



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Oceny Technologii Medycznych

**Zasady tworzenia wykazu leków z zakresu
gastroenterologii
na podstawie art. 30a ustawy o refundacji**

Data ukończenia: 20 maja 2026 r.

Spis treści

Spis treści	2
1. Wstęp	3
2. Identyfikacja technologii lekowych	3
3. Analiza wytycznych klinicznych	3
4. Ocena niezaspokojonej potrzeby zdrowotnej	3
5. Określenie wielkości populacji docelowej	4
6. Analiza wpływu na budżet płatnika	4
7. Wskazanie kategorii refundacji	4
8. Kryteria oceny	5
9. Przygotowanie wykazu	7
10. Źródła	9
Załącznik 1. Uwzględnione wytyczne kliniczne – siła zaleceń	11
Załącznik 2. Mapowanie wytycznych klinicznych	16

1. Wstęp

Opracowanie obejmuje zasady tworzenia wykazu leków, o którym mowa w art. 30a 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).

Prezes Agencji przygotowuje wykaz, uwzględniając wiedzę z zakresu oceny technologii medycznych, w szczególności oczekiwane efekty zdrowotne, biorąc pod uwagę siłę interwencji, jakość danych naukowych, niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, wielkość populacji docelowej oraz priorytety zdrowotne i wpływ na system ochrony zdrowia, w tym wpływ na budżet płatnika.

Zgodnie z przekazanym zleceniem, czwarty wykaz leków, o których mowa w art. 30a ust. 1 ustawy o refundacji, ogranicza się do leków z zakresu gastroenterologii. Dodatkowym elementem analizy ma być rekomendacja dotycząca kategorii dostępności refundacyjnej w jakiej powinien znaleźć się lek w danym wskazaniu.

2. Identyfikacja technologii lekowych

Substancje czynne uwzględnione w zleceniu Ministra Zdrowia zostały przeanalizowane zgodnie z kryteriami ustawowymi, które muszą być spełnione przez substancję umieszczoną w wykazie. Proces identyfikacji technologii lekowych opiera się na poniższych warunkach:

- wymagane jest stosowanie dłużej niż 30 dni w określonym stanie klinicznym,
- stosowanie jest rekomendowane w wytycznych klinicznych,
- brak przedłożenia wniosku refundacyjnego dla danego leku w danym wskazaniu,
- upływanie wyłączności rynkowej.

Ponadto w ocenie przyjęto, że do wykazu kwalifikują się wskazania zawierające się w ChPL danego leku.

3. Analiza wytycznych klinicznych

W pierwszej kolejności uwzględniono wytyczne polskie, europejskie i światowe, a następnie analizowano dostępność innych wytycznych np. wytycznych towarzystw naukowych.

Wybrano jeden dokument wytycznych postępowania medycznego dla ocenianego wskazania. Uwzględniono najbardziej aktualne dostępne wytyczne.

Na podstawie odnalezionych wytycznych klinicznych określono:

- siłę interwencji zgodnie z siłą zaleceń wskazaną w wytycznych klinicznych,
- jakość dostępnych danych naukowych.

W przypadku braku wytycznych dokładnie odpowiadających ocenianemu problemowi zdrowotnemu, uwzględniano zalecenia w największym stopniu zbliżone.

4. Ocena niezaspokojonej potrzeby zdrowotnej

Niezaspokojona potrzeba zdrowotna została określona na podstawie dostępności alternatywnych technologii oraz poziomu zaleceń i jakości dowodów dotyczących ich stosowania w analizowanym wskazaniu. Jako dodatkowe źródło informacji dotyczących niezaspokojonej potrzeby zdrowotnej wykorzystano opinie ekspertów dostarczone wraz ze zleceniem MZ. Ponadto, w oparciu o obwieszczenie Ministerstwa Zdrowia, oceniono dostępność innych refundowanych substancji czynnych w danym wskazaniu o tym samym celu terapeutycznym.

5. Określenie wielkości populacji docelowej

Wielkość populacji docelowej oraz dynamikę rynku związaną z refundacją ocenianej technologii określono na podstawie: danych Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym raportowanych w Centrum e-Zdrowia (CeZ); danych wcześniej zweryfikowanych przez Agencję w ramach procesów refundacyjnych (Analizy Weryfikacyjne Agencji) oraz opracowań własnych dla zbliżonych populacji chorych; oszacowań ekspertów klinicznych, danych epidemiologicznych i źródeł literaturowych, w tym szarej literatury. W analizie wykorzystano dane o najwyższej wiarygodności wewnętrznej.

6. Analiza wpływu na budżet płatnika

Model analizy wpływu na budżet opracowano *de novo*, z zastosowaniem narzędzia MS Excel.

Przyjęto dwuletni horyzont czasowy z zastosowaniem cykli miesięcznych.

W modelu uwzględniono dane kosztowe dla ocenianych technologii, w tym koszty podania i monitorowania skuteczności w zależności od kategorii refundacji (apteczna, program lekowy, chemioterapia).

Model uwzględnia możliwość przerwania leczenia na podstawie odnalezionych informacji o medianie czasu wolnego od progresji choroby (PFS) lub czasu do przerwania terapii (TTD) co jest istotne w przypadku części wskazań, o określonym czasie stosowania, a także jest zasadne dla chorób postępujących. Średni czas trwania leczenia określono na podstawie informacji zawartych w odpowiednich Charakterystykach Produktów Leczniczych (ChPL) oraz badaniach klinicznych.

Koszty leczenia określono na podstawie:

- dla leków:
 - danych z Centrum e-Zdrowia (leki dostępne w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych),
 - komunikat DGL dotyczący średniego kosztu rozliczenia wybranych substancji czynnych stosowanych w programach lekowych i chemioterapii za okres od stycznia 2018 r. do stycznia 2026 r.,
 - decyzji refundacyjnej R241028790(K)/78W z marca 2025 (dla leku Entyvio, wedolizumab),
 - średniego kosztu za opakowanie raportowanego w serwisie *GdziePoLek*,
 - zlecenia MZ ws. importu docelowego (dla leku Kuvan, sapropteryna) – OT.4211.10.2024,
 - informacji pochodzących z serwisu EURIPID.
- dla świadczeń podania i monitorowania skuteczności terapii:
 - Zarządzenie 43/2026/DGL z dnia 23.04.2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe,
 - Zarządzenie 44/2026/DGL z dnia 24.04.2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia,
 - W przypadku refundacji aptecznej przyjęto brak dodatkowego kosztu preskrypcji i oceny skuteczności.

