, которые опровергают эти четыре мифа, негативно влияющие на усилия по сокращению неравенства путем расширения доступа к ЛПР в СНСУД:

- **ЛПР не нужно, поскольку онкологическая нагрузка в СНСУД невелика.**
 - ⊗ Ежегодно в СНСУД регистрируется более половины всех новых больных раком и две трети случаев смерти от рака.
 - ⊗ Судя по текущим тенденциям, в 21 веке один миллиард людей умрет от курения, являющегося причиной, как минимум, 30 % всех случаев смерти от рака, при этом подавляющее большинство приходится на СНСУД, где на сегодняшний день проживает 80 % курильщиков.
 - ⊗ Рак молочной железы является второй основной причиной смерти среди мексиканских женщин в возрасте от 30 до 54 лет. В странах с доходом высшего среднего уровня каждый третий случай смерти детей в возрасте от 5 до 14 лет вызван раком, в странах с доходом ниже среднего уровня – каждый четвертый случай, а в странах с низким доходом – каждый восьмой случай.
 - ⊗ Среди причин смертности женщин детородного возраста в СНСУД примерно равные доли приходятся всего на две формы рака – молочной железы и шейки матки (см. Раздел 2).

- **Расходы на ЛПР недоступны для большинства СНСУД.**
 - ⊗ **В структуре мировых затрат на онкологию доля СНСУД слишком мала (всего 5 %), при том, что на эти страны приходится почти 80 % мировой онкологической нагрузки, что приводит к поразительной онкологической диспропорции 5/80.**
 - ⊗ Общая величина потери производительности вследствие рака превосходит сметные затраты на профилактику и лечение. Кроме того, рак – это такая болезнь, которая приводит семьи к обнищанию.
 - ⊗ Общие экономические издержки одного лишь курения снижают валовой внутренний продукт на целых 3,6 % в год. Ожидается, что в период с 2020 по 2030 гг., мировые экономические издержки курения удвоятся. При этом в таких странах, как Китай и Индия, ускоренная реализация антитабачных мероприятий обойдется менее чем в 0,16 доллара США на человека в год.
 - ⊗ Многие мероприятия ЛПР менее дорогостоящи, чем это представляется: 26 из 29 основных препаратов для лечения многих наиболее распространенных излечимых форм рака в СНСУД вышли из под

защиты патента, поэтому стоимость лекарственной терапии относительно невысока – менее 100 долларов на курс лечения для большинства препаратов. Общая стоимость обеспечения медикаментозным лечением неудовлетворенных потребностей при раке шейки матки, лимфоме Ходжкина и остром лимфобластном лейкозе у детей в возрасте от 0 до 14 лет в СНСУД составляет примерно 115 миллионов долларов США. Для стран с низким уровнем дохода удалось добиться 90 % снижения цен на вакцины от вируса папилломы человека (ВПЧ) и гепатита В.

• **ЛПР неосуществимо, поскольку СНСУД не располагают достаточными кадровыми и материальными ресурсами для обеспечения терапии и ухода.**

- ⊗ Программы раннего обнаружения рака молочной железы и шейки матки могут быть включены в программы борьбы с нищетой, охраны здоровья матери и ребенка, укрепления сексуального и репродуктивного здоровья, профилактики ВИЧ/СПИД.
- ⊗ Онкологический центр короля Хусейна в Иордании сертифицирован Объединенной комиссией в качестве специализированного медицинского центра.
- ⊗ Отмечена эффективность применения телемедицины в СНСУД для расширения возможностей лечения рака, особенно у детей. Установление каналов связи между больницей Св. Иуды в г. Мемфисе и местными больницами в Сальвадоре в течение первых пяти лет сотрудничества помогло добиться повышения коэффициента выживаемости у детей с острым лимфобластным лейкозом с 10 % до 60 %.
- ⊗ В условиях крайней нехватки ресурсов, например, в Гаити, Малави и Руанде, медицинские работники и учреждения, оказывающие первичную и вторичную медицинскую помощь, могут проводить определенную химиотерапию в отсутствие онкологов на местах благодаря каналам связи со специалистами и специализированными центрами.
- ⊗ В Мексике после включения детского рака в программу народного медицинского страхования «Сегуро Популар» (Seguro Popular) в целях устранения финансовых препятствий на пути к лечению коэффициенты выживаемости в 30-месячном периоде возросли с примерно 30 % до почти 70 %.
- ⊗ Согласно расчетам, 5,5 миллиона пациентов с конечной стадией рака понапрасну страдают от умеренных или сильных болей без какого-либо обезболивания; наличие и доступность этих крайне необходимых и недорогих процедур можно расширить путем их включения в действующие национальные программы.

• **ЛПР в СНСУД нецелесообразно, поскольку отнимает ресурсы для борьбы с болезнями с большим бременем и проверенными методами терапии и вмешательствами.**

- ⊗ Развитие ЛПР может укрепить системы здравоохранения таким образом, какой принесет пользу всем популяциям и расширит возможности для удовлетворения самых разнообразных потребностей здравоохранения. Примером этому служит обезболивание, которое крайне важно для многих больных и для проведения хирургических операций.
- ⊗ Различия между инфекционными и неинфекционными заболеваниями постепенно теряют свою важность. Многие формы рака, обременяющие СНСУД, вызваны лежащими в их основе непобежденными инфекциями, связанными с нищетой (СК (ВИЧ/СПИД); рак шейки матки (ВПЧ), рак печени (гепатит В); рак желудочно-кишечного тракта (H-pylori); рак мочевого пузыря (шистосомоз).
- ⊗ Неспособность защитить население от предотвращаемых угроз здоровью, связанных с раком и другими хроническими заболеваниями, препятствует как экономическому развитию, так и социальному благополучию, что еще больше повышает риск недостижения странами многих Целей развития тысячелетия.
- ⊗ **50–60 % случаев смерти от рака в СНСУД можно предотвратить путем применения адаптированных для конкретной страны стратегий профилактики и лечения. Смерть от рака, поражающая детей и молодежь, приводит к неоправданным потерям многих лет здоровой жизни.**

В действительности, эти четыре мифа знакомы глобальному медицинскому сообществу, поскольку именно ими всего десятилетие назад аргументировалось бездействие в борьбе с ВИЧ/СПИД. К счастью, все эти мифы были оставлены без внимания и развеяны в отношении ВИЧ/СПИД, который в настоящее время превратился из острого и смертельного заболевания в хроническое.²

В настоящем Отчете каждый из этих мифов оспаривается с приведением доказательств их неприменимости ко многим формам рака и многим видам вмешательств. В СНСУД контролю факторов риска и профилактике рака

История Франсин

В 2005 году, когда Франсин поступила в больницу Рвинкваву в Руанде, ей было 11 лет. Это произошло всего через несколько месяцев после открытия больницы при поддержке организации Partners In Health.

Вместе со своим отцом Франсин проехала через всю Руанду в поисках способа излечения от огромной опухоли на правой щеке. Было очевидно, что при отсутствии лечения рак в конечном итоге лишит ее жизни. Как говорит сама Франсин, “Мои родители почти потеряли надежду”. Перед тем как приехать в Рвинкваву, семья обращалась ко многим врачам и традиционным целителям. Однако из-за недостатка диагностического оборудования или опыта в онкологии медицинское сообщество мало что могло сказать. И даже когда кто-то из врачей ставил предварительный диагноз, семья Франсин – бедные фермеры, ведущие натуральное хозяйство, – не могла оплатить лечение.

Франсин провела несколько месяцев в педиатрическом отделении больницы Рвинкваву, пока ее опухоль продолжала расти, а врачи и медсестры пытались понять, может ли их небольшая сельская больница, где рак никогда не лечили, помочь этой девочке. В конечном итоге, это стало возможно благодаря связям с коллегами из учреждений в США. Образец тканей был отправлен в лабораторию Центров контроля и профилактики заболеваний на диагностику, детский онколог медицинского центра Дартмут-Хичкок рекомендовал безопасную схему лечения с учетом местных условий, а организация Partners In Health оплатила курс химиотерапии и другие средства лечения.

После нескольких встреч с семьей и проведения обучения местного персонала силами педиатра PИH доктора Сары Стулак (Sara Stulac) (которая является автором данной истории о Франсин) начался курс химиотерапии, благодаря которому опухоль стала уменьшаться с каждой неделей. Через девять недель химиотерапии остатки опухоли были удалены хирургическим путем. Операция была проведена в национальном лечебно-диагностическом центре Руанды.

Впоследствии Франсин вернулась в больницу Рвинкваву, где в общей сложности прошла 48 недель химиотерапии. Ее отец устроился на работу на ферму при больнице, чтобы содержать семью в период длительной госпитализации дочери. В ходе лечения врачи, медсестры и социальные работники установили тесные отношения с Франсин и ее семьей.

В 2011 году, через 6 лет после поступления в больницу Рвинкваву, признаки рака у Франсин отсутствуют, она здорова и счастлива и посещает школу. Она часто приезжает в педиатрическое отделение больницы Рвинкваву, чтобы навестить пациентов и своих друзей среди персонала, и говорит о том, насколько важно, чтобы другие больные дети смогли получить лечение, как и она.

История Франсин является стимулом и руководством к действию для программ по расширению доступа к лечению рака и борьбе с ним в СНСУД.

придается первостепенное значение. Существуют методы лечения, варианты ухода, программы финансовой защиты и модели оказания услуг, которые могут быть использованы в условиях ограниченности ресурсов. Обезболивание может и должно применяться в любых условиях. Кроме того, многие из этих выводов также относятся и к широкому спектру НИЗ и хронических заболеваний.

В то же время задача развития программ по решению проблемы рака и других НИЗ в условиях ограниченных ресурсов оказалась сложнее, чем в случае ВИЧ/СПИДа. Существуют большие различия в онкологических программах, обусловленные сложностью ухода, привлечением многих специалистов и использованием многих лекарственных препаратов, а также необходимостью специальных процедур. Например, во многих случаях патология вызывает серьезные затруднения. Поэтому в данном Отчете, как и в предшествующих документах, основное внимание уделяется существованию различных привлекательных возможностей для уменьшения заболеваемости раком, улучшения показателей выживаемости и выживания, а также обеспечения улучшенного паллиативного ухода.³ Доказательная база настоящего отчета ориентирует политику в странах с разными уровнями ресурсов на все достижимые цели, а не отвлекает ресурсы на нечто недостижимое.

Совещание на высоком уровне Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (СВУООН по НИЗ), состоявшееся в сентябре 2011 г., подготовило почву для необходимых действий в целях уменьшения глобального неравенства в доступе к профилактике и лечению НИЗ и их результатах. В Декларации, принятой на СВУООН, борьба с НИЗ определена как первоочередная задача для развития, а также для здравоохранения. Кроме того, в ней вновь подчеркивается важность исследований и международного сотрудничества, включая торговлю. В подготовку и проведение совещания было вовлечено огромное количество участников. Об этом свидетельствует высокий уровень участия со стороны глав государств и правительств, а также включение многих рекомендаций, подготовленных гражданским обществом.⁴

Хотя в Декларации не установлены конечные показатели и цели для снижения бремени НИЗ, в ней поставлены конкретные задачи на краткосрочную перспективу. В частности, развитие всеобъемлющего глобального механизма мониторинга, включая добровольные глобальные цели и национальные показатели, и предложения по вынесению на обсуждение межсекторных мер 2012 г.; усилению межсекторных национальных стратегий к 2013 г.; и отчетности по принятым обязательствам к 2014 г.⁵

Данный Отчет является продолжением глобального ключевого события, каким стало СВУООН по НИЗ. Он направлен на содействие процессу установления глобального механизма мониторинга и партнерства в целях межсекторных мер, указанных в Декларации. Для продвижения в данном направлении ГТФ.ССС предлагает отобрать, разработать, проанализировать подходящие и эффективные научно-обоснованные стратегии – планы действий, и расширить их за счет привлечения всех участников в рамках всеохватывающих комплексных программ и форумов. В Отчете предлагаются планы действий в области борьбы с раком, которые также могут дополнить программы по НИЗ и хроническим заболеваниям.

Существует ряд причин для выделения рака в программе действий по НИЗ. Во-первых, эффективная борьба с раком требует развития потенциала, обеспечивающего профилактику и лечение. Такое повышение потенциала для борьбы с раком может укрепить системы здравоохранения в целом.

Кроме того, пропаганда борьбы с раком позволит усилить глобальные программы действий в области здравоохранения и НИЗ. Одно из препятствий для активизации деятельности и принятия финансовых обязательств заключается в том, что пропаганда в области НИЗ и хронических заболеваний зачастую никого не воодушевляет и не вызывает ощущения неотложности. Наиболее наглядно это проявляется в сравнении с инфекционными болезнями, в особенности – ВИЧ/СПИД.^{6,7} Однако, как показывает история, пропаганда борьбы с раком для активизации населения, организованная в виде движений, возглавляемых больными и их семьями, может стать весьма эффективной.⁸ В самом деле, пропаганда борьбы с раком особым образом мобилизует заинтересованные стороны и целевые группы, что можно эффективно использовать для устранения искусственного разделения между инфекционными болезнями и НИЗ.

По сути, рак является «передаваемой» НИЗ – это одна из болезней, при которой эффективный обмен информацией может стать катализатором глобального движения.⁹ Пропаганда и массовая активность в рамках программы действий по укреплению системы здравоохранения может «очеловечить» НИЗ и превратить рак и другие хронические заболевания в первоочередную задачу для глобальных и национальных программ действий в области здравоохранения.

Пропаганда расширения доступа к ЛПР в СНСУД не требует и не допускает ее проведения в ущерб другим приоритетным задачам здравоохранения.¹⁰ Данные, представленные в настоящем Отчете, демонстрируют возможность планирования ЛПР для укрепления систем здравоохранения таким образом, чтобы поддержать усилия по решению проблем НИЗ, достичь Цели развития тысячелетия (ЦРТ) и оказать содействие программе мероприятий по масштабному экономическому развитию и развитию человеческих ресурсов.

