

## ◁ 医院经营 ▷

## 临床营养科成本管理研究

陈益民<sup>1,2</sup>, 夏培勇<sup>1</sup>

(1. 上海申康医院发展中心, 上海市 200041; 2. 上海市老年医学中心, 上海市 201100)

**【摘要】** 为响应国家国民营养计划, 推动临床营养科经济运营, 从科室成本核算管理角度剖析影响临床营养科成本管理的问题, 提出临床营养科在科室定位、价格政策配套、营养食堂管理等方面的管理建议, 并基于经济运营管理实际, 设计出临床营养科的成本核算管理体系方案, 为该学科高质量发展提供借鉴。

**【关键词】** 临床营养科; 成本管理; 高质量发展

**【中图分类号】** R197 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1672-4232(2024)01-0031-04

**【DOI编码】** 10.3969/j.issn.1672-4232.2024.01.008

我国临床营养学科自20世纪70年代起步, 经过50年发展, 取得了长足的进步。营养支持与医疗、护理并称临床治疗的三大重要环节。在疾病的发生、发展和转归全过程中, 营养支持成为治疗疾病的重要基础保障。科学合理的营养支持能够提高治愈率, 减少并发症, 促进患者早日康复, 提高医疗资源的使用效率, 节约医疗成本<sup>[1]</sup>。国家卫生主管部门自2009年起, 颁布过多版《临床营养科建设和管理指南》。最新版是国家卫健委2022年3月发布的《临床营养科建设和管理指南(试行)》(以下简称《指南》), 要求二级以上综合医院以及肿瘤、儿童、精神等专科医院设置临床营养科, 不断推进学科发展。《“健康中国2030”规划纲要》和《国民营养计划(2017—2030年)》对提高国民营养健康水平作出了规划。该规划把临床营养行动定为六个重大行动之一, 突出了开展临床营养在实现健康中国目标中的重要性<sup>[2]</sup>。2020年《关于加强公立医院运营管理的指导意见》要求公立医院要以全面预算管理和业务流程管理为核心, 以全成本管理和绩效管理为工具, 对医院内部运营资源进行科学配置、精细管理和有效使用,

有效提升运营管理效益。本研究探讨了临床营养科成本核算管理, 以助推该科室建设和发展。

## 1 临床营养科的设置和工作内容

临床营养科的诊疗项目、服务内容从简单的提供营养膳食逐步发展到更加广泛完整的服务范畴。根据《指南》, 临床营养科的主要工作内容包括: 营养筛查与评估、营养诊断、营养治疗、营养宣教的实施与监督; 根据临床需求参与会诊; 按需提供医疗膳食、肠内、肠外营养建议或处方; 规范管理、指导监督医疗膳食业务、肠外营养执行、特殊医学用途食品使用等。结合《指南》关于执业条件的要求, 临床营养科应当设置医疗区和营养治疗制备区。医疗区包括医院门诊、营养代谢实验室, 有条件的医院可设置营养病房。营养治疗制备区包括治疗膳食配制室(营养食堂)、肠内营养配制室、肠外营养配制室。完善的临床营养科的功能场所设置、工作内容和取得收入的关系见表1。

## 参 考 文 献

- [1] 石羽茜, 刘庭芳. “围评价期”医院内部评价体系构建研究[J]. 中国医院, 2016, 20(4): 23-26.
- [2] Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care [J]. Milbank Q, 2005, 83(4): 691-729.
- [3] 刘伟, 孙京文, 黄清波, 等. 应用三维质量结构模型构建临床护理教学质量评价指标[J]. 中华护理教育, 2017, 14(5): 351-355.
- [4] 滕锦楠, 宋建祥, 陈立萍, 等. 多维分层反馈模式在医院内部质量评价中的应用效果[J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(7): 33-36.
- [5] 谢娟, 卢岩, 高兴, 等. 闭环管理在保障医疗安全中的应用[J]. 现代医院管理, 2017, 15(3): 35-38.
- [6] 朱强. 浅谈企业质量管理体系内审员队伍建设及其作用[J]. 上海质量, 2017(4): 60-62.
- [7] 任浩, 刘燕燕, 许鹏, 等. 智慧医院信息化运维管理的研究与应

用[J]. 现代医院管理, 2022, 20(1): 78-80.

