



**Stanowisko Rady Przejrzystości
nr 119/2026 z dnia 24 sierpnia 2026 roku
w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej
„Oznaczenie osmolalności moczu” jako świadczenia gwarantowanego**

Rada Przejrzystości uznaje za niezasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Oznaczenie osmolalności moczu” jako odrębnego świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Celem opinii jest ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej pn. oznaczenie osmolalności moczu jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w populacji pacjentów z zakresu endokrynologii i diabetologii dziecięcej z zaburzeniami równowagi wodno-elektrolitowej, obejmującej rozpoznania ICD-10: D44.3, E10.1-E10.9, E11.1-E11.9, E13.1, E14, E22.2, E23.0, E23.2, E23.6, E26.0, E26.1, E26.8, E26.9, E27.1, E27.2, E27.3, E27.4, E27.9, E31.0, E34.3, E34.8, E34.9, E86, E87.0, E87.1, E87.7, E87.8, E89.3, N17, N18.1-N18.9, N25.1, N39.8, R35, R63.1, R73.9. Populację docelową stanowią dzieci i młodzież wymagająca diagnostyki lub monitorowania zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej, w szczególności dzieci z podejrzeniem moczówki prostej, poliurią, polidypsją oraz zaburzeniami stężenia sodu. Populacja obejmuje również pacjentów z rozpoznaną moczówką prostą wymagających monitorowania leczenia oraz dzieci z chorobami nerek i innymi schorzeniami przebiegającymi z zaburzeniami zdolności zagęszczania moczu.

Oznaczenie osmolalności moczu stanowi podstawowy element diagnostyki różnicowej tych schorzeń, umożliwia ocenę zdolności nerek do zagęszczania moczu, co pozwala na szybkie różnicowanie między pierwotną polidypsją, niedoborem wazopresyny, diurezą osmotyczną, a zaburzeniami cewek nerkowych. W większości przypadków oznaczenie osmolalności moczu, często w połączeniu z oznaczeniem osmolalności surowicy oraz stężeniem sodu, umożliwia postawienie wstępnego rozpoznania i kwalifikację do dalszej diagnostyki bez konieczności hospitalizacji. U wielu pacjentów oznaczenie osmolalności moczu pozwala uniknąć WDT wykonywanego w warunkach

szpitalnych, który jest badaniem obciążającym i wymaga całodobowego nadzoru medycznego.

Obecnie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.2016 poz. 357 z późn. zm.) w załączniku nr 2 „wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych oraz warunki ich realizacji” w sekcji E. Chemia kliniczna znajduje się świadczenie N25 Osmolarność.

Osmolarność i osmolalność jako parametry opisujące stężenie cząstek osmotycznie czynnych w roztworze są wartościami pokrewnymi, lecz nie są tożsame:

- osmolalność – określa liczbę osmoli przypadających na kilogram rozpuszczalnika i jest wyrażana w mOsm/kg H₂O, natomiast
- osmolarność – określa liczbę osmoli zawartych w litrze roztworu i wyrażana jest w mOsm/L.

Z fizjologicznego punktu widzenia bardziej miarodajnym parametrem jest osmolalność, odnosząca się do liczby rozpuszczonych cząsteczek w przeliczeniu na masę wody (mOsm/kg H₂O), która determinuje przemieszczanie się wody pomiędzy przestrzenią wewnątrz- i zewnątrzkomórkową. Odniesienie do kilograma wody (osmolalność, mOsm/kg H₂O) ma istotne znaczenie, ponieważ w przeciwieństwie do osmolarności wyrażanej w mOsm/L, nie jest zależne od objętości roztworu ani jego zawartości wody, co pozwala na bardziej miarodajne porównywanie roztworów o różnym składzie i zawartości wody. Z tego względu stosowanie osmolalności (mOsm/kg H₂O) zamiast osmolarności (mOsm/L) jest preferowane w praktyce klinicznej, ponieważ pozwala uniknąć niejednoznaczności podczas porównywania roztworów o różnej zawartości wody. Osmolalność odnosi się do masy rozpuszczalnika, nie zależy od zmian objętości wywołanych wahaniami temperatury czy ciśnienia. Z tego względu jest uznawana za dokładniejszy parametr oceny właściwości osmotycznych płynów ustrojowych. Osmolalność należy do właściwości koligatywnych roztworów, co oznacza, że zależy od całkowitej liczby cząstek rozpuszczonych, a nie od ich rodzaju, masy czy właściwości chemicznych. W praktyce laboratoryjnej najczęściej oznacza się i raportuje osmolalność moczu, którą można wyznaczać bezpośrednio przy użyciu osmometrów, najczęściej metodą obniżenia temperatury krzepnięcia. Natomiast osmolarność jest najczęściej wartością obliczaną na podstawie stężeń substancji osmotycznie czynnych, głównie sodu, mocznika i glukozy.

Badanie obejmujące oznaczenie osmolalności moczu było przedmiotem wcześniejszych analiz AOTMiT przeprowadzonych w ramach projektu Ministra Zdrowia „Odwrócona Piramida Świadczeń”. W opracowaniach z 2025 r.,

dotyczących nowych świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia chorób układu dokrewnego w ramach AOS, oceniono zasadność ich finansowania w oparciu o analizę wytycznych klinicznych, dostępności świadczeń gwarantowanych oraz obowiązujących zasad finansowania. Wyniki analiz wskazały na zasadność uwzględnienia tego badania w dalszym procesie opiniowania i poddanie ocenie zasadności jego włączenia do wykazu świadczeń gwarantowanych w ramach AOS, zgodnie z założeniami projektu „Odwrócona Piramida Świadczeń”.

