



Rekomendacja nr 76/2026

z dnia 2 czerwca 2026 r.

**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego
Cabometyx (kabozantynib) w leczeniu guzów neuroendokrynnych
trzustkowych (pNET) i pozatrzustkowych (epNET)**

Prezes Agencji rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Cabometyx (kabozantynib) w ramach katalogu chemioterapii we wskazaniu określonym stanem klinicznym, tj. leczenie dorosłych pacjentów z nieresekcyjnymi lub przerzutowymi, dobrze zróżnicowanymi guzami neuroendokrynnymi pozatrzustkowymi (epNET), u których doszło do progresji choroby po uprzednim zastosowaniu co najmniej jednej terapii ogólnoustrojowej innej niż analogi somatostatyny oraz dorosłych pacjentów z nieresekcyjnymi lub przerzutowymi, dobrze zróżnicowanymi guzami neuroendokrynnymi trzustkowymi (pNET), którzy zakończyli leczenie terapią izotopową ukierunkowaną na receptory peptydowe (PRRT), sunitynibem i ewerolimusem, lub u których istnieją przeciwwskazania do zastosowania tych terapii **pod warunkiem** dalszego pogłębienia zaproponowanego RSS oraz zabezpieczenia maksymalnych wydatków płatnika w horyzoncie obowiązywania decyzji refundacyjnej.

Uzasadnienie

Wnioskowane wskazanie obejmuje stosowanie kabozantynibu w leczeniu dorosłych pacjentów z nieresekcyjnymi lub przerzutowymi, dobrze zróżnicowanymi guzami neuroendokrynnymi pozatrzustkowymi (epNET), u których doszło do progresji choroby po uprzednim zastosowaniu co najmniej jednej terapii ogólnoustrojowej innej niż analogi somatostatyny oraz dorosłych pacjentów z nieresekcyjnymi lub przerzutowymi, dobrze zróżnicowanymi guzami neuroendokrynnymi trzustkowymi (pNET), którzy zakończyli leczenie terapią izotopową ukierunkowaną na receptory peptydowe (PRRT), sunitynibem i ewerolimusem, lub u których istnieją przeciwwskazania do zastosowania tych terapii.

Obecnie w analizowanym wskazaniu dla pacjentów z populacji docelowej nie ma finansowanych terapii celowanych - technologie wykorzystywane w leczeniu wspomagającym dostępne są w ramach refundacji aptecznej i katalogu chemioterapii. Należą do nich analogi somatostatyny – okreotyd i lanreotyd, u części chorych stosowana jest również chemioterapia zawierająca, np. pochodne platyny. Są to terapie zalecane w aktualnych, polskich i międzynarodowych wytycznych postępowania terapeutycznego (w tym: PTOK 2025, ASCO 2025, NCCN 2025).

Odnaleziono jedno badanie z randomizacją (CABINET) bezpośrednio porównujące skuteczność i bezpieczeństwo kabozantynibu (CAB) względem placebo (PLC). W badaniu wykazano, iż technologia jest skuteczniejsza w zakresie m. in. przeżycia wolnego od progresji, wystąpienia odpowiedzi na leczenie, wskaźnika kontroli choroby czy jakości życia. Nie stwierdzono natomiast istotnego wpływu ocenianej technologii na wydłużenie przeżycia całkowitego pacjentów. Jednocześnie w grupie CAB, względem PLC raportowano znamienne wyższą liczbę zdarzeń niepożądanych występujących w trakcie leczenia. Należy zaznaczyć, że na interpretację wyników badania CABINET mają wpływ jego ograniczenia np. przerwanie badania w momencie analizy śródkresowej, tj. przed planowanym terminem gromadzenia pełnych danych oraz crossover chorych z grupy PLC do grupy CAB. Dodatkowo, w ramach analizy klinicznej nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami w zakresie częstości korzystania z leków wchodzących w skład BSC, w tym analogów somatostatyny.

Zgodnie z przeprowadzoną analizą ekonomiczną wnioskowana interwencja jest opłacalna kosztowo, oszacowany ICUR w wariancie z RSS znajduje się poniżej progu opłacalności, o którym mowa w ustawie o refundacji. Wyniki analizy wpływu na budżet wskazują jednak na znaczny wzrost wydatków płatnika publicznego związanych z refundacją produktu leczniczego Cabometyx (kabozantynib) w analizowanej populacji chorych, wynoszący ok. [redacted] w I roku oraz [redacted] w II roku refundacji.