7. Wskazanie kategorii refundacji

Dodatkowy element analizy stanowiła rekomendacja dotycząca właściwej kategorii dostępności refundacyjnej leku w danym wskazaniu.

Obowiązujące przepisy umożliwiają złożenie wniosku i uzyskanie refundacji w następujących trybach:

- jako dostępny w aptece na receptę:
 - w pełnym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń,
 - we wskazaniu określonym stanem klinicznym;
- jako stosowany w ramach programu lekowego;
- jako stosowany w ramach chemioterapii:

- w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń,
- we wskazaniu określonym stanem klinicznym.

W sytuacji, gdy koszty refundacji oraz ryzyko nadużywania technologii są relatywnie niskie, a prowadzenie terapii nie wymaga ścisłego definiowania i monitorowania, najbardziej adekwatną formą refundacji są kategorie:

- w aptece na receptę (zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 1), za odpłatnością ryczałtową lub 30% limitu, w pełnym zakresie zarejestrowanych wskazań bądź w określonym stanie klinicznym,
- w ramach katalogu chemioterapii, w całym zakresie zarejestrowanych wskazań lub w określonym stanie klinicznym.

Priorytetowym trybem dostępności refundacyjnej jest program lekowy w przypadku gdy:

- istnieje uzasadnione ryzyko nadużywania technologii lekowej, rozumiane jako stosowanie jej w szerszej populacji niż przewiduje wskazanie refundacyjne;
- roczne koszty refundacji technologii są relatywnie wysokie i porównywalne z kosztami generowanymi przez najdroższe cząsteczki w katalogu chemioterapii, a dodatkowo występuje niepewność co do liczebności populacji świadczeniobiorców;
- istnieje kliniczne uzasadnienie dla:
 - precyzyjnego określenia kryteriów kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii,
 - regularnego monitorowania efektów zdrowotnych oraz bezpieczeństwa leczenia, jak również raportowania tych danych w systemie SMPT,
 - definiowania kryteriów zakończenia terapii;
- terapia jest stosowana w chorobach rzadkich;
- możliwe jest wdrożenie instrumentów dzielenia ryzyka opartych na specyficznych punktach końcowych właściwych danej jednostce chorobowej.

Podczas oceny zwracano uwagę na zakres i zasadność oceny poszczególnych cząsteczko-wskazań zgodnie z trybem przewidzianym w art. 30a Ustawy o refundacji. Przepis ten ma zastosowanie do technologii medycznych dobrze udokumentowanych i stosowanych przez klinicystów, co wynika z brzmienia art. 30a ust. 1, tj. procedura obejmuje leki po wygaśnięciu wyłączności rynkowej, uwzględnione w wytycznych praktyki klinicznej.

Analizie podlegało także, czy dana cząsteczka była lub jest objęta wykazem leków refundowanych oraz w jakiej kategorii dostępności. W przypadku, gdy analizowana cząsteczka nigdy nie była umieszczona w wykazie leków refundowanych, oceniano kategorię refundacyjną technologii alternatywnych (innych leków rekomendowanych w wytycznych objętych refundacją).

W razie wątpliwości co do przypisania substancji czynnej do kategorii A, B lub C, Decydującą rolę przy ustalaniu kategorii (A,B,C) miała bieżąca sytuacja refundacyjna, tj. aktualna dostępność analizowanej cząsteczki lub alternatywnych technologii.

8. Kryteria oceny

Na podstawie zlecenia wyodrębniono 3 kryteria:

1. Efekt terapeutyczny – określony w oparciu o jakość dowodów i siłę zaleceń przedstawionych w wytycznych klinicznych.
2. Niezaspokojona potrzeba zdrowotna – określona w oparciu o dostępność do leczenia w ocenianych wskazaniach.
3. Wpływ na budżet płatnika.

Dla każdego z kryteriów określono kategorie oraz ich punktację i wagi. Przyjęto, że w każdej domenie możliwe będzie uzyskanie maksymalnie 1 punktu, w związku z czym maksymalna punktacja możliwa do uzyskania to 3 punkty.

W przypadku kategorii 1, z uwagi na uwzględnienie wytycznych o różnych poziomach jakości dowodów i siły zaleceń konieczne było przeprowadzenie mapowania opartego na definicji każdej z kategorii przedstawionej w analizowanych dokumentach (szczegóły: rozdz. **Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.**).

Ponadto w przypadku niektórych wskazań ze względu na brak możliwości oszacowania liczebności pacjentów w subpopulacjach, dla których zidentyfikowano różnice w sile zaleceń oraz poziomie dowodów, przedstawiono zakresy punktacji w domenie 1. oraz 2. W domenie 3. w przypadku rozbieżności w dawkowaniu przyjęto konserwatywnie wielkość maksymalną dawki. Tym samym punktacja w domenie wpływu na budżet, w przypadku braku adekwatnych danych w zakresie liczebności subpopulacji była przyznawana dla najwyższej wartości wpływu na budżet.

Na wykaz włączano jedynie te substancje dla których punkty uzyskane w domenach efekt terapeutyczny oraz niezaspokojona potrzeba zdrowotna były większe niż 0.

Ostateczna punktacja została ustalona na drodze konsensusu zespołu analitycznego Agencji. Przy przyznawaniu punktów i wag do kryteriów oceniających kierowano się maksymalizacją korzyści zdrowotnych przy racjonalnym wykorzystaniu zasobów finansowych. Wzięto pod uwagę kluczowe czynniki, m.in. istotność kliniczną, poziom dowodów naukowych, siłę zaleceń z wytycznych klinicznych, opinie ekspertów klinicznych oraz potencjalne koszty ponoszone przez płatnika publicznego. Zastosowane podejście miało na celu wypracowanie przejrzystych zasad oceny poszczególnych terapii.

