

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказом Міністерства охорони
здоров'я України від
20 лютого 2025 року № 289
(у редакції наказу Міністерства
охорони здоров'я України від
19 листопада 2025 року № 1749)

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

**планування та розрахунку потреби у окремих лікарських засобах для
лікування онкологічних та онкогематологічних хворих**

I. Загальна частина

1. Для розробки цих Методичних рекомендацій використовувалися джерела клінічних настанов, визначені додатком 4 до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної та реабілітаційної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України від 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

Щодо лікарського засобу «Помалідомід» (далі – Помалідомід) використовувався також Висновок уповноваженого органу з державної оцінки медичних технологій за скороченою процедурою: помалідомід (від 26 жовтня 2022 року № 1387/6.2*-22), критерії для використання лікарського засобу «Помалідомід» «Pomalidomide (POMALYST®) Criteria for Use May 2017», VA Pharmacy Benefits Management Services, Medical Advisory Panel, and VISN Pharmacist Executives.

Щодо лікарського засобу «Бригатиніб» (далі – Бригатиніб) використовувався також Висновок уповноваженого органу з державної оцінки медичних технологій: бригатиніб (від 24 липня 2023 року № 1541/6.1.1-23).

Щодо лікарського засобу «Атезолізумаб» (далі – Атезолізумаб) Висновок уповноваженого органу з державної оцінки медичних технологій: атезолізумаб (від 08 січня 2025 року).

Щодо лікарського засобу «Палбоцикліб» (далі – Палбоцикліб) Висновок уповноваженого органу з державної оцінки медичних технологій: палбоцикліб (від 24 листопада 2024 року).

Щодо лікарського «Брентуксимаб ведотин» (далі – Брентуксимаб) Висновок уповноваженого органу з державної оцінки медичних технологій: брентуксимаб (від 20 грудня 2024 року та від 13 жовтня 2021 року).

II. Формування потреби в Помалідоміді

1. Рекомендована доза Помалідоміду залежить від режиму його застосування, наявні два основних режими:

1) Помалідомід у поєднанні з бортезомібом і дексаметазоном:

рекомендована початкова доза помалідоміду становить 4 мг перорально один раз на день з 1-го по 14-й день із повторним циклом через 21 день.

Таким чином річна потреба на 1 пацієнта складає 244 таб.;

2) Помалідомід у поєднанні з дексаметазоном:

Рекомендована початкова доза Помалідомід становить 4 мг, застосовують перорально один раз на день з 1-го по 21-й день із повторним циклом через 28 днів.

Таким чином річна потреба на 1 пацієнта складає 274 таб.

2. Критерії, за відповідності яким рекомендовано врахування потреби пацієнта (далі – Критерії призначення) у Помалідоміді наступні:

1) пацієнт є громадянином України, який постійно проживає на території України;

2) пацієнт має діагноз рецидивуючої та рефрактерної множинної мієломи, що підтверджений:

наявністю плазматичних клітин у кістковому мозку ($>10\%$) або доказами плазмоклітинної пухлини;

ознаками активного захворювання (наприклад, CRAB-критерії: гіперкальціємія, ниркова недостатність, анемія, ураження кісток);

лабораторними показниками, такими як:

рівень М-білка в сироватці $\geq 0,5$ г/дл або в сечі ≥ 200 мг/24 години;

співвідношення вільних легких ланцюгів (Free Light Chain) ≥ 10 ;

наявні результати магнітно-резонансної томографії (далі – МРТ), комп'ютерної томографії (далі – КТ) або позитронно-емісійної томографії – комп'ютерної томографії (далі – ПЕТ-КТ), що підтверджують ураження кісток чи тканин.