- [8] 陈立萍, 滕锦楠, 宋建祥, 等. 三级公立医院内部质量评价指标体系的构建研究[J]. 中国医院管理, 2022, 42(5): 47-51, 57.
- [9] 陈立萍, 戴真煜, 滕锦楠, 等. 以内审机制为载体的医院综合目标管理方案探讨[J]. 中国医院, 2018, 22(10): 71-72.
- [10] 朱捍君, 吴燕红, 张宏强. 缺陷分享培训对住院患者医疗质量改进的效果研究[J]. 医院管理论坛, 2018, 35(5): 23-25, 31.
- [11] 黄柳. 质变医疗之论道现代医院管理[J]. 中国医院院长, 2018(2): 22-24.

**通信作者:** 赵秋娟(1985-)女, 本科, 副主任护师; 研究方向: 医院管理。

**收稿日期:** 2023-01-27

**修回日期:** 2023-02-27

(编辑 徐佳)

表1 临床营养科主要功能场所、工作内容和相关收入科目

功能场所	主要工作内容	收入科目
营养门诊	营养筛查与评估、营养指导建议或处方	诊察收入
营养病房	营养诊断或会诊、提供营养治疗建议或医嘱	治疗收入
营养代谢实验室	人体成分测定、营养代谢功能测试、生化检验	检验收入
治疗膳食配制室 (营养食堂)	提供基本饮食、治疗饮食、药膳	其他收入
肠内营养配制室	配置和供应肠内营养剂	治疗收入、其他收入 <sup>#</sup>
肠外营养配制室	配置和供应肠外营养剂	治疗收入、药品收入 <sup>#</sup>

注: #许多地方尚未有全面完整的医保收费项目, 营养餐食、肠内营养剂作为食品类收入, 计医疗收入的“其他收入”; 肠外营养剂作为药品管理, 计医疗收入中的“药品收入”。

## 2 影响临床营养科成本核算管理的问题

### 2.1 科室定位问题

由于各医院对营养科理解和重视程度不同, 使得该学科设置定位存在多种模式, 从而影响科室的成本核算管理工作。如: F医院将临床营养科作为医技科室管理, 由于没有医保的价格项目, 成本核算时作为医辅科室核算。根据文献资料分析, 营养科主要有四种管理模式: 作为临床/医技科室管理实行院长领导下的科主任负责制; 作为后勤科室管理; 作为临床医技与后勤双重管理; 还有的营养科名存实亡, 没有营养专业人员, 医院营养食堂完全社会化承包<sup>[3]</sup>。四种模式优缺点比较见表2。

### 2.2 价格收费问题

目前各地关于临床营养医疗项目的价格收费政策不完善, 影响了临床营养科的成本核算管理模式。以F医院为例, 其所在的S市尚未有完善的营养诊疗项目医保收费目录, 使得开展的诊疗服务无法核算成本效益。而部分地区已经有了营养诊疗收费项目, 如天津、广东、浙江、四川地区有膳食营养分析、营养风险筛查、医学营养治疗、个体化营养指导、营养综合评定等项目。多数省市尚未制订营养诊疗收费项目。

进一步研究发现, 国家主管部门几个文件之间存在不同步的情况, 一定程度上限制了临床营养科的业务开展和成本效益核算管理。如: 原卫生部颁布的《医疗机构诊疗科目名录》(1994年颁布、2007年修订补充)中仅有在“妇女保健科”、“儿童保健科”下分别设置“妇女营养专业”、“儿童营养专业”, 尚未对临床营养科的诊疗专业全面系统设置。中国医师协会2011年出

版《临床技术操作规范(临床营养分册)》, 全面系统地制订了临床营养常用诊断方法、治疗方法、常见临床疾病营养诊疗指南。《全国医疗服务价格项目规范(2012年版)》(以下简称《价格规范》)中则明确了营养咨询与评估、营养治疗、辨证施膳等相关项目共计13项。3个文件之间尚需对营养科的医疗保健项目设置和内涵进行衔接对应。

### 2.3 营养食堂的管理问题

营养食堂不合理的管理关系和营养餐定价高低, 影响成本核算管理工作推进。由于历史的原因, 部分医院的营养科归属后勤或总务部门管辖。随着市场经济和后勤社会化的发展, 部分医院营养食堂脱离营养科的直接管理, 营养食堂完全由社会化公司直接经营, 造成食堂工作人员不了解营养知识, 素质也偏低, 这给营养科开展饮食治疗产生影响。甚至许多医院根本无法开展治疗饮食, 有些医院营养科和营养食堂合作开展治疗饮食, 但效果较差, 管理复杂<sup>[4]</sup>。