Szczegóły przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 1. Zestawienie kryteriów oceny efektu terapeutycznego, potrzeby zdrowotnej i wpływu na budżet

Kryterium	Kategoria		Punktacja	Waga
Efekt terapeutyczny	Poziom dowódów: I, siła zaleceń: A		1	1
	Poziom dowódów: II siła zaleceń: A		0,9	1
	Poziom dowódów: III siła zaleceń: A		0,8	1
	Poziom dowódów: I siła zaleceń: B		0,7	1
	Poziom dowódów: II siła zaleceń: B		0,6	1
	Poziom dowódów: III, siła zaleceń: B		0,5	1
	Poziom dowódów: I siła zaleceń: C		0,4	1
	Poziom dowódów: II siła zaleceń: C		0,3	1
	Poziom dowódów: III siła zaleceń: C		0,2	1
	Brak siły zaleceń i dowodów		0,1	1
	Interwencja nie wymieniona lub niezalecana w wytycznych lub brak wytycznych dla danej jednostki chorobowej		0	1
Niezaspokojona potrzeba zdrowotna	Substancja czynna wskazana przez eksperta	TAK	1	0,5
		NIE	0	0,5
	Inna substancja czynna (co najmniej jedna) refundowana w danym wskazaniu o tożsamym celu terapeutycznym	TAK, jest refundowana substancja o wyższym poziomie zaleceń i sile dowodów	0	0,5
		TAK, jest refundowana substancja o tym samym poziomie zaleceń i sile dowodów	0,2	0,5
		TAK, jest refundowana substancja o niższym poziomie zaleceń i sile dowodów	0,7	0,5
		NIE	1	0,5

Kryterium	Kategoria		Punktacja	Waga
Wpływ na budżet płatnika Punkty w domenie przyznano na podstawie iloczynu A x B x C	A Oszacowane koszty – roczny koszt terapii ponoszony przez płatnika publicznego w populacji docelowej [zł]	>1 mld	0,2	1
		≥500 mln i <1 mld	0,4	1
		≥100 mln i <500 mln	0,6	1
		≥50 mln i <100 mln	0,8	1
		<50 mln	1	1
	B Źródło danych dla liczebności populacji	Dane NFZ odpowiadające populacji docelowej, która będzie stosowała daną substancję	1	1
		Zweryfikowane dane dla zbliżonej populacji na podstawie opracowań Agencji	0,9	1
		Oszacowania własne eksperta	0,8	1
		Dane NFZ w szerszej populacji	0,6	1
		Dane epidemiologiczne w szerszej populacji	0,4	1
	C Źródło danych dot. kosztów substancji czynnej	DGL	1	1
		Obwieszczenie MZ	0,8	1
		EURIPID	0,5	1
		Inne źródła	0,3	1

9. Przygotowanie wykazu

Wykaz został opracowany na podstawie szczegółowej weryfikacji cząsteczko-wskazań, obejmującej zestawienie substancji czynnych w określonych wskazaniach przekazanych przez ekspertów klinicznych wraz ze zleceniem Ministerstwa Zdrowia. Proces uwzględnił kryteria ustawowe i przebiegał etapowo. Niespełnienie któregośkolwiek z kryteriów skutkowało wyłączeniem z analizy.

W pierwszym etapie dokonano przeglądu wytycznych praktyki klinicznej. Na podstawie wskazań dotyczących poszczególnych substancji czynnych, przekazanych ze zleceniem, przeprowadzono wyszukiwanie odpowiednich wytycznych zgodnie z opisem w rozdziale *Analiza wytycznych klinicznych*.

Następnie zweryfikowano zgodność proponowanego cząsteczko-wskazania z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi w zakresie wskazania oraz linii leczenia, a także sprawdzono, czy wskazanie mieści się we wskazaniu zarejestrowanym na podstawie ChPL. W pierwszej kolejności analizowano ChPL produktów uwzględnionych w Obwieszczeniu MZ. Dodatkowo oceniono, czy substancja czynna jest stosowana dłużej niż 30 dni oraz zweryfikowano, czy wniosek został złożony w ocenianym wskazaniu na podstawie zasobów AOTMiT.

Dokonano także weryfikacji technologii lekowych pod kątem upłynięcia okresu wyłączności rynkowej (datę graniczną ustalono na 30 kwietnia 2026 r.) oraz potwierdzono dostępność produktów leczniczych będących lekami generycznymi lub biopodobnymi. Do tego celu wykorzystano analizę udostępnioną przez URPL wraz ze zleceniem MZ. W przypadku braku danych w załączniku URPL, przeprowadzono samodzielną analizę, opierając się na informacjach zamieszczonych na stronach URPL i EMA.

Ocenę poszczególnych cząsteczko-wskazań przeprowadzono w oparciu o kryteria przedstawione w rozdziale *Kryteria oceny*, natomiast wyniki punktowe zostały zamieszczone w dokumencie *Materiały analityczne*.