Dowody naukowe

W ramach systematycznego przeglądu baz informacji medycznej, ograniczonego do lat 2015–2026, odnaleziono 1 retrospektywne badanie obserwacyjne (Sousa 2025), oceniające wartość diagnostyczną osmolalności moczu u dzieci i młodzieży z podejrzeniem zespołu poliurii-polidypsji.

Wyniki badania Sousa 2025 wskazują, że oznaczenie osmolalności moczu stanowi wartościowy element diagnostyki zespołu poliurii-polidypsji u dzieci i młodzieży. Odpowiednio dobrane wartości odcięcia wyjściowej oraz maksymalnej osmolalności moczu uzyskały wysokie parametry diagnostyczne, umożliwiając różnicowanie zaburzeń wydzielania lub działania argininowazopresyny od pierwotnej polidypsji. Ponadto wykazano, że wyjściowa osmolalność moczu >279 mOsm/kg H_2O oraz maksymalna osmolalność moczu >533 mOsm/kg H_2O mogą wiarygodnie wykluczyć zaburzenia wydzielania lub działania argininowazopresyny, co może potencjalnie ograniczyć konieczność wykonywania pełnego WDT lub umożliwić jego wcześniejsze zakończenie.

Oznaczenie osmolalności moczu stanowi badanie laboratoryjne powszechnie wykorzystywane w praktyce klinicznej. Jego zastosowanie znajduje odzwierciedlenie w aktualnych krajowych i międzynarodowych wytycznych postępowania klinicznego, w których jest rekomendowane jako element diagnostyki zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej. Wytyczne rekomendują jednoczesną ocenę osmolalności moczu i surowicy jako element podstawowej diagnostyki dzieci z poliurią i polidypsją (PTMR 2019, PES 2020, ERKNet/ESPN 2025). Podkreślają również znaczenie tego badania zarówno w kwalifikacji do dalszej diagnostyki, jak i interpretacji wyników testu odwodnieniowego (WDT) oraz testu z desmopresyną (PTMR 2019, ERKNet/ESPN 2025). Oznaczenie osmolalności moczu po podaniu desmopresyny, interpretowane łącznie z diurezą i innymi parametrami klinicznymi, umożliwia ocenę zdolności zagęszczania moczu, ocenę odpowiedzi na desmopresynę oraz wspomaga różnicowanie moczówki prostej ośrodkowej i nerkopochodnej (PTMR 2019, ERKNet/ESPN 2025).

Problem ekonomiczny

Koszt realizacji świadczenia oznaczenie osmolalności moczu oszacowano na podstawie danych o jednostkowych kosztach wytworzenia procedur

medycznych przekazanych przez świadczeniodawców, analizy dostępnych na rynku cenników komercyjnych oraz informacji dotyczących warunków realizacji świadczenia zawartych w KŚOZ.

W kontekście znacznego podobieństwa obu badań pod względem zastosowań klinicznych oraz praktyki ich wykorzystania świadczenie dostępne w wykazie AOS: N25 Osmolarność stanowi potencjalny punkt odniesienia dla wyceny oraz zasadności uwzględnienia w jego zakresie również oznaczenia osmolalności, bez ograniczania procedury do określonego materiału biologicznego.

W oparciu o przeprowadzoną analizę zaproponowano wycenę świadczenia oznaczenie osmolalności moczu na poziomie 19 zł, co przy wartości punktu rozliczeniowego wynoszącej 1,86 zł odpowiada 10 punktom.

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z perspektywy płatnika publicznego w 3-letnim horyzoncie czasowym (lata 2027–2029) i przedstawia koszty związane z wprowadzeniem wnioskowanego świadczenia do koszyka świadczeń gwarantowanych w AOS. Szacowana liczba pacjentów w latach 2027–2029 w wariancie podstawowym analizy wynosi w 1. roku: 19 945, 2. roku: 21 194, 3. roku: 22 442. Szacowana liczba badań w latach 2027–2029 w wariancie podstawowym wynosi w 1. roku: 79 780, 2. roku: 84 776, 3. roku: 89 768. Szacowane całkowite koszty w latach 2027–2029 w wariancie podstawowym wynoszą w 1. roku: 1 515 820 PLN, 2. roku: 1 610 744 PLN, 3. roku: 1 705 592 PLN. Przedstawione koszty nie stanowią kosztu inkrementalnego.

Główne argumenty decyzji:

- *Badanie to jest możliwe do wykonania w ramach istniejącej procedury ICD-9 N25;*
- *Z uwagi na podobną wartość kliniczną oznaczenia osmolalności i osmolarności zasadne wydaje się połączenie tych dwóch procedur w ramach funkcjonującego i finansowanego jednego kodu ICD-9 N25;*
- *Osmolalność to najczęściej stosowany w praktyce parametr diagnostyczny.*

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31c ust. 6 w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), z uwzględnieniem raportu nr: DMiOSZ.4100.4.2026 „Oznaczenie osmolalności moczu”; data ukończenia: 19.08.2026 r.