3) пацієнт отримав не менше двох попередніх терапій, включаючи лікарський засіб «Леналідомід» та лікарський засіб «Бортезомід», та продемонстрував прогресування захворювання під час останньої терапії або протягом 60 днів після неї, що підтверджується формами первинної облікової документації затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

4) пацієнт має оцінку за ECOG 0 – 2;

5) пацієнт має такі лабораторні показники:

абсолютна кількість нейтрофілів $\geq 1,0 \times 10^9$ у 9 степені/л;

кількість тромбоцитів $\geq 75 \times 10^9$ у 9 степені/л;

гемоглобін ≥ 80 г/л (дозволене використання гемотрансфузій та/або еритропоетинів за клінічними показами);

кліренс креатиніну ≥ 30 мл/хв;

рівень загального білірубіну $\leq 1,5 \times$ верхня межа норми;

рівень аланінамінотрансферази (далі – АЛТ) та аспартатамінотрансферази (далі – АСТ) $\leq 3 \times$ верхня межа норми;

негативні результати тестів на активний гепатит В або С, а також ВІЛ;

6) відсутність тяжких порушень функцій органів, які, за оцінкою лікуючого лікаря, можуть унеможливити застосування Помалідоміду;

7) пацієнт дотримується наступних мінімальних вимог з моніторингу:

проведення загального аналізу крові, виконується на початковому етапі (базовий рівень), потім щотижня протягом перших 8 тижнів терапії, а далі – щомісяця;

проведення тестів на оцінку функцію печінки (АЛТ, АСТ) на початку лікування та щомісяця;

проведення контролю рівня креатиніну в сироватці крові на початку лікування, щомісяця або за клінічними показаннями;

проведення оцінки відповіді пацієнта на терапію або прогресування захворювання щомісяця.

3. За невідповідності одному та більше Критеріїв призначення не рекомендовано врахування потреби пацієнтів у Помалідоміді.

4. Критерії, за відповідності яким рекомендована відміна врахування потреби пацієнтів (далі – Критерії відміни) Помалідоміду:

1) відсутність регулярних відвідувань лікуючого лікаря та/або невиконання рекомендацій лікуючого лікаря та/або невиконання мінімальних вимог з моніторингу, зазначених в підпункті 7 пункту 2 цього розділу;

2) відмова пацієнта або його батьків, законних представників продовжувати лікування, в тому числі по причині відсутності ефекту від лікування;

3) наявність побічних реакцій 4 ступеня або повторних реакцій 3 ступеня (відповідно до Common Terminology Criteria for Adverse Events);

4) невідповідність одному та більше Критеріям призначення;

5) відома гіперчутливість до Помалідоміду, лікарського засобу «Леналідомід» або лікарського засобу «Талідомід».

6) наявність активної інфекції, включаючи активний гепатит В чи С, або підтверджений ВІЛ;

7) позитивний тест на вагітність;

8) пацієнт планує годувати грудьми під час терапії;

9) пацієнт має ознаки прогресування захворювання.

5. Перерахунок кількості Помалідомід здійснюється відповідно до правил округлення чисел.

6. Заявка (потреба) до закупівлі і розподіл Помалідомід здійснюється на основі розрахунків ДНП «НІР», які надаються до МОЗ та ДП «Медзакупівлі України», із урахуванням даних, наданих структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, та за результатами оцінки відповідності пацієнтів Критеріям призначення та відсутності Критеріїв відміни за результатами опрацювання власних даних та/або даних, наданих структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

7. ДНП «НІР», надає до МОЗ та ДП «Медзакупівлі України» інформацію щодо пацієнтів в розрізі адміністративно-територіальних одиниць з зазначенням року народження, діагнозу пацієнтів, відповідності Критеріям призначення та наявності Критеріїв відміни тощо, кількісної потреби (заявки) у забезпеченні кожного з пацієнтів Помалідомідом для здійснення закупівель і відповідного розподілу.

III. Формування потреби в Бригатинібі

1. Рекомендована доза Бригатинібу становить:

початкова доза становить 90 мг один раз на добу протягом перших 7 днів.

Надалі рекомендована доза – 180 мг один раз на добу, за умови відсутності побічних ефектів, визначених інструкцією для медичного застосування Бригатиніб (після консультації з лікуючим лікарем для оцінки можливих ризиків подальшого прийому Бригатинібу).

Річна потреба:

для первинних пацієнтів:

початкова доза (90 мг) – 21 таблетка з дозуванням 30 мг (1 тиждень);

подальша потреба – 180 мг щодня, що становить 358 таблеток з дозуванням 180 мг.

Для пацієнтів, які вже отримують Бригатиніб, річна потреба складає 365 таблеток (180 мг на день).