10. Źródła

Rekomendacje kliniczne	
ACG 2022	Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol. 2022 Jan 1;117(1):27-56. doi: 10.14309/ajg.0000000000001538. PMID: 34807007; PMCID: PMC8754510. ACG Clinical Guideline: Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease - PMC (dostęp: 10.04.2026 r.)
ESPGHAN/NASPGHAN 2024	Groen J, Gordon M, Chogle A, et al. ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for treatment of irritable bowel syndrome and functional abdominal pain-not otherwise specified in children aged 4–18 years. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2025;1-30. doi:10.1002/jpn3.7007. ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for treatment of irritable bowel syndrome and functional abdominal pain-not otherwise specified in children aged 4–18 years - Groen - 2025 - Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition - Wiley Online Library (dostęp: 10.04.2026 r.)
PTG 2022	Świdnicka-Siergiejko A., Marek T., Waśko-Czopnik D., Gąsiorowska A., Skrzydło-Radomańska B., Janiak M., Reguła J., Rydzewska G., Wallner G., Dąbrowski A.: Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w chorobie refluksowej przełyku. Konsensus Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii 2022. Med. Prakt., 2022; 6: 38–74 Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w chorobie refluksowej przełyku. Konsensus Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii – PTG-E (dostęp: 09.04.2026 r.)
PTG 2018	Pietrzak A., Skrzydło-Radomańska B., Mulak A., Lipiński M., Małecka-Panas E., Reguła J., Rydzewska G. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne w zespole jelita nadwrażliwego. Gastroenterology Rev 2018; 13 (4): 167–196. DOI: https://doi.org/10.5114/pg.2018.78343 . Wytyczne-IBS-pol-2018.pdf (dostęp: 09.04.2026 r.)
PTGiP 2022	Sieroszewski, P., Dorota Bomba-Opoń, D., Cnota, W., Droszdol-Cop, A., Gogacz, M., Grzesiak, M., Huras, H., Jakimiuk, A., Kaczmarek, P., Kwiatkowski, S., Mierzyński, R., Sawicki, W., Agnieszka Seremak-Mrozikiewicz, A., Stojko, R., Wielgoś, M., Wender-Ożegowska, E., Zimmer, M. and Konieczna, M., 2022, 'Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące diagnostyki leczenia niedoboru żelaza oraz niedokrwistości z niedoboru żelaza', Ginekologia i Perinatologia Praktyczna, vol. 7, no. 4, pp. 208–216, doi:10.5603/gipp.93106. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące diagnostyki leczenia niedoboru żelaza oraz niedokrwistości z niedoboru żelaza Sieroszewski Ginekologia i Perinatologia Praktyczna (dostęp: 09.04.2026 r.)
PTGiP 2020	Zimmer M., Sieroszewski P., Oszukowski P., Huras H., Fuchs T., Pawłosek A., Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące suplementacji u kobiet ciężarnych. Ginekol Pol. 2020;91(10): 644–653. doi: 10.5603/GP.2020.0159. 07.2020 - Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników Dotyczące Suplementacji U Kobiet Ciężarnych - 0 PDF (dostęp: 10.04.2026 r.)
PTG i PTCP 2015	Pietrzak, A., Bartnik, W., Szczepkowski, M., Krokowicz, P., Dziki, A., Reguła, J., & Wallner, G. (2015). Polski konsensus interdyscyplinarny dotyczący diagnostyki i leczenia choroby uchyłkowej okrężnicy (2015). Gastroenterologia Kliniczna. Postępy i Standardy, 7(1), 1–19. https://doi.org/10.5603/gek.42783 . Polski konsensus interdyscyplinarny dotyczący diagnostyki i leczenia choroby uchyłkowej okrężnicy (2015) Pietrzak Gastroenterologia Kliniczna. Postępy i Standardy (dostęp 10.04.2026 r.)
PTG i PTMR 2017	Hartleb, M., Simon, K., Lipiński, M., Drobniak, J., Woron, J., & Rydzewska, G. et al. (2017). Rekomendacje postępowania u chorych z zaburzeniami czynności wątroby i kamicą dróg żółciowych dla lekarzy POZ. Lekarz POZ, 3(4), 225-248. Pełny tekst: Rekomendacje postępowania u chorych z zaburzeniami czynności wątroby i kamicą dróg żółciowych dla lekarzy POZ, Marek Hartleb - Lekarz POZ 4/2017 (dostęp: 10.04.2026 r.)
SH-PTG 2025	Wunsch E., Socha P., Milkiewicz P., Cichoż-Lach H., Raszeja-Wyszomirska J., Litwin T., Członkowska A., Janik M., Kozłowska-Petriczko K., Hartleb M.: Postępowanie w chorobie Wilsona. Stanowisko Sekcji Hepatologicznej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii 2025. Med. Prakt., 2025; 7-8: 24–41, 61. Postępowanie w chorobie Wilsona. Stanowisko Sekcji Hepatologicznej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii – PTG-E (dostęp: 10.04.2026 r.)
UEG 2020	Wauters L, Dickman R, Drug V, et al. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. United European Gastroenterol J. 2021;9:307–331. https://doi.org/10.1002/ueg2.12061 (dostęp: 10.04.2026 r.)

Rekomendacje kliniczne	
INPDA 2018	Geberhiwot T. et al. International Niemann-Pick Disease Alliance (INPDA) Consensus clinical management guidelines for Niemann-Pick disease type C; Orphanet Journal of Rare Diseases (2018) 13:50 https://doi.org/10.1186/s13023-018-0785-7
CETG PNDS 2025	Camou et al. French national diagnosis and care protocol (Protocole National De Diagnostic et de Soins; PNDS): Gaucher disease; Committee for the Evaluation and Treatment of Gaucher Disease; Orphanet Journal of Rare Diseases (2025) 20:542 https://doi.org/10.1186/s13023-025-03980-1
PSS NOS 2022	Jarząb B. et al. Diagnosis and treatment of thyroid cancer in adult patients — Recommendations of Polish Scientific Societies and the National Oncological Strategy. 2022 Update; Endokrynologia Polska; DOI: 10.5603/EP.a2022.0028; ISSN 0423–104X, e-ISSN 2299–8306; Vol./Tom 73; Nr 2/2022
PTOK 2022	Cichoż-Lach H. Wytoczne postępowania diagnostyczno--terapeutycznego w raku wątrobowokomórkowym; Onkol Prakt Klin Edu 2022; 8, 2: 81–124
ESPKU 2017	Van Wegberg et al. The complete European guidelines on phenylketonuria: diagnosis and treatment; Orphanet Journal of Rare Diseases (2017) 12:162 DOI 10.1186/s13023-017-0685-2
EASL 2016	EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. J Hepatol (2016), http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2016.03.00
EASL 2017	EASL Clinical Practice Guidelines: The diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis; Journal of Hepatology 2017 vol. 67 j 145–172
EASL 2022	EASL Clinical Practice Guidelines on sclerosing cholangitis. Journal of Hepatology 2022 vol. 77 j 761–806
PTG KK 2023	Eder P. et al. Guidelines for the management of ulcerative colitis. Recommendations of the Polish Society of Gastroenterology and the Polish National Consultant in Gastroenterology. Gastroenterology Rev 2023; 18 (1): 1–42. DOI: https://doi.org/10.5114/pg.2023.125882 .
Pozostałe publikacje	
43/2026/DGL	Zarządzenie 43/2026/DGL z dnia 23.04.2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe
44/2026/DGL	Zarządzenie 44/2026/DGL z dnia 24.04.2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia
OT.4211.10.2024	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Kuvan (sapropterinum) we wskazaniach: nietypowa postać fenylketonurii – niedobory tetrahydrobiopteryny (BH4), w tym defekt syntazy 6- pirogronilotetrahydrobiopteryny (6- PTPS), deficyt cyklohydrolazy guanozynotrójfosforanu (GTP-CH) Opracowanie na potrzeby oceny zasadności wydawania zgody na refundację. Raport OT.4211.10.2024

Załącznik 1. Uwzględnione wytyczne kliniczne – siła zaleceń

1. Rekomendacje PTG 2018 - Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne w zespole jelita nadwrażliwego

Poziomy jakości dowodów naukowych

Wysoka - Jedno lub więcej wysokiej jakości, dobrze przeprowadzonych badań z randomizacją i grupą kontrolną (RCT), które dają spójne i umożliwiają bezpośrednie wykorzystanie wyniki. To oznacza, że dalsze badania w sposób bardzo mało prawdopodobny wpłyną na oszacowany efekt