另外, 受到地区、食材、人力成本的差异, 以及非标准化特点, 营养餐食的价格采取医院自主定价方式。考虑病人的接受度, 一般要低于市场价格进行定价, 体现公立医院的公益性。许多医院的营养食堂运营出现亏损问题。在实际工作中, 以F医院为例, 一些职业病患者, 要求按照不低于地方工伤人员住院伙食补助标准进行定价, 以便能够体现他们应享受的福利政策。除此之外, F医院所在的S市《临床营养专业质控标准》(2018修订版)规定, “不同供膳体制的膳食成本, 均不应包含工作人员工资、固定资产设备折旧, 餐具和水电等非食物消耗品等成本费用”, 即仅以食材成本定价, 显然不能够完全弥补成本。

表2 临床营养科四种模式优缺点比较

模式	优点	缺点
作为临床/医技科室管理	学科建设发展定位高。体现医院充分重视, 资源得到保障支持。医生和病人的认可度高。	需要投入大量精力进行管理。
作为后勤科室管理	可集中精力开展学科建设和发展。但医院重视程度不够, 资源投入得不到保障。	陷入食堂的具体事物管理, 分散了学科建设和学术研究的精力。
作为临床医技与后勤双重管理	兼顾学科建设和学术研究, 又不至于陷入食堂具体事物管理。	会存在工作界面职责不清, 对食品质量和成本控制等存在推诿扯皮现象。
完全社会化承包	管理简单。	医院对学科建设极不重视, 缺乏营养专业人员, 学科发展停滞。医生和病人的认可度低。

### 3 临床营养科成本核算管理建议

#### 3.1 设置临床营养科为临床学科

根据《指南》规定,临床营养科是医疗机构内独立开展临床营养诊疗服务的临床科室,鼓励有条件的医疗机构开设临床营养科病房,为住院患者提供临床营养诊疗服务。临床营养科的成本核算管理应遵循《公立医院成本核算规范》(以下简称《成本规范》)的要求,依据《成本规范》中的附件“科室单元分类名称及编码”设置科室单元,临床营养科作为临床科室,分别设置临床门诊和临床住院科室单元进行成本核算管理。本研究认为,与《成本规范》和《指南》相呼应一致,建议各级医院应提升临床营养学科的建设发展重视程度,设置并作为临床学科进行管理,与各地临床营养医疗项目收费价格完善工作同步,为该学科创造可持续发展的条件。

#### 3.2 完善营养诊疗项目和医保价格

本研究建议,国家卫健委在《医疗机构诊疗科目名录》中补充完善营养诊疗科目,行业专业管理组织在《临床技术操作规范》中增加营养诊疗项目的技术规范,指导公立医院申请开展。国家卫生主管部门要在《价格规范》中明确营养诊疗服务项目价格规范内涵,各省市医保物价部门应在地方医疗服务价格项目中落地对接,增加地方营养诊疗项目收费价格<sup>[5]</sup>。从而规范和推动临床营养科开展营养诊疗服务,助力临床营养科成本核算管理工作开展。

#### 3.3 规范营养食堂管理和营养餐定价

根据《指南》,临床营养科的主要工作内容明确包括规范管理医疗膳食业务。临床营养科应当建立健全医疗膳食及肠内营养制备部门相关岗位工作人员健康档案、食品原料档案、餐具消毒制度、食品留样制度和卫生检查制度等。本研究认为,营养食堂应统一由临床营养科管理,便于强化专业管理,也能厘清经济责任。因此建议,由临床营养科行政管理人员组织制定和落实食堂的各项规章制度及岗位责任制,营养专业人员全程参与指导配餐,保证各类膳食配制与烹调合理、科学<sup>[3]</sup>。

在营养餐定价方面,建议卫生主管部门、医保物价部门应明确营养食堂的营养餐定价原则,应基于全成本定价、保持盈亏平衡,以降低经济运营压力,调动科室积极性,夯实临床营养科发展的基石。在临床营养科的内部管理中,要加强食材的采购价格控制,做好收发存记录,库存盘点和食材损耗管理,日餐标准成本测算和控制,合理确定营养餐价格即低廉且保本。同时,医疗业务上,要提升营养餐的供应率,保障营养食堂的收支平衡。