2. Критерії призначення Бригатинібу:

1) пацієнт є громадянином України, який постійно проживає на території України;

2) пацієнт має діагноз метастатичної або локально-розповсюдженої Anaplastic Lymphoma Kinase (далі – ALK) - позитивної недрібноклітинної карциноми легенів, підтверджений:

результатами імуногістохімічного, цитологічного аналізу, молекулярно-генетичного тестування;

наявністю метастатичного або локально-розповсюдженого процесу, підтвердженого КТ, МРТ або ПЕТ-КТ;

3) пацієнт з підтвердженим діагнозом раніше не отримував лікування інгібітором ALK або має необхідність продовжити лікування інгібітором ALK, якщо воно було розпочате раніше;

4) пацієнт має оцінку за шкалою ECOG 0–3;

5) лабораторні показники:

абсолютна кількість нейтрофілів $\geq 1,0 \times 10^9$ у 9 степені/л;

кількість тромбоцитів $\geq 75 \times 10^9$ у 9 степені/л;

гемоглобін ≥ 80 г/л (дозволене використання гемотрансфузій та/або еритропоетинів за клінічними показами);

кліренс креатиніну ≥ 30 мл/хв;

рівень загального білірубіну $\leq 1,5 \times$ верхня межа норми;

рівень АЛТ та АСТ $\leq 3 \times$ верхня межа норми;

негативні результати тестів на активний гепатит В або С, а також ВІЛ;

6) відсутність тяжких порушень функцій органів, які, за оцінкою лікаря, можуть унеможливити застосування Бригатинібу;

7) пацієнт дотримується наступних мінімальних вимог з моніторингу:

проведення загального аналізу крові, виконується на початковому етапі (базовий рівень), потім щотижня протягом перших 8 тижнів терапії, а далі – щомісяця;

проведення тестів на оцінку функцію печінки (АЛТ, АСТ) на початку лікування та щомісяця;

проведення контролю рівня креатиніну в сироватці крові на початку лікування, щомісяця або за клінічними показаннями;

проведення оцінки відповіді пацієнта на терапію або прогресування захворювання щомісяця;

3. За невідповідності одному або більше Критеріям призначення пацієнт не включається до переліку потребуючих Бригатинібу.

4. Критерії відміни Бригатинібу:

1) відсутність регулярних відвідувань лікуючого лікаря та/або невиконання рекомендацій лікуючого лікаря та/або невиконання мінімальних вимог з моніторингу, зазначених в підпункті 7 пункту 2 цього розділу;

2) відмова пацієнта або його батьків, законних представників продовжувати лікування, в тому числі по причині відсутності ефекту від лікування;

3) наявність побічних реакцій 4 ступеня або повторних реакцій 3 ступеня (відповідно до Common Terminology Criteria for Adverse Events);

- 4) порушення або невідповідність одному чи більше Критеріям призначення;
- 5) відома гіперчутливість до компонентів Бригатинібу;
- 6) позитивний тест на вагітність;
- 7) пацієнт планує годувати грудьми під час терапії;
- 8) наявність активної інфекції, включаючи активний гепатит В чи С, або підтверджений ВІЛ;
- 9) пацієнт має ознаки прогресування захворювання.

5. Розрахунок потреби Бригатиніб здійснюється з урахуванням округлення чисел відповідно до потреб кожного пацієнта.

6. Заявка (потреба) до закупівлі і розподіл Бригатиніб здійснюється на основі розрахунків ДНП «НІР», які надаються до МОЗ та ДП «Медзакупівлі України», із урахуванням даних, наданих структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, та за результатами оцінки відповідності пацієнтів Критеріям призначення та відсутності Критеріїв відміни за результатами опрацювання власних даних та/або даних, наданих структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

7. ДНП «НІР», надає до МОЗ та ДП «Медзакупівлі України» інформацію щодо пацієнтів в розрізі адміністративно-територіальних одиниць з зазначенням року народження, діагнозу пацієнтів, відповідності Критеріям призначення та наявності Критеріїв відміни тощо, кількісної потреби (заявки) у забезпеченні кожного з пацієнтів Бригатинібом для здійснення закупівель і відповідного розподілу.

IV. Формування потреби в Атезоліумабі

1. Рекомендована доза Атезоліумабу становить 1200 мг кожні 3 тижні.

Тривалість лікування – до одного року (максимум 17 доз), за умови відсутності рецидиву або непереносимості.