Biorąc pod uwagę wnioski płynące z przeprowadzonych analiz, ograniczenia analizy klinicznej i ekonomicznej, szacowane obciążenie budżetu płatnika publicznego oraz negatywne Stanowisko wydane przez Radę Przejrzystości, finansowanie ocenianej technologii we wnioskowanym wskazaniu uznaje się za zasadne wyłącznie po spełnieniu dodatkowych warunków opisanych jak w sentencji.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności finansowania ze środków publicznych produktów leczniczych:

- Cabometyx, kabozantynib, tabletki powlekane, 20 mg, 30 szt., GTIN: 03582186003947 – cena zbytu netto – [redacted] PLN;
- Cabometyx, kabozantynib, tabletki powlekane, 40 mg, 30 szt., GTIN: 03582186003954 – cena zbytu netto – [redacted] PLN;
- Cabometyx, kabozantynib, tabletki powlekane, 60 mg, 30 szt., GTIN: 03582186003961 – cena zbytu netto – [redacted] PLN;

Proponowana odpłatność i kategoria dostępności refundacyjnej: bezpłatnie w ramach katalogu chemioterapii, w istniejącej grupie limitowej (1175.0, Kabozantynib).

Problem zdrowotny

Nowotwory neuroendokrynne (NEN, ang. *neuroendocrine neoplasms*) rozwijają się z komórek rozproszonego układu wydzielania wewnętrznego; mogą być czynne (wydzielające hormony) i nieczynne (niewytwarzające hormonów). Wyróżnia się wysoko zróżnicowane guzy neuroendokrynne (NET, ang. *neuroendocrine tumour*) w stopniu od G1 do G3 oraz nisko zróżnicowane raki neuroendokrynne (NEC, ang. *neuroendocrine carcinoma*) o dużym stopniu złośliwości. NEC stanowią 10–20% wszystkich NEN.

Guzy neuroendokrynne mogą rozwijać się w wielu narządach. Najczęściej występują w układzie pokarmowym (w ok. 70% przypadków w trzustce i przewodzie pokarmowym [GEP-NEN, ang. *gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms*]) oraz płucach.

Na świecie zapadalność na nowotwory neuroendokrynne szacuje się na około 6 przypadków na 100 tys. osób rocznie, a ich rozpowszechnienie na około 35 przypadków na 100 tys. osób. Nie zidentyfikowano aktualnych danych dotyczących zapadalności i chorobowości NET w Polsce.

Wysoko zróżnicowane guzy neuroendokrynne trzustkowe (pNET) i pozatrzustkowe (epNET) mają zasadniczo lepsze rokowanie niż nowotwory nisko zróżnicowane, ale perspektywa przeżycia jest bardzo zróżnicowana i zależy przede wszystkim od stopnia złośliwości, stopnia zaawansowania oraz lokalizacji guza pierwotnego.

Alternatywna technologia medyczna

Biorąc pod uwagę technologie aktualnie finansowane ze środków publicznych, jako komparator dla wnioskowanej terapii wskazano najlepsze leczenie wspomagające (BSC, ang. *best supportive care*), obejmujące stosowanie analogów somatostatyny – okreotydu i lanreotydu, które są refundowane w ramach refundacji aptecznej oraz katalogu chemioterapii.

Wybór komparatora uznano za właściwy, lecz niepełny – we wnioskowanej populacji epNET możliwe jest także stosowanie produktu ¹⁷⁷Lu-DOTATATE (zgodnie z treścią programu lekowego B.139, w części „Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi przewodu pokarmowego wywodzącego się ze środkowego odcinka prajelita (MIDGUT) (ICD-10 C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)” – u chorych z histologicznym rozpoznaniem dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego przewodu pokarmowego wywodzącego się ze środkowego odcinka prajelita (MIDGUT), tj. obejmującego dolną

część dwunastnicy, jelito czcze, jelito kręte, jelito ślepe wraz z wyrostkiem robaczkowym, okrężnicę wstępującą oraz początkowe 2/3 okrężnicy poprzecznej (stopień G1 lub G2, indeks proliferacyjny Ki-67 $\leq$ 20%).