Umiarkowana - Badania RCT, ale obarczone ważnymi ograniczeniami (tj. stronicza ocena efektu leczenia, duża strata pacjentów w trakcie obserwacji, brak zaślepienia, niewyjaśniona niejednorodność), pośrednie dowody pochodzące z podobnych (ale nie identycznych) populacji badanych oraz badania o bardzo małej liczbie pacjentów lub obserwowanych zdarzeń (punktów końcowych). Ponadto istnieją dowody z dobrze zaprojektowanych kontrolowanych badań bez randomizacji, z dobrze przygotowanych badań analitycznych kohortowych lub kliniczno-kontrolnych oraz z wielu serii przypadków z interwencją lub bez interwencji. To oznacza, że dalsze badania mogą prawdopodobnie mieć ważny wpływ na oszacowany efekt i mogą go zmienić

Niska - Badania obserwacyjne, typowo o niskiej jakości ze względu na ryzyko wystąpienia błędów. To oznacza, że dalsze badania prawie na pewno będą miały istotny wpływ na oszacowany efekt i najprawdopodobniej go zmienią

Bardzo niska - Dowody są sprzeczne, niskiej jakości lub z brakiem wyników, w związku z tym bilans korzyści i ryzyka nie może być ustalony. To oznacza, że każdy oszacowany efekt jest bardzo niepewny jako dowód lub wręcz jest niedostępny lub nie pozwala na wyciągnięcie wniosków

Kategorie rekomendacji

Silne - Korzyści wyraźnie przewyższają ryzyko i obciążenie lub vice versa. Zazwyczaj w rekomendacjach zalecenie formułowane jako „rekomendujemy”

Słabe - Korzyści ściśle zrównoważone z ryzykiem i obciążeniem. Zazwyczaj w rekomendacjach zalecenie formułowane jako „sugerujemy”

2. Konsensus PTG 2022 – Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w chorobie refluksowej przełyku

Poziomy jakości dowodów naukowych

A - wysoka (dane oparte na metaanalizach i na badaniach klinicznych z randomizacją)

B - średnia (dane oparte na badaniach klinicznych i badaniach obserwacyjnych)

C - niska (dane oparte głównie na opinii ekspertów) 1a - Dowody uzyskane w oparciu o metaanalizę randomizowanych badań klinicznych

Kategorie rekomendacji

I - akceptacja bez zastrzeżeń

II - akceptacja z pewnym zastrzeżeniem

III - akceptacja z poważnym zastrzeżeniem

IV - odrzucenie z pewnym zastrzeżeniem

V - odrzucenie w całości

3. Wytyczne PTGiP 2020 – Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące suplementacji u kobiet ciężarnych

Poziomy jakości dowodów naukowych

Brak informacji

Kategorie rekomendacji

Brak informacji

4. Rekomendacje PTGiP 2022 - Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące diagnostyki leczenia niedoboru żelaza oraz niedokrwistości z niedoboru żelaza

Siła rekomendacji:

Brak informacji

Poziom powodów:

Brak informacji

5. Wytyczne PTG i PTCP 2015 – Polski konsensus interdyscyplinarny dotyczący diagnostyki i leczenia choroby uchyłkowej okrężnicy

Siła rekomendacji:

Brak informacji

Poziom powodów:

Brak informacji

6. Wytyczne PTG i PTMR 2017 – Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Rekomendacje postępowania u chorych z zaburzeniami czynności wątroby i kamicią dróg żółciowych dla lekarzy POZ nadczynność tarczycy/ przygotowanie do zabiegu wycięcia tarczycy

Sila rekomendacji:

Brak informacji

Poziom powodów:

Brak informacji

7. Stanowisko SH-PTG 2025 - Postępowanie w chorobie Wilsona. Stanowisko Sekcji Hepatologicznej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii 2025

Sila rekomendacji:

Brak informacji

Poziom powodów:

Brak informacji

8. ESPGHAN/NASPGHAN 2024 - Wytyczne ESPGHAN/NASPGHAN dotyczące leczenia zespołu jelita drażliwego oraz funkcjonalnego bólu brzucha – nie określone inaczej u dzieci w wieku 4–18 lat

Poziomy jakości dowodów naukowych

⊖⊖⊖⊖ – bardzo niska jakość dowodów - Nie można wyciągnąć żadnych wniosków

⊖⊖⊖⊕ – niska jakość dowodów - Oszacowany efekt może odpowiadać rzeczywistemu efektowi

⊖⊖⊕⊕ – umiarkowane dowody - Oszacowany efekt prawdopodobnie odpowiada rzeczywistemu efektowi.

⊖⊕⊕⊕ – wysoka jakość dowodów - Oszacowany efekt odpowiada rzeczywistemu efektowi.

Kategorie rekomendacji

Silna rekomendacja Za - korzyści wyraźnie przewyższają szkody

Rekomendacja warunkowa Za - Korzyści prawdopodobnie przewyższają uogólnione szkody/ wątpliwości konkretnych rozważań

Rekomendacja warunkowa Przeciwno - Szkody mogą przeważać nad korzyściami

Silna rekomendacja Przeciwno - Szkody zdecydowanie przewyższają korzyści rekomendowane.

9. Wytyczne UEG 2020 – Konsensus Zjednoczonej Europejskiej Gastroenterologii (UEG) oraz Europejskiego Towarzystwa Neurogastroenterologii i Motoryki Przewodu Pokarmowego (ESNM) dotyczący dyspepsji czynnościowej poronienia nawykowe

Poziomy jakości dowodów naukowych

A – Wysoka jakość dowodów (High)

Dalsze badania są bardzo mało prawdopodobne, aby zmieniły nasze zaufanie do oszacowania efektu.

Kilka badań wysokiej jakości o spójnych wynikach

W szczególnych przypadkach: jedno duże, wysokiej jakości, wielośrodkowe badanie kliniczne

B – Umiarkowana jakość dowodów (Moderate)

Dalsze badania prawdopodobnie będą miały istotny wpływ na nasze zaufanie do oszacowania efektu i mogą zmienić jego wartość.

Jedno badanie wysokiej jakości

Kilka badań z pewnymi ograniczeniami

C – Niska jakość dowodów (Low)

Dalsze badania z dużym prawdopodobieństwem będą miały istotny wpływ na nasze zaufanie do oszacowania efektu i prawdopodobnie zmienią jego wartość.

Jedno lub więcej badań z poważnymi ograniczeniami

D – Bardzo niska jakość dowodów (Very low)

Jakiegokolwiek oszacowanie efektu jest bardzo niepewne.