Таким чином, річна потреба для одного пацієнта становить 20 400 мг (17 введень × 1200 мг) або 17 флаконів.

2. Критерії, за відповідності яким рекомендовано врахування потреби пацієнта (далі – Критерії призначення) у Атезоліумабі наступні:

1) пацієнт є громадянином України, який постійно проживає на території України;

2) пацієнт має діагноз недрібноклітинного раку легень II–IIIА стадії з експресією PD-L1 $\geq 1\%$, що підтверджено результатами імуногістохімічного дослідження;

3) пацієнт не має генетичних змін EGFR (делеції в екзоні 19 або точкової мутації L858R в екзоні 21) та ALK (транслокації), що підтверджено відповідними молекулярно-генетичними дослідженнями;

4) пацієнту виконано радикальне оперативне втручання із досягненням негативних країв резекції (R0) та проведенням медіастинальної лімфодисекції або семплінгу;

5) пацієнт отримав не більше 4 курсів ад'ювантної хіміотерапії на основі платини, яка була розпочата протягом 12 тижнів після оперативного втручання та не мав рецидиву захворювання протягом 3-8 тижнів після останнього циклу хіміотерапії;

6) пацієнт має оцінку за ECOG 0 – 2;

7) пацієнт має такі лабораторні показники:

абсолютна кількість нейтрофілів $\geq 1,0 \times 10^9$ у 9 степені/л;

кількість тромбоцитів $\geq 75 \times 10^9$ у 9 степені/л;

гемоглобін ≥ 80 г/л (дозволене використання гемотрансфузій та/або еритропоетинів за клінічними показами);

кліренс креатиніну ≥ 30 мл/хв;

рівень загального білірубіну $\leq 1,5 \times$ верхня межа норми;

рівень АЛТ та АСТ $\leq 3 \times$ верхня межа норми;

негативні результати тестів на активний гепатит В або С, а також ВІЛ;

8) відсутність тяжких порушень функцій органів, які, за оцінкою лікаря, можуть унеможливити застосування Атезоліумабу;

9) пацієнт дотримується наступних мінімальних вимог з моніторингу:

контроль клінічного, гематологічного, біохімічних аналізів крові проводити перед кожним введенням Атезоліумабу;

гормональна тиреоїдна панель за інструкцією по застосуванню Атезоліумабу;

проведення оцінки відповіді пацієнта на терапію або прогресування захворювання не менше 1 раз в 4 місяці протягом першого року лікування, потім кожні 6 місяців протягом до 5 років.

3. За невідповідності одному та більше Критеріїв призначення не рекомендовано врахування потреби пацієнтів у Атезоліумабі.

4. Критерії, за відповідності яким рекомендована відміна врахування потреби пацієнтів (далі – Критерії відміни) Атезоліумабу:

1) відсутність регулярних відвідувань лікуючого лікаря та/або невиконання рекомендацій лікуючого лікаря та/або невиконання мінімальних вимог з моніторингу, зазначених в підпункті 9 пункту 2 цього розділу;

2) відмова пацієнта або його законних представників продовжувати лікування, в тому числі по причині відсутності ефекту від лікування;

3) наявність побічних реакцій 4 ступеня або повторних реакцій 3 ступеня (відповідно до Common Terminology Criteria for Adverse Events);

4) невідповідність одному та більше Критеріям призначення;

5) відома гіперчутливість до Атезоліумабу;

6) наявність активної інфекції, включаючи активний гепатит В чи С, або підтверджений ВІЛ;

7) позитивний тест на вагітність;

8) пацієнт планує годувати грудьми під час терапії;

9) пацієнт має ознаки прогресування захворювання.

5. Перерахунок кількості Атезоліумабу здійснюється відповідно до правил округлення чисел.

6. Заявка (потреба) до закупівлі і розподіл Атезоліумаб здійснюється на основі розрахунків ДНП «НІР», які надаються до МОЗ та ДП «Медзакупівлі України», із урахуванням даних, наданих структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, та за результатами оцінки відповідності пацієнтів Критеріям призначення та відсутності Критеріїв відміни за результатами опрацювання власних даних та/або даних, наданих структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

7. ДНП «НІР», надає до МОЗ та ДП «Медзакупівлі України» інформацію щодо пацієнтів в розрізі адміністративно-територіальних одиниць з зазначенням року народження, діагнозу пацієнтів, відповідності Критеріям призначення та наявності Критеріїв відміни тощо, кількісної потреби (заявки) у забезпеченні кожного з пацієнтів Атезоліумабом для здійснення закупівель і відповідного розподілу.