Контроль факторов риска должен находиться в центре внимания любого мероприятия по борьбе с НИЗ в СНСУД. Имеющиеся данные четко свидетельствуют о необходимости немедленного принятия комплекса первоочередных, эффективных и экономичных мер во избежание надвигающегося кризиса и массивного увеличения финансовой нагрузки НИЗ на здравоохранение, а также социальное, экономическое развитие и развитие человеческих ресурсов. Борьба с курением играет ключевую роль и требует ускоренного внедрения Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с табакокурением (РКБТ), как указано в Декларации СВУООН по НИЗ. Кроме того, первоочередными задачами для СНСУД являются профилактика злоупотребления алкоголем и пропаганда здорового питания и физической активности.¹¹⁻¹³ Этот опыт в равной мере важен для стран с высоким и низким уровнем доходов.

В то же время сосредоточение исключительно на контроле факторов риска недостаточно для решения онкологических проблем в СНСУД. Многие формы рака не связаны с известными факторами риска, особенно у детей. Поэтому помимо активной поддержки мер по профилактике будущих онкологических заболеваний за счет уменьшения факторов риска ГТФ.ССС призывает к немедленным действиям, требующимся в связи с ранним обнаружением, диагностикой, лечением и применением паллиативов.

В данном Отчете оспаривается минималистское, ограничивающееся профилактикой представление о том, что можно сделать для борьбы с раком. Предположение о том, что больные с различными формами рака в бедных странах будут оставаться без лечения, должно быть оспорено так же, как это произошло с аналогичными необоснованными заявлениями относительно лечения ВИЧ/СПИДа более десяти лет назад. В случае рака (как и для ВИЧ/СПИДа) профилактика имеет решающее значение, равно как и лечение, обеспечение выживаемости и паллиативная помощь. В 2001 году про ВИЧ/СПИД было написано следующее: «При наличии высокоэффективных мер профилактики мнение о том, что лечение предназначено для жителей богатых стран, тогда как профилактика – удел бедных, могло бы обрести менее чудовищное звучание».¹⁴ Данное заявление до сих пор применимо к ВИЧ/СПИДу как к хроническому заболеванию, а также к раку. Действительно, расширение возможностей профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа следует считать одним из величайших достижений в истории мирового здравоохранения.

«При наличии высокоэффективных мер профилактики мнение о том, что лечение предназначено для людей в богатых странах, тогда как профилактика – удел бедных, могло бы обрести менее чудовищное звучание», – Пол Фармер и др.

Полемика по принципу «или то, или это» – профилактика или лечение, инфекционная или неинфекционная болезнь – оправдывает бездействие и создает препятствия. Текущая дискуссия ставит рак в положение, при котором инфекционные болезни противопоставляются неинфекционным и создаются благоприятные условия для конкуренции вместо взаимодополняемости в условиях дефицита ресурсов, что умаляет значимость эффективного распространения информации о неотложной потребности в принятии мер.

Глобальному здравоохранению требуется механизм, охватывающий запущенные направления работы по НИЗ и, в то же время, устраняющий искусственное разделение между инфекционными и неинфекционными заболеваниями.¹⁵ Такой механизм, кроме того, должен стимулировать и поддерживать деятельность по всем аспектам НИЗ, что в равной мере важно для богатых стран и стран с меньшим уровнем доходов.

Такой механизм может быть создан посредством диагонального метода, предлагаемого в данном Отчете.¹⁶ Он дистанцируется от ложных представлений, которые в настоящее время препятствуют эффективной деятельности, и стимулирует ответные меры под лозунгом «Да, мы можем», особо подчеркивая то, что можно сделать, а не то, чего сделать нельзя. Диагональный подход превращает безрезультатные дебаты о запретных вещах для неимущих больных раком в поиск возможностей, которые укрепят системы здравоохранения для всех.

Диагональный подход – это стратегия, при которой приоритетные вмешательства обуславливают необходимость в совершенствовании системы здравоохранения. Вместо того, чтобы концентрироваться на вертикальных программах по конкретным заболеваниям или на горизонтальных инициативах, предназначенных для преодоления ограничений, характерных для системы в целом, диагональный подход направлен на решение задач в обоих направлениях.¹⁷

Применительно к ЛПР диагональный подход включает в себя: борьбу с курением для профилактики определенных форм рака, а также сокращения числа заболеваний сердечнососудистой и дыхательной систем; пропаганду увеличения физической нагрузки и здорового питания для снижения риска многих НИЗ; расширение прав и возможностей женщин за счет углубленного знания о профилактике рака шейки матки и раннем обнаружении рака молочной железы, с мероприятиями, реализуемыми в рамках программ сексуального и репродуктивного здоровья; укрепление систем здравоохранения для поддержки доступности болеутоляющих препаратов для всех пациентов (см. Раздел 4).

Отчет «Преодоление неравенства в борьбе против рака: Программа по расширению доступа к лечению в странах с низким и средним уровнем доходов»^{*} на примере рака показывает, что системы здравоохранения необходимо и можно укреплять для принятия мер в отношении сложного комплекса заболеваний, которые на сегодняшний день описывают эпидемиологическую картину во всех странах – как в богатых, так и в бедных.

^{*} С полным текстом Отчета можно ознакомиться на сайте gtfccc.harvard.edu

I.i. МНОГОЕ ПРЕДСТОИТ СДЕЛАТЬ: ПРЕОДОЛЕНИЕ НЕРАВЕНСТВА В БОРЬБЕ ПРОТИВ РАКА КАК ТРЕБОВАНИЕ СПРАВЕДЛИВОСТИ И ПРИОРИТЕТ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ РЕСУРСОВ

Онкологическая ситуация резко изменилась в течение жизни менее чем одного поколения. Хотя проблема рака еще далека от своего решения, перспективы обнадеживают. Многие формы рака, когда-то считавшиеся смертным приговором, на сегодняшний день можно предотвратить или излечить. Для многих пациентов рак стал хронической болезнью, с которой живут, а не от которой умирают.

Выживание – это новый показатель онкотерапии, появившийся благодаря тому, что при некоторых – к сожалению, не всех – формах рака большая часть больных выживает после болезни и лечения и возвращается к здоровой жизни. На фоне таких успехов исчезает стереотип «раковый мир», во многом благодаря деятельности набирающего силу движения выживания. Рост выживаемости и изменение стереотипов носят революционный характер для болезни, которая еще не так давно повсеместно являлась синонимом страдания, боли и смерти для людей с любым уровнем доходов.¹⁸

Однако повышение шансов на выживание и ослабление возникающих при этом трудностей отмечается далеко не повсеместно. Успехи ограничиваются, преимущественно, богатыми странами и отдельными лицами. До СНСУД дошли весьма немногие плоды прогресса в понимании, профилактике, лечении больных раком и уходе за ними.

При этом более половины новых зарегистрированных случаев заболеваний раком и две трети смертей приходится именно на СНСУД. Рак, некогда считавшийся исключительно проблемой стран с высоким уровнем дохода, стал основной причиной смерти и нетрудоспособности в развивающемся мире. Более 55 % из 12,7 миллиона случаев рака и 64 % из 7,6 миллиона смертей от рака в мире в 2008 г. зарегистрировано в СНСУД.¹⁹ Согласно прогнозам, к 2030 г. основная нагрузка в 27 миллионов новых случаев рака и 17 миллионов смертей от рака ляжет на СНСУД.^{20–22}

Рак, равно как и другие НИЗ, больше не является болезнью богатых. Для женщин в возрасте от 15 до 49 лет, живущих в странах Африки к югу от Сахары, вероятность смерти или инвалидности вследствие НИЗ в четыре раза выше, чем для женщин, проживающих в странах с высоким уровнем доходов.^{23,24}

**«Шансы на лечение, шансы на выживание не должны зависеть от географических факторов», –
Ее Королевское Высочество принцесса Йордании Дина Миред**

Мотивация к действиям должна основываться не только на конкретных цифрах. Расширение доступа к ЛПР в СНСУД – это еще и веление справедливости. В то время как богатые зачастую могут жить с раком, бедные умирают мучительной смертью от этих же болезней. Доступ к возможностям профилактики рака и выживания с ним не должен определяться уровнем дохода или географическим местонахождением, однако так и происходит.

«Растянутый и поляризованный эпидемиологический переход», в результате которого население различных стран одновременно сталкивается с новыми хроническими и неинфекционными заболеваниями, продолжая бороться с болезнями, связанными с нищетой и низким уровнем развития²⁵, характерен и для рака. Данный переход в случае рака увеличивает и без того широкий разрыв между богатыми и бедными (см. Раздел 2 Отчета).

Предотвратимые онкологические заболевания, такие как рак шейки матки, печени и легких, распространенность которых в странах с высоким уровнем доходов снижается, в СНСУД далеки от того, чтобы считаться контролируемы. В то же время растет количество пациентов с онкологическими заболеваниями, которые исторически были менее распространены в этих странах (например, рак молочной железы). По мере унификации политик контроля над факторами риска, обеспечения доступа к иммунизации и раннего обнаружения в странах с высоким уровнем дохода будет более четко проявляться концентрация данных онкологических заболеваний в СНСУД. Наряду с нерешенными проблемами, связанными с этими болезнями, которые предотвратимы, но в отношении которых не принимаются необходимые меры, существует проблема всех прочих раковых заболеваний, которые невозможно предотвратить, а можно лишь лечить или облегчать. Для СНСУД это создает двойную нагрузку.

Дисбаланс между богатыми и бедными в отношении исхода онкологических заболеваний, который в Отчете упоминается как «неравенство в борьбе против рака», непосредственно связан с неравными возможностями доступа к здравоохранению, а также с различиями в социально-экономических, экологических и медицинских условиях (см. Раздел 2 Отчета).²⁶ Неравенство в борьбе против рака обуславливается и усугубляется концентрацией предотвратимых рисков, болезней, страданий, обнищания вследствие плохого здоровья и смерти бедного населения. Кроме того, разрыв, скорее всего, будет продолжать расширяться и углубляться в ближайшие десятилетия, если достижения науки и медицины по-прежнему будут в основном недоступны для СНСУД.

Пять граней неравенства в борьбе против рака

1. Факторы риска, связанные с онкологическими заболеваниями, которые можно предотвратить путем изменения поведения (например, курение и рак легких) или снижения воздействия экологических рисков (например, загрязнение воздуха в помещениях и рак легких).
2. Предотвратимые инфекции, связанные с раком, для которых не существует вакцины, (например, ВИЧ/СПИД и саркома Капоши) и инфекции, которые можно предотвратить посредством вакцинации или обнаружить и контролировать на предраковых стадиях (вирус папилломы человека и рак шейки матки).
3. Онкологические заболевания, для которых существует лечение, которое часто более эффективно при раннем обнаружении (например, рак молочной железы).
4. Страдания, связанные с социальными и психологическими аспектами болезни или выживания, включая дискриминацию и стереотипы.
5. Боль и физические страдания, связанные со всеми видами онкологических заболеваний, включая болезни, для которых эффективное лечение или профилактика невозможны.

(См. Раздел 2 Отчета)

Данный разрыв затрагивает все виды рака: онкологические заболевания, которые можно предотвратить путем изменения поведения или снижения воздействия экологических рисков, источником которых являются предотвратимые инфекции и для которых существует лечение, особенно при раннем обнаружении (некоторые из этих раковых заболеваний также являются предотвратимыми).

С точки зрения выживания и паллиативного лечения и обезболивания разрыв существует для всех видов онкологических заболеваний. Доступ к услугам, современному лечению, защите прав и финансовых интересов, существующий в богатых странах, создает условия, при которых выживаемость в настоящее время становится возможной для многих видов рака. Противоположная ситуация наблюдается в развивающихся странах, где рак пока рассматривается как смертный приговор, а стереотипы, связанные с болезнью и последствиями лечения, наряду с дискриминацией по признаку пола, этнической принадлежности и социально-экономическому положению, слишком часто не позволяет обращаться за помощью, что практически гарантирует летальный исход, даже когда лечение возможно и доступно.

Одним из наиболее тревожных и неясных примеров онкологической пропасти является обезболивание – проблема, присущая всем формам рака и многим другим болезням. В большинстве стран с высоким уровнем дохода переносить боль, которую можно устранить, считается неприемлемым, по крайней мере, среди богатых людей. Тем не менее, несмотря на, как правило, невысокую стоимость обезболивания, многие слои населения лишены доступа к этой базовой медицинской процедуре, которая могла бы считаться одним из основных прав человека.

Эти различия, если их выразить в цифрах, шокируют. В СНСУД регистрируется примерно 90 % случаев рака шейки матки. Следует также отметить, что от рака молочной железы умирает более половины женщин, в сравнении с менее чем одной четвертью женщин в развитых странах. В Канаде порядка 90 % детей излечивается от острого лимфобластного лейкоза, а в беднейших странах мира ситуация совершенно противоположная: более 90 % детей умирает от этой болезни. В странах с высоким уровнем дохода проживает менее 15 % населения мира, однако на них приходится более 94 % мирового потребления морфина.²⁷ В странах Африки к югу от Сахары 1,1 миллиона человек умирают, страдая от боли, а потребляемых опиоидных препаратов хватает всего на 85 000 человек.²⁸

Неравенство в профилактике, лечении рака и снятии боли

Глобальные различия с точки зрения исхода предотвратимых и поддающихся лечению онкологических заболеваний, а также доступности самых основных средств для временного облегчения страданий и обезболивания огромны. Смертность от рака шейки матки, отношение смертности к заболеваемости раком у детей и раком молочной железы, а также потребление опиоидов, отличных от метадона, в расчете на одного умершего от ВИЧ/СПИДа или рака при наличии болевого синдрома – каждый из этих показателей показывает широту неравенства в борьбе против рака. Данные диспропорции прослеживаются как внутри отдельных стран и между регионами, так и в зависимости от уровня доходов.

Десятая часть самых бедных стран мира средний уровень смертности среди женщин от рака шейки матки (который в случае обнаружения на предраковых стадиях поддается эффективной профилактике) равен 36 по сравнению с 3 для десятой части наиболее богатых стран. Летальность (приблизительно равная соотношению смертности/заболеваемости за определенный год)²⁹ по детским онкологическим заболеваниям и раку молочной железы значительно выше в беднейших странах. Вероятность смерти ребенка с диагнозом рак, проживающего в одной из наиболее бедных стран, составляет 80 % по сравнению с менее чем 30 % в одной из самых богатых стран. Разрыв по доступу к обезболивающим средствам огромен: от 54 миллиграммов на одного умершего от ВИЧ/СПИДа или рака при наличии болевого синдрома в десятой части наиболее бедных стран до почти 97 400 в десятой части самых богатых стран мира.