Opinia ekspertów

Brak bezpośrednich dowodów naukowych

Jedno lub więcej badań z bardzo poważnymi ograniczeniami

Kategorie rekomendacji

A+ – zdecydowana zgoda

A – zgoda z drobnymi zastrzeżeniami

A- – zgoda z istotnymi zastrzeżeniami

D- – niezgoda z drobnymi zastrzeżeniami

D – niezgoda z istotnymi zastrzeżeniami

D+ – zdecydowana niezgoda

10. Wytyczne ACG 2022 – Wytyczne kliniczne Amerykańskiego Kolegium Gastroenterologii (ACG): wytyczne dotyczące rozpoznawania i leczenia choroby refluksowej przełyku

Poziomy jakości dowodów naukowych

Wysoka - Jesteśmy bardzo pewni oszacowanego efektu; wyniki wiarygodnie wspierają daną rekomendację.

Umiarkowana - Pewność jest dobra, ale możliwe są pewne ograniczenia; dalsze badania mogą wpłynąć na oszacowanie efektu.

Niska - Zaufanie do oszacowanego efektu jest ograniczone; kolejne badania prawdopodobnie zmienią wnioski.

Bardzo niska - Mamy bardzo małą pewność co do efektu; dowody są niewystarczające, aby solidnie wesprzeć rekomendację.

Kategorie rekomendacji

Silna - Zdecydowanie zaleca się dane postępowanie; korzyści wyraźnie przeważają nad ryzykiem.

Warunkowa - Zalecenie jest ostrożne; decyzja może zależeć od indywidualnych okoliczności pacjenta lub systemu ochrony zdrowia.

11. Wytyczne PTG KK 2023 – umiarkowane lub ciężkie czynne przewlekłe zapalenie błony śluzowej zbiornika jelitowego; wrzodziejące zapalenie jelita grubego

Poziomy jakości dowodów naukowych

Wysoka - Dostępne jest jedno lub więcej wysokiej jakości, dobrze przeprowadzonych badań z randomizacją i grupą kontrolną (randomized controlled trials – RCT), które dają spójne i umożliwiające bezpośrednie wykorzystanie wniosków. To oznacza, że dalsze badania w sposób bardzo mało prawdopodobny wpłyną na oszacowany efekt;

Umiarkowana - Dostępne są badania RCT, ale obciążone ważnymi ograniczeniami, takimi jak stronnictwo ocena efektu leczenia, duża strata pacjentów w trakcie obserwacji, brak zaślepienia, niewyjaśniona niejednorodność, pośrednie wnioskowanie odnoszące się do podobnych (ale nie identycznych) populacji badanych, badania przeprowadzone na bardzo małej liczbie pacjentów lub uwzględniające niewielką liczbę zdarzeń (punktów końcowych). Ponadto istnieją dowody z dobrze zaprojektowanych kontrolowanych badań bez randomizacji, z dobrze przygotowanych badań analitycznych kohortowych lub kliniczno-kontrolnych oraz z wielu serii przypadków z interwencją lub bez interwencji. To oznacza, że dalsze badania mogą prawdopodobnie mieć ważny wpływ na oszacowany efekt i mogą go zmienić;

Niska - Badania obserwacyjne, typowo o niskiej jakości, ze względu na ryzyko wystąpienia błędów. To oznacza, że dalsze badania prawie na pewno będą miały istotny wpływ na oszacowany efekt i najprawdopodobniej go zmienią;

Bardzo niska - Dowody są sprzeczne, niskiej jakości lub z brakiem wyników, w związku z tym bilans korzyści i ryzyka nie może być ustalony. To oznacza, że każdy oszacowany efekt jest bardzo niepewny jako dowód lub wręcz jest niedostępny lub nie pozwala na wyciągnięcie wniosków.

Kategorie rekomendacji

Silne - Korzyści wyraźnie przewyższają ryzyko i obciążenia lub vice versa. Zazwyczaj w rekomendacjach zalecenie formułowane jako „rekomendujemy” lub „zalecamy”;

Słabe - Korzyści ściśle zrównoważone ryzykiem i obciążeniem. Zazwyczaj w rekomendacjach zalecenie formułowane jako „sugerujemy”.

12. Wytyczne EASL 2016 – Rozpuszczanie cholesterolowych kamieni żółciowych

Poziomy jakości dowodów naukowych

A- dowody wysokiej jakości: dalsze badania z bardzo małym prawdopodobieństwem zmienią zaufanie do oszacowania efektu (badania randomizowane lub podwójnie „podwyższone” badania obserwacyjne);

B- dowody umiarkowanej jakości: dalsze badania prawdopodobnie będą miały istotny wpływ na zaufanie do oszacowania efektu i mogą zmienić to oszacowanie (badania randomizowane obniżone jakościowo lub badania obserwacyjne wyższej jakości);

C-dowody niskiej jakości: dalsze badania z bardzo dużym prawdopodobieństwem będą miały istotny wpływ na zaufanie do oszacowania efektu i prawdopodobnie zmienią to oszacowanie (badania obserwacyjne lub badania randomizowane obniżone o dwa poziomy);

D-dowody bardzo niskiej jakości: wysoka niepewność co do oszacowania efektu (serie przypadków/opisy przypadków, badania obserwacyjne niskiej jakości, badania randomizowane obniżone o trzy poziomy).

Kategorie rekomendacji

Silna - rekomendacja wydawana, gdy istnieje pewność co do różnych czynników określających siłę rekomendacji i większość lub wszystkie osoby w odpowiedniej populacji odniosą korzyść z zastosowania się do rekomendacji;

Słaba - rekomendacja jest wydawana, gdy istnieje niepewność co do różnych czynników określających siłę rekomendacji.

13. Wytyczne EASL 2017 – choroby wątroby o różnej etiologii

Poziomy jakości dowodów naukowych

I Randomizowane badania kontrolowane (RCT)

II-1 Badania kontrolowane bez randomizacji

II-2 Badania kohortowe lub kliniczno-kontrolne (case-control), analityczne

II-3 Wielokrotne szeregi czasowe, spektakularne eksperymenty bez grupy kontrolnej

III Opinie uznanych ekspertów, epidemiologia opisowa

Kategorie rekomendacji

- 1 - silna - Czynniki wpływające na siłę rekomendacji obejmują jakość dowodów, przewidywane istotne dla pacjenta wyniki oraz koszty.
 2 - słaba- Występuje zmienność preferencji i wartości lub większa niepewność. Rekomendacja jest wydawana przy mniejszej pewności, wyższych kosztach lub większym zużyciu zasobów.