V. Формування потреби в Палбоциклібі

1. Рекомендована доза Палбоциклібу становить 125 мг перорально 1 раз на добу протягом 21 дня поспіль із подальшою 7-денною перервою (режим 3/1), що утворює повний цикл з 28 днів. Лікування рекомендовано продовжувати доти, доки зберігається клінічна ефективність терапії або не виникнуть показання для зниження дози чи тимчасового/остаточного припинення лікування відповідно до інструкції із застосування Палбоциклібу.

Відповідно, річна потреба Палбоциклібу для одного пацієнта становить:

Річна потреба = $\frac{365 \text{ днів}}{28 \text{ днів/цикл}} \times 21 \text{ доза/цикл} \times 125 \text{ мг/доза} \approx 34\,125 \text{ мг}$, що еквівалентно:

273 капсул по 125 мг;

або при модифікації дози – відповідна кількість капсул по 100 мг чи 75 мг.

Модифікація дози проводиться залежно від переносимості:

перше зниження – 100 мг/добу;

друге зниження – 75 мг/добу;

у випадку необхідності подальшого зниження (< 75 мг/добу) лікування припиняється.

2. Критерії, за відповідності яким рекомендовано врахування потреби пацієнта (далі – Критерії призначення) у Палбоциклібі наступні:

1) пацієнт є громадянином України, який постійно проживає на території України;

2) пацієнт із діагнозом розповсюджений рак молочної залози (далі – РМЗ) HR(+), HER2(-), IV стадія, без вісцерального ураження, що загрожує життю, у фазі постменопаузи, який не отримував попереднього лікування метастазів;

3) пацієнт не отримував в ад'ювантному режимі лікування CDK4/6-інгібіторами;

4) метастатичні вогнища РМЗ повинні мати верифікований HR(+), HER2(-) статус (імуногістохімічне дослідження);

5) рівень експресії рецепторів естрогену (ER) $\geq 10\%$;

6) пацієнт має оцінку за ECOG 0 – 2;

7) пацієнт має такі лабораторні показники:

абсолютна кількість нейтрофілів $\geq 1,0 \times 10^9$ у 9 степені/л;

кількість тромбоцитів $\geq 75 \times 10^9$ у 9 степені/л;

гемоглобін ≥ 80 г/л (дозволене використання гемотрансфузій та/або еритропоєтинів за клінічними показами);

кліренс креатиніну ≥ 30 мл/хв;

рівень загального білірубину $\leq 1,5 \times$ верхня межа норми;

рівень АЛТ та АСТ $\leq 3 \times$ верхня межа норми;

негативні результати тестів на активний гепатит В або С, а також ВІЛ;

8) відсутність тяжких порушень функцій органів, які, за оцінкою лікуючого лікаря, можуть унеможливити застосування Палбоциклібу;

9) пацієнт дотримується наступних мінімальних вимог з моніторингу:

проведення загального аналізу крові, виконується на початку кожного циклу та на 14-й день перших двох циклів, далі – на початку циклу або за клінічними показаннями;

проведення тестів на оцінку функції печінки (АЛТ, АСТ) на початку лікування та щомісяця;

проведення контролю рівня креатиніну в сироватці крові на початку лікування, далі щомісяця або за клінічними показаннями;

проведення оцінки відповіді пацієнта на терапію або прогресування захворювання щомісяця.

3. За невідповідності одному та більше Критеріїв призначення не рекомендовано врахування потреби пацієнтів у Палбоциклібі.