Opis wnioskowanego świadczenia

Kabozantynib (CAB) hamuje liczne receptory kinaz tyrozynowych (RTK) związane ze wzrostem nowotworu, angiogenezą, patologiczną przebudową kości, opornością na leki i tworzeniem przerzutów. Ponadto jest inhibitorem receptorów MET (białka receptorowego czynnika wzrostu hepatocytów) oraz VEGF (czynnika wzrostu śródbłónka naczyń).

Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL), Cabometyx jest wskazany m.in. do stosowania u dorosłych pacjentów z nieresekcyjnymi lub przerzutowymi, dobrze zróżnicowanymi guzami neuroendokrynnymi pozatrzustkowymi (epNET) i trzustkowymi (pNET), u których doszło do progresji choroby po uprzednim zastosowaniu co najmniej jednej terapii ogólnoustrojowej innej niż analogi somatostatyny. Powyższe wskazanie jest jednym ze wskazań rejestracyjnych leku (rejestracja w ocenianym wskazaniu - 2025 r.).

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Uwzględniono badanie kliniczne (CABINET), w którym oceniono stosowanie kabozantynibu skojarzonego z najlepszą opieką standardową (BSC) względem placebo (PLC) skojarzonego z BSC, u dorosłych pacjentów z histologicznie potwierdzonym, miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym, dobrze lub umiarkowanie zróżnicowanym (zarejestrowane wskazanie zostało ograniczone do dobrze zróżnicowanego) guzem neuroendokrynnym pochodzenia pozatrzustkowego lub trzustkowego, stopniem zaawansowania guza według WHO od 1 do 3, z postępowaniem choroby w ciągu 12 mies. przed włączeniem do badania, statusem ECOG 0-2, po wcześniejszej terapii oksodotreotydem lutetu (^{177}Lu), ewerolimusem lub sunitynibem w przypadku guzów pNET, ^{177}Lu lub ewerolimusem w przypadku guzów epNET (z wyłączeniem guzów neuroendokrynnych płuc) lub ewerolimusem w przypadku guzów neuroendokrynnych płuc. Populację stratyfikowano również ze względu na lokalizację pierwotną guza oraz równoczesne stosowanie analogów somatostatyny.

Do analizy klinicznej włączono ponadto badanie rzeczywistej praktyki klinicznej (Schnell 2024).

Odnaleziono dwa przeglądy systematyczne (Taboada 2024 i Xue 2025) oraz dwa opracowania wtórne (NICE 2025 i CADTH 2025) spełniające kryteria PICO dla ocenianej technologii.

Szczegółowe opisy i wyniki włączonych do AKL badań przedstawiono w Analizie Weryfikacyjnej Agencji (AWA) i analizach Wnioskodawcy.

Skuteczność

Zgodnie z wynikami badania CABINET w porównaniach CAB+BSC vs PLC+BSC stwierdzono (HR – współczynnik hazardu, OR – iloraz szans, RD – różnica ryzyk, MD – różnica średnich) istotne statystycznie (IS) różnice na korzyść CAB w zakresie:

- przeżycia wolnego od progresji choroby mierzonego przez niezależny komitet BICR (pierwszorzędowy PK)
 - w populacji pNET (mediana obserwacji – 13,8 mies.): 13,8 mies. vs 4,4 mies., HR=0,23 (95%CI: 0,12; 0,42);
 - w populacji epNET (mediana obserwacji – 10,2 mies.): 8,4 mies. vs 3,9 mies., HR=0,38 (95%CI: 0,25; 0,59);
- częstości wystąpienia odpowiedzi na leczenie, w tym obiektywnej i częściowej
 - pNET: RD=0,19 (95%CI: 0,08; 0,29), NNT=5 (4; 13) dla obu PK;
 - epNET: RD=0,05 (95%CI: 0,01; 0,10), NNT=20 (11; 113) dla obu PK;
- częstości wystąpienia redukcji wielkości guza:
 - pNET: RD=0,56 (95%CI: 0,37; 0,75), NNT=2 (2; 3);
 - epNET: RD=0,38 (95%CI: 0,23; 0,52), NNT=3 (2; 5);
- częstości kontroli choroby (DCR) i szansy progresji (PD) choroby:
 - pNET: odpowiednio OR=3,23 (95%CI: 1,27; 8,22) oraz OR=0,13 (95%CI: 0,04; 0,43);

- epNET: odpowiednio OR=2,03 (95%CI: 1,11; 3,71) oraz OR=0,24 (95%CI: 0,11; 0,49).

