# 营养管理信息系统用户需求

1. **项目背景**

2016年10月，中共中央、国务院印发了**《“健康中国2030”规划纲要》**（以下简称《纲要》），《纲要》**确立了“以促进健康为中心”的“大健康观”、“大卫生观”**，提出将这一理念融入公共政策制定实施的全过程，把健康纳入经济社会发展的全局，对于推动经济社会发展方式转变、改善百姓生活具有重要意义。

2017年7月，国务院办公厅印发**《国民营养计划（2017-2030）》**（以下简称《计划》），是为贯彻落实《“健康中国2030”规划纲要》，提高国民营养健康水平制定。《计划》从我国国情出发，立足我国人群营养健康现状和需求，明确了今后一段时期内国民营养工作的指导思想、基本原则、实施策略和重大行动。其中，“重大行动之四 **临床营养行动**”具体包括：

建立、完善临床营养工作制度。通过试点示范，进一步全面推进临床营养工作，加强临床营养科室建设，使临床营养师和床位比例达到1∶150，增加多学科诊疗模式，组建营养支持团队，开展营养治疗，并逐步扩大试点范围。

开展住院患者营养筛查、评价、诊断和治疗。逐步开展住院患者营养筛查工作，了解患者营养状况。建立以营养筛查—评价—诊断—治疗为基础的规范化临床营养治疗路径，依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗，并定期对其效果开展评价。

推动营养相关慢性病的营养防治。制定完善高血压、糖尿病、脑卒中及癌症等慢性病的临床营养干预指南。对营养相关慢性病的住院患者开展营养评价工作，实施分类指导治疗。建立从医院、社区到家庭的营养相关慢性病患者长期营养管理模式，开展营养分级治疗。

推动特殊医学用途配方食品和治疗膳食的规范化应用。进一步研究完善特殊医学用途配方食品标准，细化产品分类，促进特殊医学用途配方食品的研发和生产。建立统一的临床治疗膳食营养标准，逐步完善治疗膳食的配方。加强医护人员相关知识培训。

2019年7月，国务院健康中国行动推动委员会发布了**《健康中国行动（2019-2030年）》**（以下简称《行动》），《行动》围绕**疾病预防和健康促进两大核心，提出将开展15个重大专项行动**；《行动》的总体目标“到2030年：全民健康素养水平大幅提升，健康生活方式基本普及，居民主要健康影响因素得到有势控制，因重大慢性病导致的过早死亡率明显降低，人均健康预期寿命得到较大提高，居民主要健康指标水平进入高收入国家行列，健康公平基本实现。”

2022年5月，国家卫生健康委办公厅印发了超声、康复、临床营养、麻醉、消化内镜等5个专业**医疗质量控制指标（2022年版）**，要求各省级卫生健康行政部门和相关专业质控中心加强辖区内医疗机构的培训和指导，采用**信息化手段加强指标信息收集、分析和反馈，指导医疗机构持续改进医疗质量**。

《三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》提出：对重点病房进行营养风险筛查；对住院患者实施营养评估，接受特殊、疑难、危重及大手术患者的营养会诊；提供各类营养不良/营养失衡患者的营养支持方案；按照《病历书写基本规范》的要求进行记录，形成营养病历；营养科与临床科室的协作机制等。

国家医保管理要求：

（十八）参保人员使用西药部分第254-266号“胃肠外营养剂”，需经营养风险筛查，明确具有营养风险时可予支付。消化道有功能患者使用时不予支付。

（十九）参保人员使用西药部分“肠内营养剂”第1206-1219号，需经营养风险筛查，明确具有营养分线，且应为不能经正常饮食补充足够营养的重症住院患者时方予支付。

FSMP医用食品管理要求：医疗机构应当有规范的特殊医学用途配方食品信息管理，对特殊医学用途配方食品的处方、审核、配制、配送、统计及监测进行全流程管理，同时做好电子化存档记录。

2021年，北京医保局发文贯彻执行医疗保障业务信息化标准（贯标）和医保清单改造，（CHS-DRG）细分组方案（1.1版），共计688个病组。营养相关的CHS-DRG主要诊断大类MDC的K,内分泌、营养、代谢疾病及功能障碍；核心疾病诊断相关分组ADRG目录中，KU1-营养失调，KV1-先天性代谢异常，KZ1-其他代谢疾病。营养不良是CHS-DRG CC/MCC目录病种，CC类别下有：轻度蛋白质-能量营养不良，中度蛋白质-能量营养不良；MCC类别下有：重度蛋白质-能量营养不良；严重营养不良，严重性水肿；**主诊断+CC/MCC=本次住院医保支付费用**，病历首页次要诊断填写上述诊断对获得合理DRG费用至关重要！

1. **建设目标**

1.满足三级综合医院评审标准实施细则、规范化营养诊疗示范病房、加速康复外科围手术期营养诊疗规范、临床营养专业医疗质量控制指标等要求。

2.通过对接医院统一信息平台，实现与医院的HIS、LIS、EMR 等的系统集成，服务于本科室的营养诊疗活动，同时助力医院的信息建设。

3.通过医疗设备数据采集和医院信息互联，实现详细记录患者在每个营养诊疗环节的时间以及措施，实现对患者、医务人员、设备的精细化管理以及各项质控指标的统计。

4.通过智能化设计筛查、评估、干预和监测等环节，实现对营养诊疗的流程规范化，搭建了一套涵盖临床科室和营养科的营养诊疗信息系统。有效提升营养诊疗工作效率，提升营养诊疗规范化、同质化、精细化管理水平，为营养诊疗相关科研、教学提供准确、高质量的基础数据，促进营养诊疗的长远发展。

5.营养病历科研平台：通过信息化技术对营养诊疗过程进行控制与优化，同时针对临床科室和营养科的营养诊疗流程，以流程图的方式对各个节点进行了动态记录、分析和展示，结构化电子营养病历记录了患者全流程营养诊疗数据。最终，实现营养病历的集中管理，方便追溯、查询及科研。

1. **建设内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 系统大类 | 子系统名称 | 数量 |
| 营养管理信息系统 | 营养管理信息系统 | 营养风险筛查 | 1 |
| 住院营养诊疗 | 1 |
| 营养评估 | 1 |
| 肠内管理 | 1 |
| 营养质控统计 | 1 |
| 基础数据管理 | 1 |
| 系统管理 | 1 |
| 门诊营养诊疗 | 1 |
| 科研及运营数据分析管理 | 1 |
| 营养干预 | 1 |

1. **社会效益**

1.“以病人为中心，推广多学科诊疗模式”与“以危急重症为重点，创新营养诊疗服务”。医疗机构内部实现相关专业统筹协调，为患者提供一体化综合诊治服务，提升营养干预质量和效率。围绕规范化营养诊疗，实现围手术期、肿瘤放疗、营养会诊等的信息化和一体化建设。

**2.建立五阶梯治疗方案**

建议病房患者的营养治疗遵循营养不良五阶梯治疗原则，当目前阶梯不能满足60%目标能量需求3～5 d时，应该升级到上一阶梯治疗方案。建立营养治疗工作制度，对患者病情进行个体化评估与治疗。此外，应该定期对患者和家属进行营养教育，并以课件、影像资料等形式记录。

**3.帮助建立营养支持小组**

通过项目建设，建立全院统一的营养支持小组 （nutrition support team，NST），由临床医师（含营养医师）、 营养（技）师、护师、临床药师、行政管理人员及社会工作者组成，每月至少举行1次集中讨论。重度营养不良（PG‐SGA≥9分）患者入院后，建议在24 h内完成NST会诊并记录到病程中。