14. Wytyczne EASL 2022 – Pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych ((ang. Primary sclerosing cholangitis, PSC)

Poziomy jakości dowodów naukowych

- I Przeglądy systematyczne z uwzględnieniem RCTs (homogenność badań)
 II RCT lub badania obserwacyjne potwierdzające siłę interwencji; przeglądy systematyczne badań niższej jakości (tj. nierandomizowanych, retrospektywnych)
 III Nierandomizowane badanie kohortowe/badanie follow-up/ramię kontrolne randomizowanego badania (przegląd systematyczny uznaje się za lepsze źródło informacji niż badanie pierwotne)
 IV Badania serii przypadków, badania kliniczno-kontrolne lub badania z historyczną grupą kontrolą (przegląd systematyczny uznaje się za lepsze źródło informacji niż badanie pierwotne)
 V Opinia eksperta (wnioskowanie na podstawie mechanizmów działania leków)

Kategorie rekomendacji

- 1 - silna - Sformułowanie: musi, powinien, powinien, jest zalecane, nie powinien, nie powinien, nie jest zalecane (Dowody, spójność badań, stosunek ryzyka do korzyści, preferencje pacjenta, zobowiązania etyczne, wykonalność)
 2 - słaba- Sformułowanie: można, można rozważyć, jest sugerowane.
 3-otwarta - Sformułowanie: może nie, nie jest to sugerowane.

15. Wytyczne ESPKU 2017 –hiperfenyloalaninemia (ang. HPA) u dorosłych i dzieci chorujących na fenylketonurię (ang. PKU) hiperfenyloalaninemia (HPA) u dorosłych i dzieci w każdym wieku z niedoborem tetrahydrobiopteryny (ang. BH4)

Poziomy jakości dowodów naukowych

- 1++ Wysokiej jakości metaanalizy, przeglądy systematyczne RCT lub randomizowane badania kontrolowane (RCT) z bardzo niskim ryzykiem błędu systematycznego.
 1+ Dobrze przeprowadzone metaanalizy, przeglądy systematyczne lub RCT z niskim ryzykiem błędu systematycznego.
 1- Metaanalizy, przeglądy systematyczne lub RCT z wysokim ryzykiem błędu systematycznego.
 2++ Wysokiej jakości przeglądy systematyczne badań kliniczno-kontrolnych lub kohortowych lub wysokiej jakości badania kliniczno-kontrolne albo kohortowe z bardzo niskim ryzykiem czynników zakłócających (confounding) lub błędu systematycznego oraz wysokim prawdopodobieństwem zależności przyczynowej.
 2+Dobrze przeprowadzone badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z niskim ryzykiem czynników zakłócających lub błędu systematycznego oraz umiarkowanym prawdopodobieństwem zależności przyczynowej.
 2-Badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z wysokim ryzykiem czynników zakłócających lub błędu systematycznego oraz istotnym ryzykiem, że zależność nie jest przyczynowa.
 3 Badania nieanalityczne, np. opisy przypadków, serie przypadków.
 4 Opinia ekspertów.

Kategorie rekomendacji

- A Co najmniej jedna metaanaliza, przegląd systematyczny lub RCT ocenione jako 1++, bezpośrednio odnoszące się do populacji docelowej; lub zbiór dowodów oparty głównie na badaniach ocenionych jako 1+, bezpośrednio odnoszących się do populacji docelowej i wykazujących ogólną spójność wyników.
 B Zbiór dowodów obejmujący badania ocenione jako 2++, bezpośrednio odnoszące się do populacji docelowej i wykazujące ogólną spójność wyników; lub ekstrapolacja dowodów z badań ocenionych jako 1++ lub 1+.
 C Zbiór dowodów obejmujący badania ocenione jako 2+, bezpośrednio odnoszące się do populacji docelowej i wykazujące ogólną spójność wyników; lub ekstrapolacja dowodów z badań ocenionych jako 2+.
 D Dowody poziomu 3 lub 4; lub ekstrapolacja dowodów z badań ocenionych jako 2+.
 Good practice points (GPP) - Zalecenia dobrej praktyki oparte na doświadczeniu klinicznym grupy opracowującej wytyczne.

16. Wytyczne INPDA 2018 –choroba Niemann-Picka typu C

Poziomy jakości dowodów naukowych

- A - Wysoka jakość dowodów; Dalsze badania najprawdopodobniej nie zmienią zaufania do oszacowanego efektu. Spójne dowody z randomizowanych badań kontrolowanych (RCT) bez istotnych ograniczeń lub wyjątkowo silne dowody z badań obserwacyjnych.
 B - Umiarkowana jakość dowodów; Dalsze badania prawdopodobnie będą miały istotny wpływ na zaufanie do oszacowanego efektu i mogą zmienić jego wartość. Dowody z RCT z istotnymi ograniczeniami (niespójne wyniki, błędy metodologiczne, pośredniość lub nieprecyzyjność) albo bardzo silne dowody z badań obserwacyjnych.
 C - Niska jakość dowodów; Dalsze badania z dużym prawdopodobieństwem będą miały istotny wpływ na zaufanie do oszacowanego efektu i prawdopodobnie zmienią jego wartość. Dowody dla co najmniej jednego kluczowego punktu końcowego pochodzą z badań obserwacyjnych, serii przypadków lub z RCT z poważnymi ograniczeniami, albo są to dowody pośrednie lub konsensus ekspertów.

Kategorie rekomendacji

- 1 - Silna – Rekomendacja może być stosowana u większości pacjentów w większości sytuacji klinicznych.
 2 - Słaba - Najlepsze postępowanie może się różnić w zależności od okoliczności lub wartości i preferencji pacjenta albo społeczeństwa. Inne alternatywy mogą być równie uzasadnione.

17. Wytyczne CETG PNDS 2025 – łagodna i umiarkowana choroba Gauchera typu I

Poziomy jakości dowodów naukowych

Brak informacji

Kategorie rekomendacji

Brak informacji

18. Wytyczne PTOK 2022 – zaawansowany lub nieoperacyjny rak wątrobowokomórkowy

Poziomy jakości dowodów naukowych

I — Dowody pochodzące z prawidłowo zaplanowanych i przeprowadzonych badań klinicznych z losowym doбором chorych lub metaanalizy badań klinicznych z randomizacją

II — Dowody pochodzące z prawidłowo zaplanowanych i przeprowadzonych prospektywnych badań obserwacyjnych (badania kohortowe bez losowego doboru)

III — Dowody pochodzące z retrospektywnych badań obserwacyjnych lub kliniczno-kontrolnych

IV — Dowody pochodzące z doświadczeń uzyskanych w klinicznej praktyce i/lub opiniach ekspertów

Kategorie rekomendacji

A — Wskazania potwierdzone jednoznacznie i bezwzględnie użyteczne w klinicznej praktyce

B — Wskazania prawdopodobne i potencjalnie użyteczne w klinicznej praktyce

C — Wskazania określone indywidualnie

19. Wytyczne PSS NOS 2022 - postępujący, miejscowo zaawansowany lub przerzutowy zróżnicowany rak tarczycy oporny na leczenie jodem

Poziomy jakości dowodów naukowych

I - Dowody pochodzące z co najmniej jednego dużego randomizowanego badania kontrolowanego o dobrej jakości metodologicznej (niskie ryzyko błędu systematycznego) lub z metaanalizy dobrze zaprojektowanych badań randomizowanych bez istotnej heterogeniczności.