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w zakresie przeżycia całkowitego chorych, zarówno przy uwzględnieniu danych bez korekty, jak i z korektą cross-over.

W odniesieniu do zmian jakości życia:

- w populacji pNET nie stwierdzono IS różnic między technologiami według skali GHS/QoL – części kwestionariusza EORTC QLQ-C30. W analizie wskazano na IS różnice w zakresie częstości raportowania poprawy wyników w skali PGIC (OR=6,00 [95%CI: 1,98; 18,19], RD=0,39 [95%CI: 0,19; 0,58]).
- w populacji epNET stwierdzono IS różnice na korzyść CAB zarówno w skali GHS/QOL (MD=9,3 [95%CI: 1,85; 16,75] jak i w przypadku kwestionariusza PGIC (OR=2,58 [95%CI: 1,21; 5,51], RD=0,19 [95%CI: 0,05; 0,32]).

Bezpieczeństwo

Ze względu na znaczące różnice w czasie ekspozycji na lek w ramieniu interwencji i komparatora, nie analizowano ilościowo różnic w zakresie występowania zdarzeń niepożądanych.

Populacja pNET

Dla mediany czasu trwania leczenia wynoszącej 8,3 mies. w ramieniu CAB i 2,9 mies. w ramieniu PLC AEs dowolnego stopnia raportowano u odpowiednio u 98% i 84% chorych, w tym AEs stopnia ≥ 3 odpowiednio u 65% i 23% chorych. Najczęściej raportowanymi AEs stopnia ≥ 3 były: nadciśnienie (22%), zmęczenie (11%), zdarzenia zakrzepowe (11%).

We wskazanym horyzoncie obserwacji nie stwierdzono zdarzeń niepożądanych stopnia 5.

Populacja epNET

Dla mediany czasu trwania leczenia wynoszącej 5,5 mies. w ramieniu CAB i 2,8 mies. w ramieniu PLC AEs dowolnego stopnia raportowano odpowiednio u 99% i 82% chorych, w tym AEs stopnia ≥ 3 odpowiednio u 62% i 27% chorych. Najczęściej raportowanymi AEs stopnia ≥ 3 były nadciśnienie (21%), zmęczenie (13%), biegunka (11%).

We wskazanym horyzoncie obserwacji stwierdzono dziewięć zgonów w ramieniu CAB i cztery w ramieniu PLC, w tym cztery zgony w ramieniu CAB określono jako prawdopodobnie związane z leczeniem.

Zgodnie z ChPL najczęstszymi działaniami niepożądanymi raportowanymi w ramach badań klinicznych w populacji pacjentów z NET były: nadciśnienie tętnicze, zmęczenie, zatorowość płucna, wymioty, biegunka, nudności oraz zatorowość.

Dane rzeczywistej praktyki klinicznej

Wyniki badania RWE Schnell 2024 wskazują na ograniczoną skuteczność terapii w populacji ze zróżnicowanymi nowotworami neuroendokrynnymi stopnia G3, którzy wcześniej otrzymali kilka schematów terapii – mediana PFS 2,8 mies. (zakres: 2,2 – 14 mies.). natomiast mediana OS wyniosła 24,5 mies. Ze względu na niewielką (w porównaniu z badaniem CABINET) liczbę chorych biorących udział w badaniu Schnell 2024 (11 pacjentów), możliwość uogólnienia wyników na całą ocenianą populację jest ograniczona.