Различия велики и внутри регионов с одинаковым уровнем доходов. Это говорит о том, что уровень экономического развития является не единственным определяющим фактором исхода болезни или доступа к лечению. Кроме того, это означает, что в некоторых странах, несмотря на низкий уровень доходов, имеются большие возможности для решения проблемы рака. Средний показатель для пяти стран с низким уровнем доходов и наиболее высокой смертностью от рака шейки матки составляет 57 по сравнению с 6 для пяти стран с низким уровнем доходов с самой низкой смертностью. Разрыв в показателях летальности для детских онкологических заболеваний составляет от 0,9 до 0,42: вероятность смерти от заболевания среди детей равна 90 % в странах с самыми плохими показателями исхода болезни по сравнению с 40 % в других странах с низким уровнем доходов, где вероятность доступа к различным вариантам лечения выше. Доступ к обезболивающим средствам составляет 31 миллиграмм по сравнению с более 500.

Даже в странах с высоким уровнем доходов существует значительный разброс показателей. Для смертности от рака шейки матки: 16 по сравнению с 1; для летальности по детским онкологическим заболеваниям разница особенно велика: в 16 раз; а для рака молочной железы – 0,61 к 0,14. Это свидетельствует о том, что по коэффициенту смертности к заболеваемости для детских онкологических заболеваний и рака молочной железы некоторые страны с высоким уровнем доходов сопоставимы с беднейшими государствами мира. Предельный разброс по количеству обезболивающих препаратов говорит о недостаточном доступе, а также об очень высоком уровне в нескольких странах с высоким уровнем доходов.

Тенденции, наблюдаемые в СНСУД в различных географических регионах, также свидетельствуют о высоком уровне неравенства в борьбе против рака. В африканском регионе все страны среднего уровня имеют относительно плохие показатели. Даже в странах с наилучшими показателями исхода болезни вероятность смерти существует для 70 % детей, страдающих раком, и почти 50 % женщин с раком молочной железы, а доступ к обезболивающим препаратам ниже 1,750 миллиграммов у больных ВИЧ/СПИДом, которые, умирая, испытывают боль. В Азии разброс показателей особенно велик для рака шейки матки, молочной железы и у детей. В случае детских онкологических заболеваний средний показатель по пяти странам с максимальным уровнем летальности составляет 0,94, т. е. от этой болезни умирают почти все дети. Даже в пяти странах, имеющих наилучшие показатели, от заболевания умирает более 40 % детей. Для рака молочной железы показатели колеблются от 25 % до почти 60 %. В Восточном Средиземноморском регионе уровень смертности от рака шейки матки относительно низок. Все остальные показатели плохие. Отношение смертности и заболеваемости для детских онкологических заболеваний составляет 0,82 для пяти стран с максимальными коэффициентами и 0,71 для пяти стран с минимальными. В случае рака молочной железы эти показатели составляют 0,62 и 0,45. Доступ к обезболивающим препаратам колеблется от 422 миллиграммов до немногим более 7,100 миллиграммов. В случае европейских СНСУД, демонстрирующих наилучшие показатели, вероятность выживания среди детей, больных раком, более чем в три раза выше, чем в странах с наихудшими показателями исхода болезни. Для рака молочной железы показатели различаются более чем в два раза. В Латинской Америке и Карибском регионе отмечаются высокие уровни и различия по смертности от рака шейки матки, а показатели летальности по детским онкологическим заболеваниям различаются более чем в 2 раза. В случае рака молочной железы уровни показателей и разрыв между ними, как правило, ниже. Для обезболивающих препаратов разброс также ниже, однако средний уровень даже для стран с максимальным потреблением составляет всего 6,600 миллиграммов на умершего от рака или ВИЧ/СПИДа при наличии синдрома боли.

Смертность от рака шейки матки, отношение смертности к заболеваемости для детских онкологических заболеваний и рака молочной железы и потребление опиоидных препаратов, отличных от метадона, на одного умершего от ВИЧ/СПИДа или рака при наличии синдрома боли; средние показатели^a по уровню доходов и географическим регионам

		Рак шейки матки ^b (возраст 15 лет и старше)	Все детские онкологические заболевания (возраст 0-14 лет) ^b	Рак молочной железы (возраст 40 – 69 лет) ^b	Потребление опиоидных препаратов, кроме метадона (аналоги морфина)	
		смертность (в расчете на 100 000)	смертность/ заболеваемость	смертность/ заболеваемость	в расчете на одного умершего от ВИЧ или рака при наличии синдрома боли (мг) ^c	
Уровень доходов стран	Дециль 1 (10% - самые бедные страны)	36	0,80	0,60	54	
	Дециль 10 (10% - самые богатые страны)	3	0,28	0,25	97,396	
	Низкие доходы	Среднее для 5 стран с наихудшими показателями	57	0,9	0,7	31
		Среднее для 5 стран с наилучшими показателями	6	0,42	0,35	522
	Доходы ниже среднего	Среднее для 5 стран с наихудшими показателями	35	0,98	0,64	148
		Среднее для 5 стран с наилучшими показателями	1	0,29	0,30	4,716
	Доходы выше среднего	Среднее для 5 стран с наихудшими показателями	24	0,88	0,56	964
		Среднее для 5 стран с наилучшими показателями	4	0,19	0,25	8,970
	Высокие доходы	Среднее для 5 стран с наихудшими показателями	16	0,83	0,61	7,456
		Среднее для 5 стран с наилучшими показателями	1	0,05	0,14	150,869
Географический регион	Африка	Среднее для 5 стран с наихудшими показателями	57	0,93	0,66	19
		Среднее для 5 стран с наилучшими показателями	13	0,69	0,47	1,724
	Азия ^d	Среднее для 5 стран с наихудшими показателями	25	0,94	0,58	358
		Среднее для 5 стран с наилучшими показателями	7	0,42	0,25	9,656
	Восточное Средиземноморье ^d	Среднее для 5 стран с наихудшими показателями	15	0,82	0,62	422
		Среднее для 5 стран с наилучшими показателями	2	0,71	0,45	7,136
	Европа ^d	Среднее для 5 стран с наихудшими показателями	16	0,61	0,53	330
		Среднее для 5 стран с наилучшими показателями	5	0,20	0,30	11,332
	Латинская Америка и Карибский регион	Среднее для 5 стран с наихудшими показателями	29	0,68	0,39	748
		Среднее для 5 стран с наилучшими показателями	10	0,30	0,25	6,612

^a Показатели мирового развития, 2008. Всемирный банк. (<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators/>).

^b Источник данных о смертности от рака шейки матки среди пациенток в возрасте 15 лет и старше; соотношении смертность/заболеваемость для раковых больных в возрасте 0-14; соотношении смертность/заболеваемость для больных раком молочной железы в возрасте 40-69 лет и соотношении смертность/заболеваемость для неходжкинской лимфомы в возрасте 15 лет и старше: Globocan 2008; <http://globocan.iarc.fr/>.

^c Источник данных по потреблению опиоидов на душу населения и на одного умершего от ВИЧ или рака: Методика Глобальной инициативы по доступу к обезболивающим препаратам (GAPRI) (доступна на <http://www.treatthepain.com/methodology>) и Группы по изучению проблем боли и политики в отношении купирования боли Университета штата Висконсин (<http://www.painpolicy.wisc.edu/>). См. Приложение 1, Раздел 2 полного Отчета и полную методику GAPRI (<http://www.treatthepain.com/methodology>).

^d Исключая страны с высоким уровнем доходов.

Эти различия между богатыми и бедными ничуть не удивительны, учитывая тот факт, что на долю СНСУД приходится всего 5 % от мировых расходов на борьбу с раком. На этих странах лежит почти 80 % мировой нагрузки рака по количеству лет жизни, потерянных из-за рака, что приводит к диспропорциональному распределению мировых инвестиций в профилактику, лечение, облегчение боли и исследования рака на ужасающем уровне 5/80.^{30,31}

В результате СНСУД испытывают острый дефицит кадров и физической инфраструктуры, необходимых для борьбы с раком.^{32–35} Например, в Гондурасе, население которого составляет восемь миллионов человек, имеется менее двадцати онкологов. В Эфиопии – четыре онколога на более чем 80 миллионов человек.³⁶

Такая же нехватка специалистов существует и в других областях, связанных с лечением рака (например, в сфере патологии), а также по доступу к центрам третьей ступени, где производится диагностика, хирургические операции и особые виды лечения, например, лучевая терапия. Согласно данным Международной ассоциации по атомной энергии, на страны с высоким уровнем доходов приходится 70 % всех имеющихся в мире радиационных установок, а в 30 странах (половина из которых находятся в Африке) оборудование для лучевой терапии вообще отсутствует. В Северной Америке на миллион жителей приходится 6 мегавольтных установок по сравнению с 0,5 в СНСУД. Эти различия, как правило, несоразмерно сказываются на женщинах, которые составляют наибольшую долю пациентов, нуждающихся в радиотерапии.³⁷

В настоящее время преобладает точка зрения, согласно которой здравоохранение рассматривается как объект капиталовложений, а не статья расходов, что стимулирует разработку программ развития человеческих ресурсов, социального и экологического развития (см. Раздел 3). Болезни, в особенности такие хронические и катастрофические, как рак, снижают производительность и ввергают семьи в нищету, а также препятствуют экономическому росту и развитию человеческих ресурсов.³⁸ Однако этот инвестиционный механизм по-прежнему большей частью игнорируется при разработке глобальной и национальной политики, связанной с раком и другими хроническими заболеваниями.

Жизнь и благосостояние человека представляют собой внутреннюю и несоизмеримую ценность, включая экономический аспект, связанный с потоком доходов, которые могли бы быть получены людьми в случае выживания, и их вкладами в благосостояние и производительность их семей и общества.

«В большинстве стран развивающегося мира отсутствует инфраструктура для качественного лечения рака, и им приходится бороться с высокой стоимостью онкопрепаратов. Программ по профилактике и раннему обнаружению рака в этих странах практически нет. Именно поэтому ценой рака в развивающихся странах фактически становится человеческая жизнь», – Ее Королевское Высочество принцесса Йордании Дина Миред (Dina Mired)

Всемирный экономический форум (ВЭФ) считает хронические заболевания одним из трех главных глобальных экономических рисков, учитывая потенциальное влияние этих болезней на глобальную производительность и экономический рост.³⁹ ВЭФ предостерегает против краткосрочного взгляда на преимущества инвестиций в профилактику и управление хроническими заболеваниями. Невозможность защитить население от предотвратимых рисков для здоровья в связи с хроническими болезнями неизбежно приводит к значительному сдерживанию экономического развития и социального благополучия.⁴⁰ Пренебрежение НИЗ подвергает страны дополнительному риску, связанному с невозможностью достижения многих Целей развития тысячелетия (ЦРТ).⁴¹

Кроме того, рак, хронические заболевания и НИЗ являются одновременно следствием и причиной бедности. Амартья Сен (Amartya Sen) отмечает: «Беднейшие группы населения не только подвергаются более высоким рискам в связи с неинфекционными заболеваниями, но и сталкиваются с более серьезными проблемами медицинского и экономического характера в случае развития такой болезни. У бедных меньше ресурсов и меньше возможностей получения медицинской помощи, и часто диагноз ставится им с опозданием. В результате такие болезни как рак, как правило, развиваются до более запущенного состояния, чем в случае обеспеченных больных, и это обуславливает более высокий уровень смертности и инвалидности. Затраты и экономические затруднения, связанные с болезнями, также являются основной причиной, по которой эти и без того бедные семьи впадают в крайнюю нищету».⁴²

«Беднейшие группы населения не только подвергаются более высоким рискам в связи с неинфекционными заболеваниями, но и сталкиваются с более серьезными проблемами медицинского и экономического характера в случае развития такой болезни. У бедных меньше ресурсов и меньше возможностей получения медицинской помощи, и часто диагноз ставится им с опозданием. В результате такие болезни как рак, как правило, развиваются до более запущенного состояния, чем в случае обеспеченных больных, и это обуславливает более высокий уровень смертности и инвалидности. Затраты и экономические затруднения, связанные с болезнями, также являются основной причиной, по которой эти и без того бедные семьи впадают в крайнюю нищету».– Амартья Сен (Amartya Sen), лауреат Нобелевской премии по экономике 1998 года.

Неравенство в борьбе с раком может усугублять экономический разрыв между странами и внутри них. Ежегодно новые случаи заболевания раком по всему миру – около 13 миллионов, и этот показатель продолжает расти, – накладывают огромное бремя не только в форме потерянных лет жизни и человеческих страданий, но и с точки зрения экономики.⁴³ Экономические последствия каждого онкологического случая включают в себя прямые и косвенные издержки на лечение, потерянные доходы пациентов и их семей в результате неработоспособности во время лечения, и, что важнее, утрату производительности больного и его семьи в результате преждевременной смерти и нетрудоспособности, и потребность в уходе, который нередко наиболее тяжким бременем ложится на молодых женщин.