#### 3.4 构建成本核算管理体系

根据《指南》、《价格规范》及《成本规范》等指引,建议如下设计功能完善、政策配套健全的临床营养科的成本核算体系。

3.4.1 成本责任中心设置。随着现代医院建设和高质量发展,以《指南》为指引,临床营养科也将向着建筑合理布局、流程科学高效、优势整合互补的全功能方向发展<sup>[6]</sup>。学科也应基于发展和管理需要,深化成本核算管理、加强成本控制。可下设营养代谢实验室、营养食堂、肠内营养配制室、肠外营养配制室、营养门诊和营养病房等部门和业务类别,推进学科精细化管理。

3.4.2 成本核算管理规则。临床营养科应作为临床诊疗科室进行科室管理。在开展成本核算时,要具体分析下属各责任中心的具体情况,并结合是否具备收费条件,进行不同模式核算,提升精细化管理水平。科室成本核算管理流程见图1。

(1)代谢实验室。代谢实验室承担患者的人体成分测定、营养代谢功能测试、生化检验等功能,配置有称量天秤、代谢车等设备。区分情况进行不同核算管理:在具备物价收费项目的前提下,将代谢实验室视同医技科室开展项目成本核算。如果无物价收费项目,则视同医辅科室进行成本归集,并入营养科总成本进行分摊。如果代谢实验室并入医院的检验科,应按照检验科成本核算规则进行科室及项目成本核算。(2)肠内、肠外营养配置室。肠内、肠外营养配置室作为临床营养科的肠内、肠外营养剂的供应配置部门,开展静脉置管、营养配置等医疗服务。也区分情况进行不同核算管理:在具备物价收费项目的前提下,将肠内、肠外营养配置室视同临床科室开展项目成本核算。如果无物价收费项目,则视同医辅科室进行成本归集,并入营养科总成本进行分摊。如果肠外营养剂的配置管理,由医院单独设立的静脉药物配置中心(PIVAS)负责运行的,按照医院静配中心的成本核算规则进行项目成本核算。(3)营养食堂。临床营养科下属的营养食堂,为住院患者提供临床营养餐食治疗服务,而且营养餐食属于自主定价,可收费。因此营养食堂作为成本费用中心,进行成本归集核算,并与病房的营养餐收入进行收支匹配核算。基于医疗业务成本核算口径,无需开展项目和病种成本核算<sup>[7]</sup>。如果同时承担职工食堂的功能,应该进行成本拆分,职工就餐,是福利待遇,属于成本补贴。而供应病房的营养餐,应剔除职工就餐成本,在开展全成本核算基础上,进行合理定价,保障收支平衡,支持学科可持续发展<sup>[8]</sup>。《成本规范》中将营养食堂作为行政后勤科室单元进行核算,规定较为简略。现实中,医院营养食堂如果归于总务后勤部门管理,则作为一个后勤部门进行成本归集核算,分摊承担