Ograniczenia

Głównym ograniczeniem analizy jest fakt, iż badanie CABINET zostało przerwane i odślepione przed planowanym terminem, wyniki analizy dla przeżycia całkowitego są niedojrzałe, stwierdzono liczne cenzorowanie danych, a dane z badania RWE dostępne były wyłącznie w postaci abstraktu konferencyjnego i stanowią analizę retrospektywną. Istotnym ograniczeniem jest również crossover pacjentów z ramienia placebo do ramienia interwencji po wystąpieniu progresji oraz po przerwaniu badania, co ogranicza możliwość wnioskowania o długoterminowej skuteczności. Dodatkowo opis załącznika do katalogu chemioterapii nie uwzględnia wyjściowego stanu ECOG – zgodnie z protokołem,

do badania CABINET kwalifikowani mieli być chorzy z ECOG 0-2, natomiast finalnie nie zakwalifikowano żadnego chorego z ECOG 2.

Pozostałe ograniczenia zostały przedstawione w Analizie Weryfikacyjnej.

Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka

Zaproponowano instrument dzielenia ryzyka (RSS).

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

W ramach oceny opłacalności przeprowadzono analizę kosztów-użyteczności (CUA). Poniżej przedstawiono wyniki z perspektywy płatnika publicznego (NFZ). Przyjęto dożywotni horyzont czasowy analizy.

Populacja pNET

Oszacowany przez wnioskodawcę inkrementalny współczynnik kosztów-użyteczności (ICUR) wyniósł [] PLN/QALY w wariancie z RSS oraz 317 955 PLN/QALY w wariancie bez RSS. Oszacowane wartości znajdują się poniżej (z RSS) oraz powyżej (bez RSS) obowiązującego progu opłacalności (244 821 PLN/QALY).

Dla przedstawionych współczynników ICUR progowa cena zbytu netto wynosi [] PLN/opak. Oszacowana progowa CZN jest [] od proponowanej CZN z RSS.

Populacja epNET

Oszacowany przez wnioskodawcę inkrementalny współczynnik kosztów-użyteczności (ICUR) wyniósł [] PLN/QALY w wariancie z RSS oraz 252 660 PLN/QALY w wariancie bez RSS. Oszacowane wartości znajdują się poniżej (z RSS) oraz powyżej (bez RSS) obowiązującego progu opłacalności (244 821 PLN/QALY).

Dla przedstawionych współczynników ICUR progowa cena zbytu netto wynosi [] PLN/opak. Oszacowana progowa CZN jest wyższa od proponowanej CZN z RSS.

Ograniczenia

Głównymi ograniczeniami analizy ekonomicznej są: ekstrapolacja długoterminowa, przyjęte arbitralne założenia o skuteczności, bezpieczeństwie, kosztach i trwałości efektów klinicznych, a także niepewność dotycząca zastosowanych parametrów użyteczności stanów zdrowia – dane mapowane z EORTC na EQ-5D (metoda pośrednia, dane z badania CABINET) oraz korekta na podstawie danych pozyskanych metodą handlowania czasem (metoda bezpośrednia, dane pozyskane w populacji generalnej w Wielkiej Brytanii).

Obliczenia własne Agencji

Nie dotyczy.

Wskazanie czy zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 253).

W ocenie Agencji nie zachodzą okoliczności art. 13 ust. 3 ustawy o refundacji.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona w dwuletnim horyzoncie czasowym z perspektywy płatnika publicznego (NFZ).

Oszacowano liczbę pacjentów stosujących wnioskowaną technologię w scenariuszu nowym na [] (min. []; maks. []) pacjentów w I roku oraz [] (min. []; maks. []) pacjentów w II roku refundacji.

Wyniki analizy wskazują, że objęcie refundacją leku Cabometyx (kabozantynib) spowoduje wzrost wydatków płatnika publicznego o:

- bez uwzględnienia RSS:
 - ok. 23,6 mln PLN w I roku refundacji;
 - ok. 41,2 mln PLN w II roku refundacji;
- z uwzględnieniem RSS:
 - ok. [] (min. []; maks. []) w I roku refundacji;
 - ok. [] (min. []; maks. []) w II roku refundacji;

Składowa kosztu, stanowiąca kwotę refundacji produktu leczniczego Cabometyx (kabozantynib), w wariantcie z RSS wynosi [] w I roku oraz [] w II roku analizy (łącznie ok. []).