Курение представляет собой огромный экономический риск для СНСУД. Согласно оценкам, потери от курения составляют 500 миллиардов долларов США (в основном, это затраты на болезни, вызываемые курением, и их лечение), что превышает общие годовые затраты на здравоохранение всех СНСУД. Общие экономические издержки курения снижают валовой внутренний продукт на целых 3,6 % в год. Кроме того, если тенденции курения сохранятся, то в будущем не предвидится ничего хорошего. Ожидается, что в период с 2020 по 2030 гг. мировые экономические издержки курения достигнут 1 триллиона долларов США в год.⁴⁴

В отличие от ВИЧ/СПИДа рак представляет собой сложный комплекс множества заболеваний, при этом некоторые формы рака неизлечимы или даже непредотвратимы при существующем уровне медицинских знаний. Тем не менее, данные, приведенные в настоящем Отчете, дают четкую картину подгруппы форм рака, которые можно успешно предотвращать или лечить в условиях недостаточности ресурсов. Сосредоточение на подгруппе форм рака, которые можно предотвращать или лечить при нынешнем уровне знаний и медицинских достижений, позволит значительно снизить смертность в СНСУД. Согласно анализу предотвратимой смертности, выполненному для данного Отчета, ежегодно регистрируется от 2,4 до 3,7 миллионов случаев смерти от рака, которые можно было предотвратить.⁴⁵ Примерно 80 % таких предотвратимых случаев смерти приходится на долю СНСУД. В этих оценках учитываются только те формы рака, профилактика или лечение которых может привести к исцелению или значительному увеличению продолжительности здоровой жизни.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИЗДЕРЖКИ РАКА И ВЫГОДЫ ОТ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

- Ежегодно регистрируется от 2,4 до 3,7 миллионов предотвратимых случаев смерти от рака; из них 80 % – в СНСУД.
- Смерть от рака, поражающая детей и молодежь, приводит к неоправданным потерям многих лет здоровой жизни.
- По данным Американского общества борьбы с раковыми заболеваниями, курение – огромный и предотвратимый экономический риск, снижающий валовой внутренний продукт в СНСУД на целых 3,6 % в год.
- Экономические издержки потери производительности в сочетании с расходами на лечение от рака достигают 1,16 триллиона долларов США (2010 г.), что составляет примерно 2 % от общемирового ВВП.
- Согласно опубликованным расчетам Всемирного экономического форума, величина потерь, понесенных людьми из-за рака вследствие неполученного дохода, расходов на медицину за свой счет, болей и страданий, оценивается ими в 2,5 триллиона долларов США (2010 г.) или более 4 % мирового ВВП.
- По оценкам ВОЗ, затраты на сокращение факторов риска, таких как курение и злоупотребление алкоголем, составляют 2 миллиарда долларов США в год или менее 0,4 доллара США на человека для всех СНСУД.
- Кроме того, ВОЗ приводит доказательства того, что включение ограниченного набора отдельных процедур при НИЗ (например, иммунизация от гепатита В для профилактики рака печени и меры по предотвращению рака шейки матки) обходится менее чем в 1 доллар США на человека в странах с низким уровнем дохода, 1,5 доллара США в странах с уровнем дохода ниже среднего и 3 доллара США в странах с уровнем дохода выше среднего.
- Экономическая стоимость потери производительности из-за предотвратимых смертей от рака превышает стоимость лечения и профилактики рака более чем на 130 миллиардов долларов США. Учитывая индивидуальное восприятие величины утраченного дохода и страданий, потенциальная экономия оказывается еще большей – от 540 до 850 миллиардов долларов США (2010 г.).

(См. Раздел 3 Отчета)

Большинства смертельных случаев от рака в СНСУД можно избежать. В зависимости от уровня доходов в регионе в СНСУД можно предотвратить 50–60 % смертей от рака по сравнению с 35 % в странах с высоким уровнем доходов.

Смерть от рака среди детей и молодежи означает множество неоправданно потерянных лет здоровой жизни. Богатые страны смогли предотвратить многие из таких смертей, тогда как странам с низким уровнем доходов это не удастся. Такие «приоритетные онкологические заболевания» представляют собой идеальный объект для информационно-пропагандистской деятельности и принятия соответствующих мер в СНСУД.

Общемировые издержки производительности вследствие преждевременной смерти и потери трудоспособности из-за рака оцениваются в 921 миллиард долларов США (2010 г.).⁴⁶ Этот показатель базируется на общих потерянных годах жизни с поправкой на нетрудоспособность (DALYs) и величине утраченной индивидуальной производительности по причине преждевременной смерти.

Глобальные экономические издержки новых случаев рака, включая расходы на медицину, расходы на профилактику и время лиц, ухаживающих за больными, транспортировку в лечебные учреждения, и профилактические мероприятия, составляют 310 миллиардов долларов США (2010 г.).⁴⁷

Величина потерь вследствие неполучения дохода, расходов на медицину, а также боли и страданий оценивается большими (по данным за 2010 год) в 2,5 триллиона долларов США, что составляет более 4 % мирового ВВП. Данный показатель определен на основе метода «Стоимости среднестатистической жизни» (VSL).⁴⁸ При более консервативном подходе, учитывающем затраты на лечение и потери вследствие снижения производительности, общая годовая экономическая стоимость рака (по данным за 2010 год) оценивается на уровне около 1,16 триллиона долларов США, что составляет примерно 2 % мирового ВВП. Данный показатель не включает существенные долгосрочные затраты пациентов, их семей и лиц, осуществляющих уход, которые напрямую не относятся к периоду лечения.

Для всех оценок экономическая стоимость человеческой жизни, которую можно спасти, превышает затраты на лечение и контроль над распространением рака. Движущим фактором для данных расчетов является стоимость потерянных лет здоровой, продуктивной жизни – как для экономики, так и для самого человека. По разумным оценкам, исходя из экономической стоимости потерянных лет жизни с поправкой на инвалидность и инвестиций в лечение и контроль над распространением рака, в 2010 году мир мог бы сэкономить 131 миллиард долларов США. С учетом величины неполученного дохода и страданий, по оценкам больных, расчетная экономия еще выше: от 543 до 850 миллиардов долларов США.

Расширение мер по профилактике, выявлению и лечению, особенно в СНСУД, требует дополнительных инвестиций. Они будут компенсированы с лихвой за счет прогнозируемого сокращения экономического бремени болезней. Действительно, если не остановить рост НИЗ, в будущем общее экономическое бремя хронических заболеваний затмит все затраты на медицину, понесенные к настоящему времени, в том числе в связи с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией.⁴⁹

Выводы по результатам исследования ВЭФ говорят о том, что затраты на масштабную реализацию основного набора мероприятий и стратегий в отношении НИЗ относительно невелики. Стоимость снижения факторов риска, таких как потребление табака и алкоголя, оценивается на уровне 2 миллиардов долларов США в год для всех СНСУД, т. е. менее чем 0,4 доллара США в расчете на человека. С учетом ограниченного набора отдельных мероприятий – в случае рака это иммунизация против гепатита В для профилактики рака печени, а также меры по предотвращению рака шейки матки – стоимость увеличивается до 9,4 миллиарда долларов США в год. В результате годовые инвестиции на душу населения составят менее 1 доллара США в странах с низким уровнем доходов, 1,5 доллара США в странах с уровнем доходов ниже среднего и 3 доллара США в странах с доходами выше среднего.⁵⁰

При этом затраты на профилактику и лечение нельзя считать неизменными во времени. Несмотря на часто высокую стоимость, быстро появляются научные инновации в области профилактики и лечения рака, изменяя как саму сферу деятельности, так и структуру затрат. Таким образом, текущая величина общей стоимости профилактики и лечения рака для случаев заболевания является в значительной степени доступной, даже при повышении затрат на новые технологии и лекарственные средства. Экономика надежды свидетельствует о том, что в будущем профилактика и лечение будут доступнее для пациентов и систем здравоохранения в СНСУД.

Преодоление неравенства в борьбе против рака является требованием справедливости. При этом сам факт существования такого неравенства остается скрытым за завесой неосведомленности. Даже мировое сообщество работников здравоохранения только начинает осознавать его существование.

УСПЕХИ В ОБЛАСТИ СНИЖЕНИЯ СТОИМОСТИ ВАКЦИН ДЛЯ СНСУД

- **Вакцина против гепатита В:** Снижение стоимости вакцины, установленной при выводе на рынок в 1982 году на уровне более 100 долларов США за дозу, до 20 центов позволило развивающимся странам значительно повысить показатели вакцинации при поддержке Глобального альянса по вакцинам и иммунизации (ГАВИ).
- **Вакцина против ПВЧ:** До 2011 года цены в СНСУД колебались от 30 до 100 долларов США за дозу. С помощью Возобновляемого фонда Панамериканской организации здравоохранения для стран, удовлетворяющих определенным требованиям, цены удалось снизить с 32 долларов за дозу в январе 2010 года до 14 долларов за дозу в апреле 2011 года. В результате эффективной работы через Альянс ГАВИ в июне 2011 года компания Merck предложила странам с низким уровнем доходов вакцину по цене 5 долларов за дозу.⁵¹

(См. Раздел 7 Отчета)

Одной из целей данного Отчета и рабочей группы ГТФССС является снятие этой завесы и раскрытие проблемы рака, угрожающей мировому здоровью. Неспособность решить проблему рака в СНСУД будет стоить миру огромных затрат, и для ее решения нужно срочно принимать крупномасштабные ответные меры по всему миру.⁵²

I.ii. МНОГОЕ МОГЛО БЫ БЫТЬ СДЕЛАНО: СИСТЕМА, НАПРАВЛЕННАЯ НА РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

В условиях растущего бремени хронических болезней в лице рака необходима перестройка систем здравоохранения. Это означает замену традиционной модели по принципу «или то, или это», направленной на лечение только конкретных заболеваний, на интерактивные и синергетические системы здравоохранения. Обновленные системы здравоохранения будут укрепляться по мере адаптации и принятия новых способов обслуживания, ценообразования, снабжения и финансирования. Действительно, в сборнике Lancet Series за 2010 год, посвященном хроническим заболеваниям, говорится о стратегическом характере инвестиций в развитие системного подхода к хроническим заболеваниям в СНСУД.⁵³

Расширение доступа к лечению рака и контролю над его распространением и укрепление систем здравоохранения способствует взаимному усилению действий по этим направлениям. Сильные системы здравоохранения необходимы для профилактики, диагностики и лечения рака и других хронических заболеваний. В то же время расширение доступа к лечению рака и контролю над его распространением может быть обеспечено таким способом, который позволит укрепить системы здравоохранения в целом.⁵⁴ В данном Отчете предлагается диагональный подход к здравоохранению для взаимного усиления действий по расширению доступа к лечению рака и контролю над его распространением и укреплению систем здравоохранения путем одновременного учета общих задач систем здравоохранения, а также приоритетов и мероприятий по конкретным заболеваниям (см. Раздел 4 Отчета).^{55,56}

РАСШИРЕНИЕ ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ РАКА И КОНТРОЛЮ НАД ЕГО РАСПРОСТРАНЕНИЕМ МОЖЕТ СОДЕЙСТВОВАТЬ УКРЕПЛЕНИЮ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, А ТАКЖЕ ЭКОНОМИЧЕСКОМУ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ

- **Профилактика – здоровый образ жизни:**
 - ® Борьба с курением является основным фактором предотвращения отдельных форм рака, а также снижения риска развития болезней сердечно-сосудистой и дыхательной систем.
 - ® Пропаганда здорового образа жизни снижает риск развития рака и многих других НИЗ.
 - ® Деятельность в области борьбы с курением и укрепления здоровья населения является неотъемлемой частью стратегических программ в сфере образования, борьбы с бедностью, экономики и человеческого развития.

- **Раннее выявление – вторичная профилактика:**
 - ⊗ Программы раннего выявления рака молочной железы и шейки матки поддерживают женщин и способствуют снижению уровня бедности, улучшению здоровья в целом, обеспечению здоровья детей и борьбы с конкретными заболеваниями, такими как ВИЧ/СПИД.
- **Диагностика и лечение:**
 - ⊗ Создание телекоммуникационных систем, необходимых для телеонкологии, способствует улучшению качества диагностики и лечения других болезней и состояний, а также обучению и укреплению потенциала.
- **Лечение:**
 - ⊗ Основные средства, например, пульсоксиметры, способствуют повышению эффективности хирургического лечения рака, а также других болезней и состояний.
 - ⊗ Создание строгих процедур по предотвращению заражения и управлению отходами и токсичными веществами для лечения и борьбы против рака принесет пользу всем пациентам за счет снижения риска и частоты заражения инфекциями в медицинских учреждениях.
- **Выживаемость:**
 - ⊗ Меры по снижению стереотипов, связанных с раком, открывают населению новые возможности для уменьшения уровня дискриминации, испытываемой другими группами, включая больных ВИЧ/СПИДом или туберкулезом, женщин и семьи, проживающие за чертой бедности, а также способствуют социальной сплоченности и сокращению изоляции маргинализированных групп населения.
- **Снятие боли и паллиативное лечение:**
 - ⊗ Укрепление систем здравоохранения в сфере повышения доступа к болеутоляющим средствам имеет большое значение для рака, многих других заболеваний, а также для хирургии.

(См. Раздел 4 Отчета)

В соответствии с диагональным подходом расширение возможностей в лечении рака может улучшить способности систем здравоохранения СНСУД в лечении всех заболеваний и решении проблем со здоровьем. Для эффективного лечения онкологических заболеваний необходимы сильные системы здравоохранения, а расширение доступа к лечению рака и контролю над его распространением способно их укрепить. Примером является снятие боли, которое жизненно важно для паллиативного лечения рака и удовлетворения многих других потребностей пациентов, но которое не всегда доступно, даже несмотря на невысокую стоимость.

Различия, которые десятилетиями проводились между хроническими и острыми, а также инфекционными и неинфекционными заболеваниями, все больше утрачивают свою актуальность. Данное ошибочное деление, которое лежало в основе формирования системы здравоохранения в прошлом, тяжелым бременем ложится на исследования и политику. Номенклатура не позволяет эффективно использовать результаты исследований для представления доказательств, информационно-пропагандистской деятельности и определения политического курса. Системы здравоохранения не должны попадать в ловушку статичного мышления, оказываясь не в состоянии реагировать на изменения эпидемиологической ситуации, крупные достижения в медицине или появляющиеся возможности для инноваций в области предоставления и финансирования медицинской помощи.

Системы здравоохранения в СНСУД рассчитаны, главным образом, на реагирование в случае острых заболеваний. Необходимо пересмотреть действующие методики таким образом, чтобы учитывать повседневные нужды онкологии. Реформы системы здравоохранения должны быть направлены на шесть пересекающихся компонентов континуума противораковых мероприятий и разработку комплексных программ, включающих в себя все шесть компонентов: первичная профилактика, раннее выявление, диагностика, лечение, выживание и паллиативное лечение.

В данном Отчете представлен диагональный подход, который применен по всему континууму противораковых мероприятий в целях решения проблем хронического характера. Одно из главных преимуществ данного подхода заключается в использовании существующих горизонтальных систем и программ, охватывающих все население – например, инициатив в сфере образования, инфраструктуры и репродуктивного здоровья; регулятивных органов в области обезболивающих препаратов, медицинского страхования и хирургического оборудования – таким образом, чтобы также учесть медицинские потребности других групп заболеваний.