II - Małe badania randomizowane lub duże badania randomizowane z podejrzeniem błędu systematycznego (niższa jakość metodologiczna) albo metaanalizy takich badań, lub badań wykazujących istotną heterogeniczność.

III - Prospektywne badania kohortowe.

IV - Retrospektywne badania kohortowe lub badania kliniczno-kontrolne.

V - Badania bez grupy kontrolnej, opisy przypadków, opinie ekspertów.

Kategorie rekomendacji

1 - Rekomendacja oparta na dowodach wysokiej jakości oraz jednomyślnym lub wysokim poziomie konsensusu wśród grupy ekspertów.

2A - Rekomendacja oparta na dowodach niższej jakości oraz jednomyślnym lub wysokim poziomie konsensusu wśród grupy ekspertów.

2B - Rekomendacja oparta na dowodach niższej jakości oraz umiarkowanym poziomie konsensusu wśród grupy ekspertów.

3 - Rekomendacja oparta na dowodach dowolnej jakości, w przypadku której grupa ekspertów nie osiągnęła konsensusu.

Załącznik 2. Mapowanie wytycznych klinicznych

Tabela 2. Zestawienie siły zaleceń w wytycznych klinicznych z przyjętą punktacją

Poziom dowodów i siła zaleceń	Wartości punktowe	PSS NOS 2022	ACG 2022	PTO K 2022	PTGi P 2020	PTGi P 2022	ESPKU 2017	PTG i PTM R 2017	UEG 2020	ESPGHAN/NASPGHAN 2025	INPDA 2018	EASL 2016	EASL 2017	EASL 2022	CET G PND S 2025	PTG I PTCP 2015	PTG 2018	PTG 2022	PTG KK 2023	SH-PTG 2025
Poziom dowodów: I siła zaleceń : A	1	I/1	Wysoka/silne	I A	-	-	1++/A	-	A/A+	Wysoka/Silna rekomendacja za	A/1(silna)	A/silna	I/1	I-II/silna	-	-	Wysoka/silne	A/I	Wysoki/Silna	-
Poziom dowodów: II siła zaleceń : A	0,9	II-III/1	Umiarkowana/silne	II-III A	-	-	1+/A	-	B/A+	Umiarkowana/Silna rekomendacja za	B/1(silna)	B-C/silna	II-1/1 II-2/1 II-3/1	III-IV/silna	-	-	Umiarkowana/silne	B/I	Umiarkowany-niski/silna	-
Poziom dowodów: III siła zaleceń : A	0,8	IV-V/1	niskie/silne bardzo niskie/silne	IV A	-	-	1-/A	-	C/D/A+	niskie/silne bardzo niskie/ Silna rekomendacja za	C/1(silna)	D/silna	III/1	V/silna	-	-	niskie/silne bardzo niskie/silne	C/I	bardzo niski/silna	-
Poziom dowodów: I siła zaleceń : B	0,7	I/2A I/2B	-	I B	-	-	1++/B 1+/B	-	A/A	-	-	-	-	-	-	-	-	A/II	-	-
Poziom dowodów: II siła zaleceń : B	0,6	II-III/2A II-III/2B	-	II-III B	-	-	2++/B 2+/B	-	B/A	-	-	-	-	-	-	-	-	B/II	-	-
Poziom dowodów: III siła zaleceń : B	0,5	IV-V/2A IV-V/2B	-	IV B	-	-	-	-	C/A	-	-	-	-	-	-	-	-	C/II	-	-
Poziom dowodów: I siła zaleceń : C	0,4	I/3	Wysoka/Warunkowa	I C	-	-	-	-	A/A-	Wysoka/Warunkowa rekomendacja za	A/2(słaba)	A/słaba	I/2	I-II/słaba	-	-	Wysoka/Słabe	A/III	Wysoki/słaba	-
Poziom dowodów: II siła zaleceń : C	0,3	II-III/3	Umiarkowana/Warunkowa	II-III C	-	-	2++/C 2+/C	-	B/A-	Umiarkowana/Warunkowa rekomendacja za	B/2(słaba)	B-C/słaba	II-1/2 II-2/2 II-3/2	III-IV/słaba	-	-	Umiarkowana/słabe	B/III	umiarkowana/niska/słaba	-
Poziom dowodów: III siła zaleceń : C	0,2	IV-V/3	niskie/warunkowa bardzo niskie/Warunkowa	IV C	-	-	2-/D 3/D 4/D GPP	-	C/A-	niskie/Warunkowa rekomendacja za	C/2(słaba)	D/słaba	III/2	V/słaba	-	-	niskie/słabe bardzo niskie/słabe	C/III	Bardzo niskie/słaba	-

Poziom dowodów i siła zaleceń	Wartości punktowe	PSS NOS 2022	ACG 2022	PTO K 2022	PTGi P 2020	PTGi P 2022	ESPKU 2017	PTG i PTM R 2017	UEG 2020	ESPGHAN/NASPGHAN 2025	INPDA 2018	EASL 2016	EASL 2017	EASL 2022	CET G PND S 2025	PTG I PTCP 2015	PTG 2018	PTG 2022	PTG KK 2023	SH-PTG 2025
Brak siły zaleceń i dowodów	0,1		-		Brak siły zaleceń i dowodów	Brak siły zaleceń i dowodów	-	Brak siły zaleceń i dowodów	-	-		-			Brak siły zaleceń i poziomów dowodów naukowych	Brak siły zaleceń i dowodów	-			Brak siły zaleceń i dowodów
Terapia niezalecana	0		-		-	-		-	A;B;C ;D/D- ,D,D+	Wysoka; umiarkowana; niska; bardzo niska/Warunkowa rekomendacja przeciw; silna rekomendacja przeciw		-		I-V/silna -otwarta		-	-	A;B;C /IV A;B;C /V		-