Ograniczenia

W analizie podstawowej wielkość populacji określono na podstawie zagranicznych danych epidemiologicznych i opinii ekspertów klinicznych. Oszacowania analizy wpływu na budżet przeprowadzono na podstawie założeń analizy ekonomicznej, stąd wszelkie ograniczenia analizy opłacalności mają przełożenie na oszacowania BIA.

Obliczenia własne Agencji

Nie dotyczy.

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka



Uwagi do programu lekowego

Nie dotyczy.

Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej

Nie dotyczy.

Omówienie rekomendacji wydawanych w odniesieniu do ocenianej technologii

Rekomendacje kliniczne

Uwzględniono trzy dokumenty wytycznych klinicznych odnoszących się do wnioskowanego wskazania – PTOK 2025 (polskie), ASCO 2025 oraz NCCN 2025 (amerykańskie).

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami, w nowotworach neuroendokrynnych w pierwszej kolejności zalecane jest stosowanie analogów somatostatyny, a w przypadku stanów zaawansowanych, w tym opornych na leczenie – indywidualnie dostosowana chemioterapia. W wytycznych NCCN 2025 kabozantynib wskazywany jest jako lek preferowany, po niepowodzeniu terapii ewerolimusem lub ¹⁷⁷Lu-dotatatem lub sunitynibem, w zależności od lokalizacji guzów. W przypadku nowotworu dobrze zróżnicowanego stopnia G3 preferowane jest w pierwszej kolejności włączenie chorych do badań klinicznych.

Rekomendacje refundacyjne

Odnaleziono dwie rekomendacje odnoszące się do finansowania ocenianej technologii: PBAC 2025 (pozytywna) oraz CDA-AMC 2025 (pozytywna warunkowo). W rekomendacji pozytywnej argumentację stanowiła skuteczność w zakresie przeżycia wolnego od progresji względem BSC u chorych leczonych kilkoma schematami oraz niegorsza skuteczność w porównaniu z terapiami stosowanymi w trzeciej linii

leczenia, tj. sunitynibem lub ewerolimusem w populacji pNET oraz chemioterapią w populacji epNET. W rekomendacji warunkowej wskazano na konieczność obniżenia ceny produktu leczniczego.

Według informacji przedstawionych przez wnioskodawcę produkt leczniczy Cabometyx (kabozantynib) jest finansowany w 8 krajach UE i EFTA (na 30 wskazanych).

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z dnia 04 lutego 2026 r. Ministra Zdrowia (znak pisma: PLR.4500.2746.2025.8.KKL, PLR.4500.2748.2025.7.KKL i PLR.4500.2747.2025.7.KKL), w sprawie przygotowania rekomendacji Prezesa w sprawie objęcia refundacją produktu Cabometyx (kabozantynib) w ramach katalogu chemioterapii we wskazaniu określonym stanem klinicznym: Leczenie dorosłych pacjentów z nieresekcyjnymi lub przerzutowymi, dobrze zróżnicowanymi guzami neuroendokrynnymi pozatrzustkowymi (epNET), u których doszło do progresji choroby po uprzednim zastosowaniu co najmniej jednej terapii ogólnoustrojowej innej niż analogi somatostatyny oraz dorosłych pacjentów z nieresekcyjnymi lub przerzutowymi, dobrze zróżnicowanymi guzami neuroendokrynnymi trzustkowymi (pNET), którzy zakończyli leczenie terapią izotopową ukierunkowaną na receptory peptydowe (PRRT), sunitynibem i ewerolimusem, lub u których istnieją przeciwwskazania do zastosowania tych terapii.” na podstawie art. 35 ust 1. ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 253), po uzyskaniu stanowiska Rady Przejrzystości nr 71/2026 z dnia 1 czerwca 2026 r.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 71/2026 z dnia 1 czerwca 2026 r. w sprawie oceny leku Cabometyx (kabozantynib) w ramach chemioterapii we wskazaniu dot. leczenia guzów neuroendokrynnych pozatrzustkowych i trzustkowych
2. Wniosek o objęcie refundacją leku Cabometyx (kabozantynib) we wskazaniu: w ramach chemioterapii, w leczeniu guzów neuroendokrynnych pozatrzustkowych i trzustkowych. Analiza weryfikacyjna OTAD.4132.1.2026. Data ukończenia: 21 maja 2026 r.