Факты говорят о том, что в СНСУД многое должно и могло бы быть сделано. В то же время, учитывая скудость ресурсов, для определения приоритетных задач необходимо установить наиболее эффективные виды лечения и наиболее восприимчивые к ним формы рака. При этом определяется круг приоритетных форм рака и очевидных возможностей ЛПР для немедленной реализации в целях расширения профилактики и/или лечения (см. Раздел 5 Отчета).

Стратегия стратификации ресурсов помогает определять наиболее эффективные и подходящие виды вмешательства для различных уровней доходов, и тщательный анализ необходимо проводить в отношении каждого вида рака с учетом особенностей, существующих в каждой стране.^{57,58}

ПРИОРИТЕТНЫЕ ФОРМЫ РАКА И ОЧЕВИДНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛПР

- **Профилактика**
 - ⊗ связанные с образом жизни
 - Курение: рак легких, рак головы и шеи, рак мочевого пузыря, рак горла; повышенный риск при пассивном курении
 - Алкоголь: злокачественная карцинома
 - ⊗ связанные с инфекцией
 - ВПЧ: рак шейки матки
 - гепатит В: злокачественная карцинома
 - Н rulogi: рак желудка
- **Раннее выявление и лечение**
 - ⊗ Рак шейки матки
 - ⊗ Рак молочной железы
 - ⊗ Ретинобластома у детей
- **Лечение, основанное преимущественно на системной терапии**
 - ⊗ Лимфосаркома Беркитта (особенно в детском возрасте)
 - ⊗ Лимфома Ходжкина
 - ⊗ Детский острый лимфоцитарный лейкоз
 - ⊗ Неходжкинская лимфома
- **Продление жизни и паллиативная помощь при системной терапии**
 - ⊗ Саркома Капоши
 - ⊗ Хронический миелолейкоз
- **Выживание**
 - ⊗ Все формы рака и слои населения
- **Временное облегчение боли**
 - ⊗ Все формы рака

(См. Раздел 5 Отчета)

Особая сложность в лечении рака заключается в признании того факта, что диапазон видов лечения простирается от высокоэффективных недорогих вариантов до малоэффективных и иногда даже экспериментальных или неапробированных дорогостоящих методов лечения. Данная ситуация отличается от распространения препаратов от ВИЧ, когда большинство применимых лекарственных средств быстро обнаруживали заметную эффективность на первоначальном этапе, и задача сводилась к обеспечению снижения издержек до уровня, позволяющего расширять масштабы производства. В странах с высоким уровнем доходов минимально эффективные лекарственные средства часто являются новейшими и, следовательно, самыми дорогостоящими и при этом в некоторых случаях помогают продлить жизнь всего на несколько недель и имеют серьезное побочное действие и катастрофические финансовые последствия для семей и систем здравоохранения. Стоимость хирургических операций также стремительно увеличивается по причинам, которые часто никак не связаны с улучшением результатов лечения пациентов. Действительно, бесперспективные виды обслуживания и лечения могут помешать паллиативному уходу, который позволил бы улучшить качество жизни больного и его семьи и, в некоторых случаях, даже продлить срок выживания.⁵⁹

Обременение СНСУД минимально эффективными решениями с высокой стоимостью нельзя назвать разумной политикой здравоохранения, и такого подхода следует избегать. Таким образом, основное внимание в данном Отчете сосредоточено на определении способа выбора эффективных схем лечения рака в СНСУД, которые учитывали бы сложные вопросы справедливости и распределения ресурсов.

Уроки, которые можно извлечь из инноваций, предлагаемых СНСУД в области медицинского обслуживания, могут оказаться полезными и для стран с высоким уровнем доходов. Некоторые из этих инноваций имеют низкую стоимость, являются элементарными и все чаще доказывают свою полезность для всех пациентов. Одним из примеров является контрольный список мероприятий при хирургическом вмешательстве.⁶⁰

Анализ и рекомендации, касающиеся основных элементов стратегии ЛПР для СНСУД, исходят из пяти главных предпосылок:

1. Многие формы рака можно предотвратить посредством борьбы с инфекциями, сокращения факторов риска и изменения образа жизни, в особенности – ограничения курения.
2. Точная онкологическая диагностика имеет решающее значение для определения соответствующего и успешного плана лечения.
3. Многие формы рака можно успешно излечить доступными лекарственными препаратами и продлить жизнь на многие годы, что означает:
 - ® неприемлемость отказа от терапии заболеваний, для которых существуют эффективные и недорогие виды лечения,
 - ® необходимость оценки по каждой конкретной стране и имеющимся ресурсам для лечения более сложных и менее излечимых болезней.
4. Временное облегчение боли и страданий при раке – это основное право человека. Такие программы не должны основываться на расчетах затрат и результатов, измеряемых в продлеваемых годах жизни. Достоинство и справедливость не менее важны, чем эффективность.
5. Для понимания масштаба онкологического бремени и потенциального влияния мер ЛПР нужны надежные сведения.

Исходя из наличия ресурсов и онкологического бремени, необходимо определить для каждой страны конкретные стратегии и соответствующую группу приоритетных форм рака. Система приоритетов должна быть изложена в национальной стратегии или программе борьбы с раком, в которой, помимо прочего, определяются капиталовложения, необходимые для проведения исследований и создания доказательной базы. В национальной стратегии можно четко указать наиболее поддающиеся лечению формы рака по всему континууму лечения и профилактики.

В данном отчете содержится общая схема, которая поможет странам в разработке планов борьбы с раком путем определения основ соответствующего ЛПР и главных компонентов базовых эффективных противораковых мероприятий, которые могут использоваться даже в условиях нехватки ресурсов. Эта схема сочетается с описанием главных элементов для подгруппы форм рака, относящихся к наиболее важным проблемам здравоохранения в странах с низким уровнем дохода.

Национальные планы борьбы с раком должны применять диагональный подход и быть соответствующим образом интегрированы в горизонтальные программы системы здравоохранения. Кроме того, планы борьбы с раком должны стать составной частью национальных стратегий по НИЗ и хроническим болезням, пользующихся всеми возможностями применения диагонального подхода.

Эффективный план борьбы с раком должен включать в себя улучшенные методы диагностики за счет усовершенствования патологии, а также хирургии и лучевой терапии для тех форм рака, при которых они жизненно необходимы. Для этого требуется установление связей и возможность консультаций с центром передового опыта. В этом аспекте важная роль отводится международным организациям, как видно из примера Международного агентства по атомной энергии и его Программы действий по лечению рака.⁶¹

Хотя следует стремиться к созданию национального центра передового опыта в каждой СНСУД, во многих странах на это уйдет определенное время. Примеры нескольких стран позволяют извлечь соответствующие уроки и получить моральную поддержку. Ранее отмечались Институт рака в Ченнаи в Индии, Институт рака Ocean Road в Танзании и Национальный институт неопластических заболеваний в Перу.⁶² В данном Отчете приводятся новые примеры: Центр и фонд рака имени короля Хусейна в Иордании, Институт рака Уганды, а также сеть Мексиканского национального института рака и региональные центры, например, Институт рака штата Халиско.

Для сокращения существующего разрыва в данном Отчете предложен ряд инноваций в области предоставления медицинского обслуживания, включая международное сотрудничество и объединение с помощью информационно-телекоммуникационных технологий и телемедицины, в частности телепатологии. Существует ряд моделей, многие из которых появились в сфере педиатрической онкологии. В случае использования по всему миру и надлежащей оценки данные модели могут помочь извлечь необходимые уроки для расширения масштабов деятельности.

Определение приоритетных форм рака и мероприятий в условиях стран с низким уровнем дохода в немалой степени развеивает миф о том, что «почти ничего сделать нельзя». В Отчете определена значительная группа форм рака, в отношении которых в СНСУД существуют серьезные возможности для профилактики, диагностики, лечения и паллиативной помощи. Например, 26 из 29 основных препаратов для лечения многих наиболее распространенных излечимых форм рака в СНСУД вышли из под действия патентов, поэтому стоимость лекарственной терапии относительно невысока.

Затраты СНСУД на расширение доступа к видам лечения, наиболее эффективно закрывающим онкологическую пропасть, могут оказаться намного меньшими, чем опасаются многие. При раке шейки матки, саркоме Капоши и лимфоме Беркитта (преимущественно, детский рак, эндемичный для африканских стран) стоимость лечебных или продлевающих жизнь онкологических препаратов составляет менее 500 долларов США на пациента. Большинство вышедших из под действия патента дженериковых препаратов от рака, необходимых для СНСУД, можно приобрести менее чем за 100 долларов США на курс лечения, и почти все – меньше чем за 1000 долларов США.

Кроме того, в данном Отчете приводится оценка на основе данных Globocan 2008, согласно которой общая стоимость медикаментозного лечения в СНСУД в отношении нерешенных проблем рака шейки матки, лимфомы Ходжкина и острой лимфобластной лейкемии у детей в возрасте от 0 до 14 лет составляет примерно 115 миллионов долларов США, а для случаев заболевания, выявленных за один год, – 280 миллионов долларов США. Данный показатель относительно невелик, хотя он не учитывает затраты на диагностику, хирургическое вмешательство или радиотерапию. Лечение рака молочной железы, напротив, в несколько раз дороже, особенно при использовании высокоэффективных оригинальных препаратов для пациентов с положительным статусом HER2. При этом в случае раннего обнаружения рака молочной железы лечение обходится значительно дешевле, а не только повышает вероятность выздоровления и продлевает продолжительность здоровой жизни. Также значительно уменьшаются потребности в лекарственных средствах и иных вмешательствах, следовательно, и общая стоимость лечения (см. Разделы 5 и 7 Отчета).

СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ, КОТОРАЯ ПОЗВОЛИТ ПРЕОДОЛЕТЬ НЕРАВЕНСТВО В ОБЛАСТИ БОРЬБЫ ПРОТИВ РАКА, МОЖЕТ ОКАЗАТЬСЯ НАМНОГО НИЖЕ, ЧЕМ ОЖИДАЮТ МНОГИЕ

- В странах с низким уровнем доходов достигнуто снижение цен на вакцины против ВПЧ и гепатита В на 90 %.
- Раннее выявление рака молочной железы существенно увеличивает продолжительность здоровой жизни и сокращает потребности в лекарственных препаратах и иных вмешательствах, следовательно, и общую стоимость лечения.
- 26 из 29 основных средств для лечения многих наиболее распространенных поддающихся лечению форм рака в СНСУД являются вышедшими из под действия патента.
- Большинство вышедших из под действия патента дженериков против рака, необходимых СНСУД, доступны по цене менее 100 долларов США за курс лечения, и почти все они стоят менее 1000 долларов США.
- В случае рака шейки матки, саркомы Капоши и лимфомы Беркитта стоимость лечебных или продлевающих жизнь препаратов составляет менее 500 долларов США в расчете на пациента.
- Общая стоимость медикаментозного лечения СНСУД в отношении нерешенных проблем рака шейки матки, лимфомы Ходжкина и острой лимфобластной лейкемии у детей в возрасте от 0 до 14 лет в СНСУД составляет примерно 115 миллионов долларов США. Стоимость медикаментозного лечения для случаев заболевания, выявленных за один год, равна 280 миллионам долларов США.

(См. Разделы 5 и 7 Отчета)

Существует огромное множество возможных мер, которые могут быть приняты для преодоления неравенства в борьбе с раком, при этом затраты на многие из необходимых мероприятий относительно невелики. Предотвращение факторов риска, начиная с борьбы с курением, имеет приоритетное значение для всех стран и всех уровней доходов. К наиболее очевидным и наиболее распространенным кандидатам для принятия мер относятся некоторые онкологические заболевания, поражающие детей, молодежь и женщин и в значительной степени поддающиеся лечению, а также формы рака, связанные с предотвратимыми инфекциями. Изменение стереотипов, повышение уровня выживаемости и обеспечение обезболивания и паллиативного лечения необходимы и практически возможны для всех пациентов. Мероприятия по всем этим направлениям и для всех этих видов онкологических заболеваний являются взаимосоусиливающими, принесут пользу другим пациентам и группам населения, помогут укрепить системы здравоохранения и будут содействовать экономическому развитию и развитию человеческих ресурсов.

Основываясь на вышеприведенных выводах, члены ГТФ.ССС предлагают пять всеобъемлющих рекомендаций для повышения уровня глобальной справедливости и сокращения онкологической пропасти:

1. **АКТИВИЗАЦИЯ** профилактических стратегий, снижающих риск возникновения рака.
2. **РАСШИРЕНИЕ** доступа по всему процессу профилактики и лечения рака посредством всеобщего финансового обеспечения расходов на здравоохранение, четко сформулированного комплекса гарантированных льгот и эффективного использования всех уровней обслуживания.
3. **УСИЛЕНИЕ** национальных систем здравоохранения для борьбы с раком и другими хроническими заболеваниями путем включения мероприятий в деятельность существующих программ и учреждений, а также преобразования доказательств в политические меры посредством мощных информационных систем, исследований и механизмов мониторинга и оценки.
4. **ПРИВЛЕЧЕНИЕ** международных организаций и, в частности, тех организаций, которые могут обеспечить финансирование, ценообразование и закупки, сбор информации, повышение потенциала, а также управление и руководство в лечении и профилактике рака.
5. **МОБИЛИЗАЦИЯ** всех государственных и частных заинтересованных сторон в области борьбы с раком в рамках новых и существующих глобальных и национальных форумов и сетей, посвященных улучшению результатов мероприятий по охране здоровья и справедливости.