4. Критерії, за відповідності яким рекомендована відміна врахування потреби пацієнтів (далі – Критерії відміни) Палбоциклібу:

1) відсутність регулярних відвідувань лікуючого лікаря та/або невиконання рекомендацій лікуючого лікаря та/або невиконання мінімальних вимог з моніторингу, зазначених в підпункті 9 пункту 2 цього розділу;

2) відмова пацієнта або його законних представників продовжувати лікування, в тому числі по причині відсутності ефекту від лікування;

3) наявність побічних реакцій 4 ступеня або повторних реакцій 3 ступеня (відповідно до Common Terminology Criteria for Adverse Events);

4) невідповідність одному та більше Критеріям призначення;

5) відома гіперчутливість до Палбоциклібу;

6) наявність активної інфекції, включаючи активний гепатит В чи С, або підтверджений ВІЛ;

7) позитивний тест на вагітність;

8) пацієнт планує годувати грудьми під час терапії;

9) пацієнт має ознаки прогресування захворювання;

10) пацієнт з супутніми захворюваннями або загальним станом, що перешкоджає використанню CDK4/6-інгібіторами з інгібіторами ароматази.

5. Перерахунок кількості Палбоциклібу здійснюється відповідно до правил округлення чисел.

6. Заявка (потреба) до закупівлі і розподіл Палбоцикліб здійснюється на основі розрахунків ДНП «НІР», які надаються до МОЗ та ДП «Медзакупівлі України», із урахуванням даних, наданих структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, та за результатами оцінки відповідності пацієнтів Критеріям призначення та відсутності Критеріїв відміни за результатами опрацювання власних даних та/або даних, наданих структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

7. ДНП «НІР», надає до МОЗ та ДП «Медзакупівлі України» інформацію щодо пацієнтів в розрізі адміністративно-територіальних одиниць з

зазначенням року народження, діагнозу пацієнтів, відповідності Критеріям призначення та наявності Критеріїв відміни тощо, кількісної потреби (заявки) у забезпеченні кожного з пацієнтів Палбоциклібом для здійснення закупівель і відповідного розподілу.

VI. Формування потреби в Брентуксимабі

1. Формування потреби в Брентуксимабі за показанням «В комбінації з циклофосфамідом, доксорубіцином та преднізолоном (СНР) показаний для лікування дорослих пацієнтів з раніше нелікованою системною анапластичною великоклітинною лімфомою»:

1) рекомендована доза в Брентуксимабі в комбінації з хіміотерапією циклофосфамідом, доксорубіцином та преднізолоном становить 1,8 мг/кг, яку слід вводити у вигляді внутрішньовенної інфузії тривалістю понад 30 хвилин кожні 3 тижні протягом 6–8 циклів.

Профілактика із застосуванням гранулоцитарного колонієстимулюючого фактору росту рекомендована усім дорослим пацієнтам з раніше не лікованою системною анапластичною великоклітинною лімфомою, які отримують комбіновану терапію, починаючи з першої дози.

2. Формування потреби в Брентуксимабі за показанням «Лікування дорослих пацієнтів з CD30-позитивною лімфомою Ходжкина за наявності підвищеного ризику рецидиву або прогресування захворювання після аутологічної трансплантації стовбурових клітин»:

1) рекомендована доза для лікування дорослих пацієнтів з CD30-позитивною лімфомою Ходжкина за наявності підвищеного ризику рецидиву або прогресування захворювання після аутологічної трансплантації стовбурових клітин становить 1,8 мг/кг яку слід вводити у вигляді внутрішньовенної інфузії тривалістю понад 30 хвилин кожні 3 тижні до 16 циклів. Лікування Брентуксимабом необхідно починати після одужання після аутологічної трансплантації стовбурових клітин на підставі клінічної оцінки.

2) потребу в Брентуксимабі за зазначеним показанням рекомендовано подавати закладам охорони здоров'я, що включені до переліку закладів охорони здоров'я, які можуть укласти договори з Національною службою здоров'я України за пакетом медичних послуг «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 січня 2024 № 47.

VII. Результативні показники, що характеризують виконання бюджетної програми

№ п/п	Показники	Одиниці виміру	Джерело інформації	Прогнозовані показники (кількість, відсоток)
1	продукту			
1.1	Кількість онкологічних та онкогематологічних хворих, які забезпечені лікуванням	Осіб	Заявки регіонів, реєстри, звіти	
2	якості			
2.1	Рівень забезпечення онкологічних та онкогематологічних хворих, медикаментами, від потреби	Відсоток	Заявки регіонів, реєстри, звіти	
3	ефективності			
3.1	Середні витрати на закупівлю медикаментів для одного онкологічного або онкогематологічного хворого	Тис. грн	Внутрішньогосподарський (управлінський) облік	

В.о. директора
Департаменту медичних послуг



Валерія СОРУЧАН