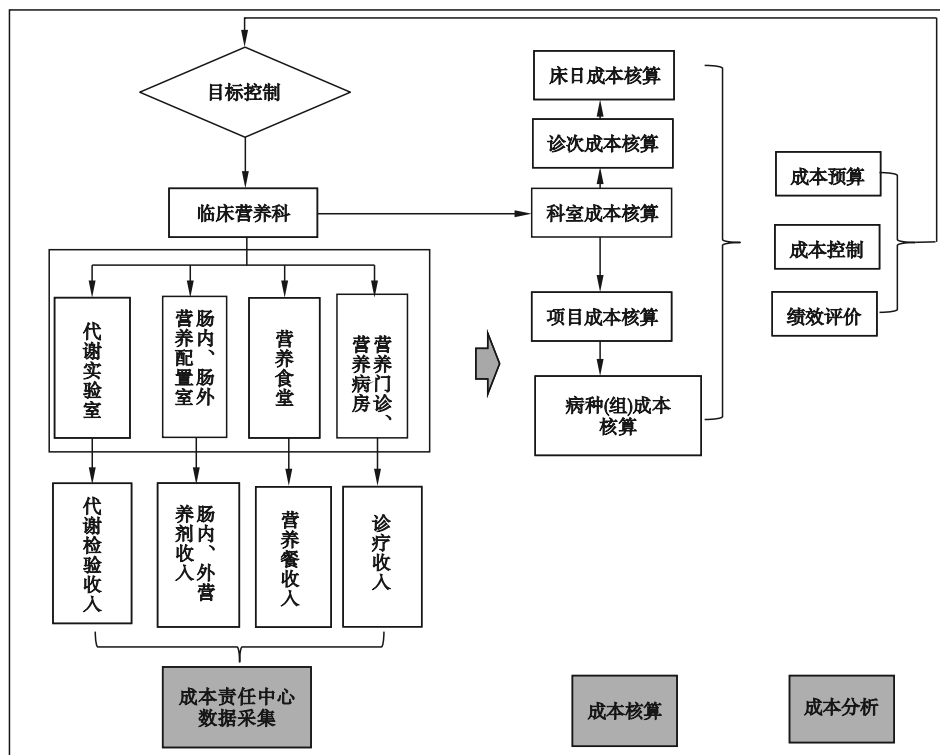


图1 临床营养科成本核算控制流程图

一定的总务后勤部门管理成本后,结转并入临床营养科成本,并与病房的营养餐收入进行收支匹配。(4)营养门诊和营养病房。营养门诊、营养病房成本,根据临床营养科可直接计入的,以及间接费用通过参数(工时、工作量、收入等)分摊计入的计算,并进一步分别计算诊次成本、床日成本。营养病房可进一步开展项目及病种(组)成本核算。

3.4.3 成本管理系统平台。临床营养科的成本管理系统架构,在医院统一的科室成本管理系统中设置临床营养科下二级责任中心进行成本核算,营养食堂成本核算与营养点餐系统、营养制剂配送系统<sup>[9]</sup>、营养食堂原料配置系统进行联通,实现信息系统标准化、数据的协同共享,提高管理精细化和高效率<sup>[10]</sup>。

3.4.4 成本分析和控制。在细化成本责任中心设置、成本数据采集和核算基础上,进行科室成本预算执行跟踪和目标控制,并开展成本管理绩效评价工作,进一步为医保部门开展医疗服务项目定价提供数据支持,争取医保政策支持,保障学科可持续发展。

公立医院临床营养科的高质量发展,是国家实施“国民营养计划”,实现“健康中国”战略的重要一环。为使临床营养科《指南》尽快落地实施,各行业主管部门应加快推进《医疗机构诊疗科目名录》《临床技术操作规范》《全国医疗服务价格项目规范》等政策制度的完善和衔接,各省市地方要积极对接细化,为医疗机构在政策执行时具体可操作创造条件。同时,公立医院经济管理部门要在经济运营管理中,夯实临床营养科

的部门设置、责任中心划分、成本核算管理和预算绩效评价,为该学科高质量发展提供保障。

### 参 考 文 献

- [ 1 ] 冯丽君,胡浙芳.浙江省临床营养队伍建设的现状与发展构想[J].中国卫生人才,2021(11):54-57.
- [ 2 ] 穆艳,吕心阳,许陈玉,等.福建省三级医院临床营养科建设与管理现状调查分析[J].中国卫生标准管理,2019,10(22):24-27.
- [ 3 ] 刘剑英,薛新余,刘玉娟.医院营养科建设发展探索[J].解放军医院管理杂志,2011,18(7):677-694.
- [ 4 ] 王建,易龙,舒晓亮,等.我国临床营养学科的现状与存在问题[J].中国食物与营养,2012,18(7):5-9.
- [ 5 ] 马方.中国临床营养的现状与发展[J].中国实用内科杂志,2011,31(3):170-171.
- [ 6 ] 徐国利.军队医院营养科建设的现状[J].解放军医院管理杂志,2013,20(7):660-661.
- [ 7 ] 夏培勇,黄玲萍.医院成本核算范围与口径探讨[J].卫生经济研究,2022,39(1):10-12.
- [ 8 ] 马煜.公立医院食堂财务管理与会计实务探讨[J].现代医院管理,2014,12(2):79-81.
- [ 9 ] 蔡燕萍,黄振宇,陈巧儿.肠内营养制剂信息化应用在骨科医院加速康复外科中的作用[J].中国乡村医药,2021,28(23):10-12.
- [ 10 ] 迟艳艳.基于.NET平台的三甲医院营养科管理信息系统的构建[D].成都:西南交通大学,2013.

通信作者:夏培勇(1973-),男,硕士,正高级会计师。研究方向:医院内控、财务管理、成本核算。

收稿日期:2023-01-13

修回日期:2023-02-03

(编辑 徐佳)