1.iii. МНОГОЕ МОЖНО СДЕЛАТЬ

В Отчете группы ГТФ.ССС изложены конкретные меры по пяти стратегическим направлениям, для которых диагональный подход способен значительно сократить неравенство в борьбе против рака. Предложения по каждому из пяти стратегических направлений построены на основе пяти общих рекомендаций, приведенных ниже.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ МЕР:

- Инновации в сфере предоставления медицинского обслуживания, направленные на оптимизацию использования человеческих и материальных ресурсов, использование информационно-телекоммуникационных технологий между странами и внутри них, а также на максимально полное привлечение лиц, осуществляющих уход на первичном и вторичном уровнях.
- Повышение доступа к недорогим лекарственным средствам, вакцинам и медицинским технологиям для лечения рака посредством реализации глобальных и национальных стратегий, направленных на снижение ценовых и неценовых барьеров.
- Инновации в области финансирования, использующие местные и глобальные возможности для расширения социальной защиты в области здравоохранения, включая лечение рака и контроль над его распространением.
- Формирование и применение более обширной и эффективной доказательной базы для принятия решений посредством совершенствования систем медицинской информации и исследований, стандартов мониторинга и оценки, а также критериев качества работы, способствующих обеспечению индивидуальной ответственности и результатов.
- Более эффективное разумное руководство и управление со стороны национальных и глобальных деятелей, направленное на максимально полное использование возможностей, вырабатываемых на уровне заседаний ООН высокого уровня по вопросам НИЗ, и стимулирование совместных действий со стороны множества заинтересованных сторон, включая население, пациентов и частный сектор, с помощью действенных национальных планов по борьбе с раком.

Каждое стратегическое направление действий обсуждается в отдельном разделе в заключительной части Отчета, который включает ряд конкретных полезных рекомендаций. Основные идеи и рекомендации по каждому разделу обобщены ниже.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ОБСЛУЖИВАНИЮ

Рабочая группа GTEССС определила ряд инновационных моделей и механизмов обслуживания, которые могут быть внедрены в СНСУД для улучшения качества лечения рака и контроля над его распространением. Рабочая группа пришла к выводу, что даже в тех случаях, когда специализированные услуги не доступны, можно предложить ряд мер по лечению рака и контролю над его распространением с помощью стратегий инновационного обслуживания. Некоторые из этих инноваций продемонстрированы на примерах, существующих в Мексике, Уганде, Иордании, организации Partners In Health и в рамках Программы международного содействия госпиталя St. Jude. Дополнительные свидетельства представляют примеры инноваций, действующих в странах с высоким уровнем доходов в районах, удаленных от мест предоставления специализированных услуг. Примеры подкреплены обширным обзором литературы об инновационных формах обслуживания по другим заболеваниям и медицинским услугам (см. Раздел 6 Отчета).

Необходимо проводить обучение неспециализированного медицинского персонала для перемещения существенных компонентов лечения рака и контроля над его распространением в менее специализированные учреждения. Использование телекоммуникаций и других формальных и неформальных связей со специализированными центрами в странах с высоким и средним уровнем доходов по всему миру, а также в городских центрах в СНСУД может укрепить потенциал и возможности

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ШЕЙКИ МАТКИ: ПРИМЕРЫ ИННОВАЦИОННОГО ПОДХОДА

- **Профилактика – здоровый образ жизни:**
 - ⊗ Включение санитарно-просветительских мероприятий, в том числе – пропаганды борьбы с курением и здорового образа жизни, в программы борьбы с бедностью и социального благополучия.
 - ⊗ Пропаганда вакцинации от ВПЧ в рамках программ охраны подросткового, сексуального и репродуктивного здоровья и здоровья матери и ребенка.
 - **Раннее выявление – вторичная профилактика:**
 - ⊗ Включение программ раннего выявления рака молочной железы и шейки матки в программы борьбы с бедностью, охраны здоровья матери и ребенка, сексуального и репродуктивного здоровья, а также программы по борьбе с ВИЧ/СПИД.
 - ⊗ Обучение опытных пациентов, медико-санитарных работников, медсестер и участковых терапевтов проведению ранней диагностики, особенно среди женщин в группе высокого риска.
 - **Диагностика:**
 - ⊗ Использование телемедицины для расширения возможностей лучевого обследования молочной железы путем установления связи между специалистами, специализированными центрами и работниками первичной и вторичной медицинской помощи в целях диагностики и обучения.
 - ⊗ Укрепление имеющихся центров обработки патологических данных за счет использования телемедицины для консультаций в области патологии.
 - **Лечение:**
 - ⊗ Обучение медицинских работников и учреждений первичной и вторичной медицинской помощи безопасному проведению некоторых видов химиотерапии и вспомогательной терапии при наличии надежной связи со специалистами и специализированными центрами, что позволит уменьшить расходы пациентов, необходимость для молодых матерей оставлять детей на долгое время и нагрузку на учреждения третичной медицинской помощи.
 - **Выживание:**
 - ⊗ Обучение опытных пациентов, медико-санитарных работников, медсестер и участковых терапевтов оказанию длительной эмоциональной поддержки, методологическим принципам симптоматической терапии и ориентированию пациентов, включая знание прав и медицинских льгот.
- Обезболивание и паллиативная помощь:**
- ⊗ Внедрение систем, обеспечивающих безопасный и эффективный контроль обезболивающих препаратов на уровне первичной и вторичной медицинской помощи, включая назначение лекарственных препаратов по упрощенной форме.

неспециализированного медицинского персонала и инфраструктуры, имеющейся в СНСУД. Данная стратегия способна сократить расстояние между пациентом и лечебным учреждением для обеспечения доступности и приемлемости.

Хотя имеющиеся ресурсы позволяют сделать намного больше, также очевидно, что для диагностики и лечения большинства онкологических заболеваний требуются дополнительные инвестиции, в частности в странах с низким уровнем доходов. Формирование потенциала человеческих ресурсов имеет решающее значение во многих областях. Кроме того, для улучшения возможностей диагностики, особенно при работе с патологиями, большое значение имеет наличие стационарных учреждений на местах. Хотя телемедицина способна оказать помощь в построении данного потенциала, основные инвестиции также необходимы и на местах.

Пилотные проекты должны проходить формальную оценку, чтобы развивать наиболее перспективные из них до уровня показательных программ, которые смогут предоставить необходимые доказательства для демонстрации соответствия инновационного подхода к обслуживанию требованиям высококачественного лечения, эффективности и сокращения затрат как для пациентов, так и для системы здравоохранения. Данные уроки могут оказаться полезными для стран с высоким уровнем доходов, где стоимость медицинского обслуживания особенно высока и в значительной степени сосредоточена на специализированных услугах. Для повышения эффективности принимаемых мер очень нужен международный банк данных, аккумулирующий информацию об опыте и уроках, извлеченных из проектов, реализуемых государственными, международными организациями, частным сектором и гражданским обществом.

Доступ к недорогим лекарственным препаратам, вакцинам и медицинским технологиям

Высокая стоимость и низкая доступность онкопрепаратов, вакцин и медицинских технологий создает огромные препятствия для профилактики, выявления, диагностики, лечения и паллиативного лечения рака во многих странах с низким и средним уровнем доходов. Расширение доступа к этим технологиям требует подхода для фармацевтических систем, который объединял бы в себе возможность выбора экономически эффективных вариантов, активное снижение цен, прозрачную информацию о ценах и источниках, надежную систему снабжения, гарантированное качество, привлечение основных заинтересованных сторон, меры по устранению барьеров в сфере паллиативного лечения и снятия боли, а также «экономные» инновации (см. Раздел 7 Отчета).

Препятствия можно преодолеть несколькими способами. Например, большинство препаратов для химиотерапии и гормональных средств, которые считаются необходимыми в условиях ограниченных ресурсов, вышли из под защиты патента. Для этих продуктов будет обеспечиваться наиболее выгодная цена и максимальное качество посредством конкурентных, консолидированных/массовых закупок у квалифицированных поставщиков силами надежной организации в области снабжения и поставок. Страны с низким уровнем доходов при закупке препаратов для лечения других заболеваний регулярно получают скидки с цены, установленной в момент вывода на рынок, в размере более чем 90 %.

Для расширения доступа к онкологическим лекарственным препаратам, вакцинам и медицинским технологиям в СНСУД необходимо следующее:

- Три важнейших рычага: финансовые ресурсы, политическая воля и сближение систем здравоохранения.
- «Экономные инновации», например – новая биодоступная пероральная химиотерапия и недорогая лучевая терапия.
- Международные руководящие принципы по всем компонентам ЛПР и расширенный типовой список важнейших лекарственных препаратов и вакцин.
- Оптимальное ценообразование для вышедших из под защиты патента дженериков в целях сокращения ценовых колебаний, с которыми сталкиваются СНСУД.
- Прозрачная, доступная через сеть информация о ценах и источниках исходных ресурсов ЛПР.
- Привлечение производителей готовых лекарственных препаратов и активных фармацевтических ингредиентов в странах со средним уровнем дохода к производству непатентованных химиотерапевтических препаратов.
- Дифференцированное ценообразование со стороны компаний и стабильные адресные дотации в отношении вышедших из под защиты патента онкологических препаратов.
- Расширение перечня онкологических препаратов для международных, региональных и национальных снабженческих организаций.
- Систематическая работа в рамках национальных планов и программ ЛПР в целях адаптации международных руководящих принципов, усиления систем закупок и распределения, обеспечения контроля качества и безо-

пасности и внедрения эффективных стратегий контроля обезболивающих препаратов для преодоления не связанных со стоимостью препятствий.

- Совместные меры, принимаемые многосторонними организациями, международным сообществом, национальными правительствами, частным сектором, гражданским обществом и группами пациентов.

ИННОВАЦИОННОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ

Двумя потенциальными источниками новых доходов, нуждающимися в изучении с целью удовлетворения требований растущего бремени рака и других НИЗ и хронических заболеваний, является инновационное глобальное финансирование и субсидирование национальных систем здравоохранения (см. Раздел 8 Отчета).

РАСШИРЕНИЕ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГЛОБАЛЬНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

До настоящего момента международная донорская поддержка рака и НИЗ была слишком ограниченной по сравнению с быстро растущей нагрузкой на системы здравоохранения в СНСУД. Для лечения и контроля над распространением рака необходима мобилизация и вложение средств из новых международных источников с упором на страны с низким уровнем доходов, где национальное финансирование в основном отсутствует. Новые формы финансирования должны:

- Дополнять существующие международные и национальные инвестиции на нужды лечения рака и контроля над его распространением.
- Дополнять местные альтернативные источники в случае их исчерпания и использования, не умаляя эффективность усилий, прилагаемых на местном уровне.
- Быть синергичными и не дублироваться путем проведения через существующие механизмы инновационного глобального финансирования для снижения затрат и обеспечения синергетических эффектов путем максимально эффективного использования инвестиций как в сфере контроля над распространением заболеваний, так и для укрепления систем здравоохранения с применением диагонального подхода. А также
- Быть устойчивыми и предсказуемыми во времени.

ИННОВАЦИОННОЕ ГЛОБАЛЬНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ, СОРИЕНТИРОВАННОЕ НА НЕТРАДИЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ВНЕШНЕМУ ДОНОРСКОМУ ФИНАНСИРОВАНИЮ МЕДИЦИНЫ, КАК ИСТОЧНИК ПОТЕНЦИАЛЬНОГО РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ

- Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ) является мощным инструментом для обеспечения более выгодных цен и доступа.
- Инновационные комплексные механизмы финансирования, которые работали в больших масштабах для инициатив по конкретным заболеваниям и группам населения, например, Всемирный фонд и ГАВИ, можно использовать для обеспечения синергетических эффектов в сфере лечения рака и контроля над его распространением.
 - ⊗ Всемирный фонд должен будет продолжать вкладывать средства в системы здравоохранения для управления ВИЧ/СПИДом как хроническим заболеванием.
 - ⊗ Примером достижения синергетических эффектов является Инициатива по репродуктивному здоровью и здоровью матери и ребенка (RMNCH). Значительный рост размеров финансирования с 2006 года обеспечен за счет не целевых, а перекрестных инвестиций, которые во многом стали возможными благодаря усилиям ГАВИ и Всемирного фонда.
 - ⊗ Механизмы финансирования ГАВИ и Всемирного фонда позволили направить крупные суммы средств в СНСУД для укрепления систем здравоохранения по направлениям, способствующим улучшению ситуации в сфере онкологических и других НИЗ и хронических заболеваний.
- Вновь созданная Платформа финансирования систем здравоохранения, включающая Всемирный фонд, ГАВИ, Всемирный банк и ВОЗ, обеспечивает возможность скоординированных инвестиций в системы здравоохранения, а также достижения определенных результатов здравоохранительных мероприятий, связанных с НИЗ.

- Новые обязательства по финансированию для RMNCH, о которых было объявлено на 66-м заседании Генеральной ассамблеи ООН, и инициатива по поддержке больных раком и ВИЧ/СПИДом «Розовая ленточка-Красная ленточка» открывают дополнительные возможности по привлечению и распределению новых средств.
- Стратегия Генерального секретаря ООН «Каждая женщина, каждый ребенок» предлагает модель на основе обязательств, которую можно использовать для увеличения объемов финансирования в сфере лечения рака и контроля над его распространением и НИЗ для объединения заинтересованных сторон – национальных правительств, международных организаций, двусторонних доноров, частных фондов, частного сектора и гражданского общества – и привлечения внимания к значительным инвестициям, которые уже осуществляются многими государствами, особенно в странах с высоким и средним уровнем доходов. В России заболеваемость раком шейки и тела матки, плаценты составила в том же 2008 г. 42,9, а РМЖ – 68,8.

Из внутренних источников финансируется большинство услуг в сфере здравоохранения почти во всех СНСУД, и большая часть этих средств приходится на долю наличных выплат, что приводит к финансовой катастрофе для семей, особенно в случае хронических заболеваний, таких как рак. Необходимо вводить более сильные механизмы финансирования или расширять существующие комплексы экономически эффективных мероприятий, включающие лечение рака и контроль над его распространением.

Несколько СНСУД поставили перед собой задачу предоставления универсальной финансовой защиты с помощью значительных инвестиций в здравоохранение, включая лечение рака и контроль над его распространением. Уровень инвестиций, осуществляемых многими СНСУД, резко контрастирует с недостатком глобального финансирования в сфере рака и других НИЗ.

Также он контрастирует с недостатком финансовой защиты, доступной для групп населения с низким уровнем доходов в отдельных странах с высоким уровнем доходов. Действительно, страны с высоким уровнем доходов, где существуют системы дифференцированного доступа к страхованию, могут извлечь определенные уроки на примере СНСУД, которые проводят успешную работу для обеспечения финансовой защиты, охватывающей такие катастрофические болезни, как рак.

Важные уроки можно извлечь и из опыта отдельной группы стран, которые поставили перед собой цель обеспечения универсального медицинского страхования с финансовой защитой. В данном Отчете рассмотрены уроки, полученные в Мексике, Колумбии, Китае, Тайване, Доминиканской Республике, Перу и Руанде. Успешный опыт включения онкологических заболеваний в пакет покрываемых услуг может быть распространен в других странах.

Передовые примеры внутреннего финансирования, включающего ЛПР, свидетельствуют о том, что:

- Социальная защита в системе здравоохранения, основанная на предоплате и объединении ресурсов, снижает разорительные затраты семей на медицинские услуги.
- Диагональный подход позволяет эффективно включить ЛПР в более широкие инициативы в области медицинского страхования.
- Внедрение субсидий в рамках пакета гарантированных льгот, предусматривающих раковые заболевания, способствует расширению доступа.
- Внутреннее финансирование должно обеспечить баланс между профилактикой, ранним выявлением и лечением и сосредоточение на экономичных мерах по всему континууму ЛПР.
 - ⊗ Эффективность капиталовложений в лечение сильно снижается при игнорировании профилактики и раннего выявления.
 - ⊗ Необходимо разделить финансирование индивидуального и неотложного медицинского обслуживания.
- Финансовое обеспечение медицинского обслуживания теряет свою эффективность, если не уделяется внимание другим финансовым и нефинансовым барьерам – стоимости транспортировки, уходу за пациентами и стереотипам.
- Для разработки инновационных механизмов финансирования ЛПР необходима надежная доказательная база, включающая строгую оценку.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

Качественные фактические данные, актуальные для принятия решений, чрезвычайно важны для преодоления неравенства в борьбе с раком, повышения качества его лечения и контроля над распространением заболевания. Необходимо информация о достижениях, как на мировом, так и на местном уровнях, которые помогут лицам, принимающим решения, распределять ресурсы между конкурирующими потребностями и приоритетами. Доказательная база также составляет основу обеспечения индивидуальной ответственности (см. Раздел 9 Отчета).

Однако в большинстве СНСУД не имеется ни **систем медицинской информации (СМИ)**, ни исследований для получения данных, необходимых для эффективного принятия решений в отношении рака. Разрыв между регионами с достаточными и ограниченными ресурсами существует не только в области лечения и специализированного ухода, но и с точки зрения наличия данных и исследований.

В Декларации заседания Генеральной ассамблеи ООН высокого уровня по профилактике и контролю НИЗ (UNHLM) подчеркивается важность исследований по всем аспектам профилактики и контроля, а также для инноваций и научных технологий. Кроме того, в ней отражен пробел, который должен быть устранен путем формирования на основе результатов таких исследований знаний и доказательной базы, которые можно использовать для планирования конкретных мер. Для выполнения данной задачи необходимы дополнительные инвестиции со стороны как глобальных, так и национальных игроков.

Можно применить несколько стратегий, чтобы усовершенствовать доказательства для принятия решений по ЛПР в СНСУД путем усиления СМИ и исследовательской базы. Они внесут свой вклад в глобальный механизм мониторинга, который должен быть разработан в соответствии с решениями СВУООН по НИЗ:

- Увеличение доступности глобальных и внутренних средств для СМИ и онкологических исследований в СНСУД.
- Совершенствование процедур регистрации случаев рака в СНСУД путем дополнительных капиталовложений со стороны Международного агентства по изучению рака (МАИР), государств-участников и/или межгосударственных организаций.
- Расширение возможностей обучения исследователей, составителей доказательной базы и руководителей в СНСУД.
- Расширение бесплатного доступа к журналам и общественным цифровым библиотекам.
- Применение новейших методик и систем показателей для онкологических исследований, включая обезболивание, и придание официального характера этим исследованиям в СНСУД в целях совершенствования процедуры принятия решений.
- Увеличение возможностей и финансирования для экспертных работ, системы здравоохранения и исследований реализации проектов ЛПР.
- Создание информационной службы программ, стратегий, проектов с признанием множеством заинтересованных сторон и обслуживающих организаций (государственных и представляющих гражданское общество и частный сектор) и возможности содействия глобальному обучению путем открытия бесплатного и свободного доступа к этой информации для руководителей систем здравоохранения в СНСУД.
- Обеспечение включения в национальные планы по борьбе с раком конкретных показателей и целей с указанием сроков по снижению заболеваемости и смертности и их привязку к глобальным механизмам мониторинга по Декларации СВУООН и к эффективности системы здравоохранения.

Эти стратегии рентабельны и создают ряд глобальных общественных интересов, которые должны финансироваться со стороны международных и межгосударственных организаций. Кроме того, рак занимает привилегированное положение среди НИЗ в силу существования Международного агентства по изучению рака (МАИР), которое может быть укреплено наряду со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для составления, контроля и распространения глобальных доказательств. Новые инициативы, такие как Центр глобального здравоохранения Национального онкологического института США, должны внести большой вклад в этой области.

Согласно Декларации ООН по профилактике и контролю НИЗ, к концу 2012 года ВОЗ поручено разработать комплексную систему глобального мониторинга и рекомендации по ряду добровольных глобальных целей в области профилактики и контроля НИЗ. Для разработки данных глобальных и национальных стандартов мониторинга необходимы измеримые показатели эффективности систем здравоохранения, непосредственно связанные с раком. Они должны учитывать особенности конкретных болезней и при этом быть интегрированы в системы медицинской информации и увязаны с горизонтальными целями системы здравоохранения.

Основой для определения данных целей и задач служит Всемирная декларация по борьбе с раком Международного союза по борьбе с раком (UICC).

Уроки, извлеченные из систем индивидуальной ответственности по инвестициям в охрану здоровья детей и женщин, могут и должны быть учтены в работе по борьбе с раком и НИЗ. Это даст глобальным и национальным деятелям дополнительные стимулы для установления и достижения конкретных и определенных по срокам целей по снижению уровня смертности от рака и преодолению неравенства в борьбе с этим заболеванием.

Научные, исследовательские, донорские, а также национальные и международные организации должны объединить свои усилия для обеспечения разработки этих целей и соответствующих мер по их достижению. Местные стратегические и научные учреждения могут и должны выполнять важные функции, и это послужит средством формирования национального потенциала.

ОТВЕТСТВЕННОЕ РУКОВОДСТВО И УПРАВЛЕНИЕ

Одним из наиболее важных глобальных и местных ограничений на пути повышения доступа к лечению рака и контролю над его распространением в СНСУД является недостаток грамотных лидеров в системах здравоохранения. Это ограничение сдерживает производство и распространение важных глобальных и местных общественных благ, таких как знания и информация. При этом последние достижения в области знаний и расширение деятельности учреждений, коллективных действий и международных интересов открывают новые значительные возможности для укрепления производства местных и глобальных общественных благ в сфере борьбы против рака, а также других НИЗ и хронических состояний (см. Раздел 10 Отчета).

Повышение уровня ответственного руководства и лидерства жизненно необходимо для реализации рекомендаций данной Рабочей группы. Укрепление ответственного руководства будет достигаться путем оптимизации работы глобальных организаций и национальных систем здравоохранения и мобилизации заинтересованных сторон с помощью новых и существующих всемирных и национальных форумов и сетей, деятельность которых посвящена повышению результативности мер, принимаемых в области здравоохранения, и обеспечению справедливости.

Мировая арена борьбы с раком представляется готовой к принятию соответствующих мер с учетом повышения институциональной активности в области хронических заболеваний, наряду с возможностями, представленными на заседании ООН высокого уровня по НИЗ. Данный всплеск активности открывает возможность для поддержки более оптимального и эффективного личного и институционального лидерства в целях привлечения большего круга участников. Однако для формирования глобального лидерского потенциала в сфере борьбы против рака организации, занимающиеся вопросами онкологических заболеваний, должны проводить работу друг с другом, а также с государственным и частным секторами, обращаясь к сообществу по борьбе с инфекционными заболеваниями в поисках совместных и взаимовыгодных решений.

На национальном и международном уровнях появились новые игроки, которые активно и успешно раскачивают позиции лидеров. Основным фактором движения вперед и максимально полного использования данной возможности для создания стабильных и устойчивых программ станет определение институциональных пространств для совместных действий.

Заявление, сделанное на заседании ООН высокого уровня 2011 года, привело к множеству крупных достижений. Одним из достижений, заслуживающих наибольшего внимания, является создание Альянса по НИЗ, в котором Международный союз по борьбе с раком активно представляет интересы онкологического сообщества и вносит свой вклад в разработку соответствующих ноу-хау.

Декларация по результатам заседания содержит множество рекомендаций и предложений по улучшению уровня глобального разумного руководства и лидерства. Основное внимание правомерно уделено Всемирной организации здравоохранения, как глобальной организации, отвечающей за вопросы здравоохранения. При этом, как указано в Декларации, эффективные ответные меры должны быть общегосударственными и с участием всего общества. Декларация призывает к концу 2012 года представить предложения по партнерствам, которые помогут укрепить и поддержать глобальные межотраслевые действия. Это означает, что в будущем все соответствующие международные и национальные организации должны принимать более активное участие в обеспечении решения проблем НИЗ как неотъемлемой части плана развития.

Декларация призывает к 2013 году разработать или укрепить национальные межотраслевые политики и планы. К данной работе должны быть привлечены все соответствующие заинтересованные стороны. Вероятно, она будет сосредоточена на конкретных заболеваниях, после чего последует разработка предложений общего характера, которые будут учтены в системах здравоохранения. В силу руководящей роли, которую сообщество по борьбе с раком может сыграть в информационно-пропагандистской деятельности, оно должно активизировать процесс стимулирования осведомленности, заинтересованности и действий по созданию данных платформ и партнерств с участием множества заинтересованных сторон.

Следующие меры помогут укрепить сообщество по борьбе с раком и позволят ему сыграть ведущую роль в реализации предложений, изложенных в Декларации заседания ООН высокого уровня по профилактике и контролю НИЗ:

- Укрепление потенциала ВОЗ для управления реализацией глобального плана по борьбе с раком, а также потенциала Международного агентства по изучению рака для обеспечения доказательной базы для принятия решений.
- Укрепление потенциала и признания УИСС как всемирной зонтичной и руководящей организации.
- Привлечение многосторонних агентств, Всемирного фонда и ГАВИ к работе в сфере лечения рака и контроля над его распространением и по улучшению координации действий между международными организациями и системой ООН.
- Привлечение субъектов, связанных с конкретными видами онкологических заболеваний, например, ЮНИСЕФ и сообщество по защите прав детей, страдающих онкологическими заболеваниями, а также программ по охране здоровья женщин, расширению прав и возможностей, укреплению сексуального и репродуктивного здоровья и здоровья матери и ребенка в области рака среди женщин.
- Стимулирование и поддержка правительств для включения рака в национальные планы здравоохранения и формирования национальных планов по борьбе против рака.

- Активное привлечение представителей частного сектора к реализации решений, знаний и возможностей в целях получения результатов на практике.
- Стимулирование и поддержка внутренних комиссий по лечению рака и контролю над его распространением с участием множества заинтересованных сторон, которые могут быть связаны с группами по другим заболеваниям и инициативами, охватывающими систему в целом, и смогут принимать участие в контроле над эффективностью достижения конкретных целей.
- Определение организаций, работающих с Международным агентством по изучению рака (IARC) и ВОЗ, для разработки системы измеримых и достижимых целей и задач, касающихся рака, которые можно включить в глобальные цели по НИЗ.
- Создание партнерства с участием множества заинтересованных сторон внутри сообщества по борьбе с раком для контроля над достижением целей и задач в области рака.

1.iv. ИДТИ ВПЕРЕД

В данном Отчете Рабочей группы GTFCCS выделены основные элементы и приведены примеры, которые в совокупности формируют программу по расширению доступа к лечению рака и контролю над его распространением в странах с низким и средним уровнем доходов. Опыт показывает, что в странах, испытывающих дефицит ресурсов и не имеющих специализированных услуг, многое можно сделать для профилактики и лечения рака путем обучения и привлечения лиц, осуществляющих уход на первичном и вторичном уровнях, использования вышедших под защиты патента лекарственных препаратов и применения региональных и глобальных механизмов финансирования и снабжения.

Члены Рабочей группы GTFCCS считают, что для принятия эффективных ответных мер против растущего бремени рака необходимы сплоченные действия со стороны глобального медицинского сообщества, наряду с участием национальных и местных органов государственной власти и расширением первичных сетей в сфере здравоохранения. План действий должен способствовать ускорению расширения доступа к лечению, профилактике рака и контролю над его распространением с помощью стратегий, соответствующих особенностям систем здравоохранения, существующих в СНСУД. Обеспечение эффективных ответных мер требует скоординированных усилий многочисленных заинтересованных сторон, включая правительства, частный сектор, гражданское общество, профессиональные медицинские ассоциации, научные учреждения, группы пациентов и международные организации.

Авторы данного Отчета представляют мировому сообществу несколько выводов:

- Расширение возможностей для решения проблемы рака среди бедных слоев населения необходимо и осуществимо практически.
- Если у жителей богатых стран имеется возможность жить здоровой и продуктивной жизнью после рака, такие же возможности должны быть предоставлены людям в бедных странах.
- Поскольку уровень выживаемости является мерилем качества медицинской помощи в развитых странах, он должен стать таким же мерилом в бедных странах.

Говоря о ВИЧ/СПИДе, Генеральный секретарь ООН Кофи Аннан (Kofi Annan) сделал следующее заявление: «Люди больше не согласны с тем, что малоимущим больным и умирающим может быть отказано в лекарствах, которые изменили жизнь тех, кто обеспечен лучше, только на том основании, что они бедные».⁶³ То же самое должно относиться и к раку, и ко всем прочим заболеваниям, для которых существуют известные эффективные варианты профилактики или лечения.

«Люди больше не согласны с тем, что малоимущим больным и умирающим может быть отказано в лекарствах, которые изменили жизнь тех, кто обеспечен лучше, только на том основании, что они бедные» 64 – Кофи Аннан (Kofi Annan). 7-й Генеральный секретарь ООН, 1997–2006 гг.

Данные, представленные в данном Отчете, свидетельствуют о наличии множества необходимых, доступных, осуществимых и подходящих способов облегчения бремени рака в СНСУД. Мир может и должен принять меры в ответ на моральную и экономическую необходимость в преодолении неравенства в борьбе с раком, которая обусловлена требованиями справедливости.

ГТЕССС ПРЕДЛАГАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ КОНКРЕТНЫЕ И НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРЫ ДЛЯ СОКРАЩЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОПАСТИ

1. АКТИВИЗАЦИЯ профилактических стратегий, снижающих риск возникновения рака.

- ⊗ Раннее выявление спасает жизни. В СНСУД существует множество препятствий для доступа к раннему выявлению, но самыми крупными из них являются стереотипы и неосведомлённость. Все страны должны, как минимум, разработать образовательные и просветительские кампании для ликвидации стереотипов и улучшения осведомленности о раке.
- ⊗ Эффективный контроль поведенческих и внешних факторов риска должен стать первостепенной задачей для стран и донорских организаций, начиная с полномасштабной реализации Рамочной конвенции по борьбе против табака.
- ⊗ Международные донорские организации должны в полной мере поддерживать финансирование вакцинации против гепатита В и ВПЧ в странах с низким доходом в рамках Глобального альянса по вакцинации и иммунизации (Альянса ГАВИ).

2. РАСШИРЕНИЕ доступа по всему процессу лечения и профилактики рака посредством всеобщего финансового обеспечения расходов на здравоохранение, чётко сформулированного комплекса гарантированных льгот и эффективного использования всех уровней обслуживания.

- ⊗ Программы национального страхования или социальной защиты в СНСУД должны включать в себя базовый пакет ЛПР по отдельным предотвратимым и излечимым формам рака.
- ⊗ Необходимо поощрять и поддерживать страны в целях внедрения моделей финансирования здравоохранения, способствующих социальной защите в сфере здравоохранения с экономичными комплексами услуг, включающих, по крайней мере, основные элементы ЛПР приоритетных форм рака.
- ⊗ Странам следует создать при правительствах многосторонние комиссии по борьбе с раком для разработки, реализации и мониторинга национальных планов по борьбе с раком и НИЗ.

3. УСИЛЕНИЕ национальных систем здравоохранения для борьбы с раком и другими хроническими заболеваниями путем включения мероприятий в деятельность существующих программ и учреждений, а также преобразования доказательств в политические меры посредством мощных информационных систем, исследований и механизмов мониторинга и оценки.

- ⊗ В целях ускоренного расширения доступа необходимо разработать, проанализировать, расширить и распространить инновационные модели оказания услуг ЛПР.
- ⊗ Следует интегрировать ЛПР в программы в области здравоохранения, обслуживающие женщин, детей и людей в группах риска или живущих с ВИЧ/СПИД. Эти популяции подвержены заболеванию предотвратимыми или излечимыми формами рака.
- ⊗ Доступ к обезболиванию, исключаящему предотвратимые страдания, должен считаться основным правом человека; страны и мировое медицинское сообщество должны приложить все усилия для реализации этого права.
- ⊗ Необходимы объединенные каналы закупок, чтобы помочь странам в получении оптовых скидок при закупках лекарственных препаратов и других ресурсов. Следует включить ЛПР в существующие оборотные фонды, региональные и международные системы закупок.

- ⊗ Страны должны вкладывать средства в создание системы регистров онкологических заболеваний и обмен знаниями; необходимо укрепление Международного агентства по изучению рака для увеличения объема помощи СНСУД.
- ⊗ ВОЗ должна разработать стандартные руководства по лечению и расширенный список жизненно необходимых лекарственных препаратов, поскольку они крайне важны для расширения ЛПР в СНСУД. Необходимо внедрить жесткие стандарты экономической эффективности, чтобы определить спектр лекарственных препаратов, позволяющий странам отобрать наиболее полезные стратегии.

4. ПРИВЛЕЧЕНИЕ международных организаций и, в частности, тех организаций, которые могут обеспечить финансирование, ценообразование и закупки, сбор информации, повышение потенциала, а также платформы для управления и руководства в лечении и профилактике рака.

- ⊗ Донорские организации и международные финансовые институты должны увеличить объем инвестиций, чтобы побудить страны к внедрению инновационных моделей обслуживания, включающих частный сектор и гражданское общество, и укреплению систем здравоохранения с использованием диагонального подхода.
- ⊗ Необходимо в полной мере поддержать и расширить механизмы Глобального фонда, способствующие укреплению систем здравоохранения.

5. МОБИЛИЗАЦИЯ всех государственных и частных заинтересованных сторон в области борьбы с раком в рамках новых и существующих глобальных и национальных форумов и сетей, посвященных улучшению результатов мероприятий по охране здоровья и справедливости.

- ⊗ В отношении рака и других НИЗ необходимо выдвинуть основанную на обязательствах инициативу по финансированию, аналогичную инициативе ООН «Каждая женщина, каждый ребенок» и развивающую существующие инвестиции в крупных СНСУД, которые могут привлечь дополнительные донорские организации и финансовые средства.
- ⊗ Донорские организации должны осуществлять инвестиции в услуги здравоохранения и реализацию исследований для оценки моделей, и необходимо разработать глобальную базу данных программ и проектов. Этим должны заняться МАИР, ВОЗ и новый Центр глобального здравоохранения НОИ США.
- ⊗ Механизм мониторинга НИЗ, разрабатываемый ВОЗ в соответствии с Декларацией СВУООН, должен включать конкретные цели с установленными сроками по снижению смертности, и должен быть привязан к целевым показателям эффективности глобального и национального здравоохранения.
- ⊗ Необходимо вовлекать представителей частного сектора в процесс решения проблем и поощрять его для обмена знаниями и участия в разработке решений, особенно в рамках демонстрационных проектов в их странах.
- ⊗ В целях повышения потенциала управления и руководства глобальные организации гражданского общества по борьбе с раком должны поддерживать развитие национальных групп гражданского общества. Международный союз по борьбе с раком (МСБР) идеально подходит для осуществления этой функции.
- ⊗ Реализация предложений, изложенных в Декларации СВУООН по НИЗ, должна быть в полной мере поддержана мировым противораковым сообществом.

1. Frenk J., Bobadilla J.L., Sepúlveda J., Cervantes M.L. Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. **Health Policy and Planning** 1989; 4(1):29.
2. Atun R., Bataringaya J. Building a Durable Response to HIV/AIDS: Implications for Health Systems. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome** 2011; 57 (Suppl 2): S91-S95
3. Sloan F.A., Gelband H. (Eds.). **Cancer control opportunities in low-and middle-income countries**. Washington DC: National Academy Press, 2007.
4. Beaglehole R., Bonita R., Alleyne G., Horton R. NCDs: celebrating success, moving forward. **Lancet** 2011; 378 (9799): 378.
5. Там же.
6. Stuckler D., Basu S., McKee M. Commentary: UN high level meeting on non-communicable diseases: an opportunity for whom? **British Medical Journal** 2011; 343: d5336.
7. Reardon S. A world of chronic disease. **Science**. 2011; 333 (6042): 558-559.
8. Mukherjee S. **The emperor of all maladies: a biography of cancer**. New York: Scribner, 2010.
9. Judt T. Night. Letter. **The New York Review of Books**, 2010.
10. Institute of Medicine. **The US Commitment to Global Health: Recommendations for the public and private sectors**. Washington, DC: The National Academies Press, 2009.
11. U.N. General Assembly, 66th Session. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases: Draft resolution submitted by the President of the General Assembly (A/66/L.1). 16 September 2011.
12. World Economic Forum and the Harvard School of Public Health. **From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low-and Middle-Income Countries**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011.
13. World Health Organization. **Global Status Report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva, Switzerland; World Health Organization, 2011.
14. Farmer P., Léandre F., Mukherjee J.S., et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. **Lancet** 2001; 358: 404-409.
15. Knaul F., Frenk J. Strengthening Health Systems to Address New Challenge Diseases (NCDs). **Harvard Public Health Review**. Fall 2011. <http://www.hsph.harvard.edu/news/hphr/fall-2011/new-challenge-diseases.html> (accessed October 15, 2011).
16. Sepúlveda J., Bustreo F., Tapia R., et al. Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach. **Lancet** 2006; 368 (9551): 2017-2027.
17. Там же.
18. Mukherjee S., 2010.
19. GLOBOCAN 2008. Cancer fact sheet: all cancers (excluding non-melanoma skin cancer) incidence and mortality worldwide in 2008, 2010. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/all.asp> (accessed July 23 2011).
20. Sloan F.A., Gelband H. (Eds.), 2007.
21. Beaulieu N., Bloom D., Bloom R., Stein R. Breakaway: the global burden of cancer-challenges and opportunities. Economist Intelligence Unit. 2009.
22. Kanavos P. The rising burden of cancer in the developing world. **Annals of Oncology** 2006;17 (Suppl 8): viii15-viii23.
23. Stuckler D., Basu S., McKee M., 2011.
24. Alwan A., Galea G., Stuckler D. Development at risk: addressing noncommunicable diseases at the United Nations high-level meeting. **Bulletin of the World Health Organization** 2011; 89 (8): 546-546a.
25. Frenk J., Bobadilla J.L., Sepúlveda J., Cervantes M.L. Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. **Health Policy and Planning** 1989; 4 (1): 29.
26. International Atomic Energy Agency. Inequity in cancer care: a global perspective. Vienna, Switzerland; International Atomic Energy Association, 2011.
27. Liberman J., O'Brien M., Hall W., Hill D. Ending inequities in access to effective pain relief? **Lancet**. 2010; 376 (9744): 856
28. O'Brien M. Global Access to Pain Relief Initiative. Presentation for the Union of International Cancer Control. http://www.africacncl.org/HIV_AIDS/initiative_activities/NCD_Session_3_Obrien.pdf (accessed September 20, 2011).
29. Knaul F., Frenk J., 2011.
30. Farmer P., Frenk J., Knaul F.M., Shulman L.N., Alleyne G., Armstrong L., et al. Expansion of cancer care and control in countries of low and middle income: a call to action. **Lancet** 2010 Aug 13; 376 (9747): 1186-93.
31. Sloan F.A., Gelband H. (Eds.), 2007.
32. Frenk J., Chen L., Bhutta Z.A., et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet** 2010; 76 (9756): 1923-58.
33. World Health Organization. **The World Health Report 2006: working together for health**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2006.
34. Ferlay J., Shin H., Bray F., Forman D., Mathers C., Parkin D. GLOBOCAN 2008: cancer incidence and mortality worldwide. **International Journal of Cancer**. 2010; 127 (12): 2893-917.
35. Joint Learning Initiative, Global Equity Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis. The President and Fellows of Harvard College 2004. http://www.who.int/hrh/documents/JLI_hrh_report.pdf (accessed October 4, 2011).
36. American Society of Clinical Oncology/ Health Volunteers Overseas. International Cancer Corps Needs Assessment Reports on Honduras. 2008.
37. International Atomic Energy Agency, 2011.
38. World Health Organization. **Macroeconomics and health: Investing in health for economic development**. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001.
39. World Economic Forum. **Global Risks 2010: A global risk network report**: Geneva, Switzerland: World Economic Forum, 2010.
40. Там же.
41. WHO. **Global Status Report on noncommunicable diseases 2010**. 2011.
42. Amartya Sen. Personal communication, October 17th, 2011.
43. John R.M., Ross H. **The global economic cost of cancer**. The American Cancer Society and LIVESTRONG, 2010. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@internationalaffairs/documents/document/acspc-026203.pdf> (accessed July 30, 2011).
44. Shafey O., Eriksen M., Ross H., Mackay J. **The Tobacco Atlas**, Third Edition. American Cancer Society. 2009. http://www.tobaccoatlas.org/downloads/TobaccoAtlas_sm.pdf (accessed September 27, 2011).
45. Castelli A., Nizalova O. **Avoidable mortality: What it means and how it is measured**. Centre for Health Economics (CHE) Research Paper 63. 2011. http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP63_avoidable_mortality_what_it_means_and_how_it_is_measured.pdf (accessed September 27, 2011).
46. John R.M., Ross H., 2010.
47. Beaulieu N., Bloom D., Bloom R., Stein R., 2009.
48. Bloom D.E., Caferio E.T., Jané-Llopis E., et al. **The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases**. Geneva, Switzerland: World Economic Forum, 2011.
49. WHO. **Global Status Report on noncommunicable diseases 2010**. 2011.
50. World Economic Forum and the Harvard School of Public Health. **From Burden to 'Best Buys': Reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle- income countries**, 2011.
51. Global Alliance for Vaccines and Immunization. GAVI welcomes lower prices for life-saving vaccines. Press Release; 6 June, 2011. http://www.gavialliance.org/media_centre/press_releases/vaccine_prices.php (accessed June 10, 2011).
52. Farmer P., Frenk J., Knaul F.M., Shulman L.N., Alleyne G., Armstrong L., et al. 2010.
53. The Lancet. Chronic Disease and Development Series. 2010. <http://www.thelancet.com/series/chronic-diseases-and-development#> (accessed October 15, 2011).
54. Institute of Medicine, 2009.
55. Sepúlveda J., Bustreo F., Tapia R., et al. Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach. **Lancet** 2006; 368(9551): 2017-2027.
56. Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. **Lancet** 2006; 369 (9539): 954-61.
57. Sloan F.A., Gelband H. (Eds.), 2007.
58. Anderson B.O., Yip C.H., Ramsey C.D., et al. Breast Cancer in Limited-Resource Countries: Health Care Systems and Public Policy. **The Breast Journal** 2006; 12 Suppl. 1): S54-S69.
59. Sullivan R., Purushotham A. The Goldilocks' problem of cancer medicines. **Lancet Oncology** 2010; 11 (11): 1017-8.
60. Gawande A. A challenge for practitioners worldwide: WHO safe surgery saves lives. **Journal of Perioperative Practice**. 2009; 19 (10): 312.
61. International Atomic Energy Agency. Programme of Action for Cancer Therapy (PACT). 2011. <http://cancer.iaea.org/> (accessed October 15, 2011).
62. Sloan F.A., Gelband H. (Eds.), 2007.
63. Médecins sans Frontières South Africa, the Department of Public Health at the University of Cape Town, the Provincial Administration of the Western Cape, South Africa. Antiretroviral therapy in primary health care: Experience of the Khayelitscha programme in South Africa: Case Study. Geneva, Switzerland; World Health Organization, 2003.
64. Там же.