護理成本控制

郭鳳霞/台北榮民總醫院護理師兼國防大學護理系臨床助教

徐南麗/慈濟大學護理系(所)主任兼佛教花蓮慈濟綜合醫院護理顧問

摘 要

雖然護理成本與照護品質之間有密切相關，但並不表示所花費的護理成本就相等於所提供的照護品質。護理人員有責任去控制護理品質以及所提供的照護成本，然而，如何做到呢？本文提到一些護理成本控制的方法，如果護理人員能控制成本又能增加照護品質，必能為病患與醫院造福。

關鍵語：護理成本控制

台北榮民總醫院護理師兼國防大學護理系臨床助教 慈濟大學護理系(所)主任兼佛教花蓮慈濟綜合醫院護理顧問*

受文日期：90 年 10 月 9 日 修改日期：90 年 11 月 21 日 接受刊載：90 年 12 月 27 日

通訊作者地址：郭鳳霞 台北市石牌路 2 段 201 號 A142 病房

電話：(02)28757142

前 言

隨著人民教育水準提高，大眾對醫療品質的要求也相對提高。但是，自民國 84 年 3 月實施全民健康保險以來，在診斷關係群(Diagno-sis Related Groups；DRGs)制度下，健保局護理費的給付根本不敷成本。護理人員為因應全民健保所帶來的巨大衝擊，也積極進行各項護理成本的分析與探討，期望所提供的護理活動能促使病患早日出院及降低再入院率，並且達到成本控制且維護醫療品質的目標。護理人員佔醫

療團隊中的大半數，如果護理人員都能有正確的成本概念，提供經濟有效能的照護活動，對降低醫院成本必定有莫大的貢獻，可見護理人員在成本節制上佔有非常重要的角色與職責(陳等，2000)。所以本文將針對護理人員在臨床實務上如何控制護理成本做一概述，希望能提供護理管理者作為參考。

護理成本

護理成本分直接護理成本(變動成本)和間接護理成本(固定成本)，兩項的總和即為總護理成本。

一、直接成本

能夠確認由本部門承擔責任的成本稱之。亦即護理人員執行護理過程所需的成本。

二、間接成本

並非本部門直接發生的成本，而是為了某種管理上的目的而發生在別部門的費用，但需分攤到本部門活動上的成本。亦即所有支援護理部門的成本及分攤的成本皆為間接成本。

護理成本控制

成本控制係事先訂定合理目標，依目標執行，將執行結果與目標比較，列出差異的項目，再予分析、檢討、改正，以使成本降至最低(陳等，1999)。成本控制的意義在減少不必要的花費，盡量從制度上著手改進工作方法與作業流程，注意漏洞與防止人為的弊端，鼓勵員工更加愛護醫院財物，以達到醫院資源的最佳使用效益。所以成本控制不是為了賺更多的錢，而不顧醫療服務品質。其目的在於採取行動來糾

正未來的做法或修正原有的標準及計劃(陳等，2000)。經收集相關文獻，護理成本控制的方向及方法可歸納如下：

一、人力成本控制

護理人力佔整個醫療人員比率的大半，故常被列為成本檢討的重點，然而，影響醫院收益的因素很多，包括醫療器材成本、病患數、佔床率、住院天數...等等，護理人事成本只是其中之一。所以裁減護理人力或聘用低薪資淺的護理人員並不能根本解決成本的問題， Dean 及 Judith 認為僱用無執照的護理人員反而會影響照護品質及增加成本，很多學者研究證實，專科護理師及資深有經驗的護理人員，能提供有計劃的照護活動，減少住院天數，降低再住院率、合併症及死亡率，可以有效提昇品質及降低成本(Dean，1996；Judith，1997)。所以，控制人力成本並不能以縮減人力或聘用資淺、無照者擔任專業性質的護理照護工作。以下數種方法可提供參考：

1. 機動護理人員制度：將人力過多的病房人力，機動性的支援其他病房。

2. 兼職制或部分工時制：其工作時間可依病房或該單位之需要而訂定，來紓解其人力不足的現象。目前很多醫院的門診單位及病房都已採用部分工時制的護理人員來解決人力不足的窘況。

3.輔助人力的運用：運用非專業護理人員，經訓練合格後以協助部分非專業的臨床照護工作，例如：病患的日常生活活動照顧、翻身、沐浴等等；或者聘用非專業的護理人員擔任護理業務中較不需專業訓練的部分，例如：門診的叫號及文書作業。

4.作業電腦化：包括：醫囑電腦輸入、建立護理通報電腦系統，可縮短護理通報作業流程，並且節省人工抄寫及傳遞之人力與時間；建立護理計劃電腦系統，可節省人工作業的時間與人力成本，提昇護理人員對建立病患護理計劃流程的滿意度，及提昇護理計劃的品質。

5.實施病人分類：由病人分類系統勾選結果，了解病人嚴重度及護理活動內容，從中改善人力配置及護理服務品質。

二、工作簡化(Work Simplification)

工作簡化是各級主管的管理工具，協助主管了解 組織中的各項問題，應用有系統的技術及科學方法，逐步剖析現行的複雜工作流程，找出缺點，尋求更經濟有效的方法與程序，以增進工作效率、降低成本及爭取利潤(邱、徐，1992；陳等，1999；顏，1994)。

工作簡化可以 1.運用資訊系統及現代化機具代替人工(如傳真機、網路查詢)；2.調整辦工場所之佈置，以提高作業效率；3.實施分層負責，縮短作業流程。工作簡化的基本精神，在於做「對」的事，並且要做「快」、「好」及「安全」，以期達到「消除無效工作」、「簡併相關工作」、「改善工作地點、程序與方法」等目標，以縮短作業流程、減少人力、物力與時間的浪費、減少延誤、降低成本，使工作效率提高(顏，1994)。台北榮民總醫院於民國 72 年起成立「推行工作簡化委員會」負責推動及策劃護理業務的工作簡化事宜，根據統計護理人員所提之工作簡化案件高居全院之冠，所提工作簡化類別計有：電腦作業方面、文書作業方面、作業流程方面、操作程序改進及設施改進五大類，不僅改善醫院管理，提高工作效率與服務品質，同時達到省人、省錢、省時、省力的目的，對醫院有良多貢獻(邱、徐，1992)。

三、護理作業改進研究

護理人員平日護理工作中，有許多護理活動可以經由改革照護計劃或管理策略來提高照護品質及減低成本，例如：改善安養院老人的飲食品質，使病患食慾增加及正常攝食，減少營養不良的情況，便可減少額外購入高價營養補品的費用(例如：營養補充、TPN 等)；或者可以改善病房廁所的設備及加強膀胱訓練，來增強患者排便的自我照顧能力，減少洗滌床單的成本與失禁尿褲的成本。

經由護理行政專案可以提供很好的改進方法，護理行政專案是以邏輯思考、科學方法，針對工作環境中的缺失尋求有效的措施以進行改善，達到提昇品質及降低醫療成本的目的。自從鼓勵護理人員進行護理行政改善專案以來，有關的成果及論述不

勝枚舉。其中，洪、羅、魏三人於民國 87 年針對省立雲林醫院「改善大量點滴靜脈注射成本」的實證研究結果，及白、湯、鄒民國 87 年改善病房漏收心電圖檢查費用的專案報告提出，醫療成本浪費的原因如下：

1. 護理人員缺乏成本概念；2.技術差，重做率高導致的浪費；3.漏記帳；4.材料進價和選擇不當。作者並建議應該加強護理人員成本觀念，以提昇其參與度，並且修正作業流程來減少漏帳及浪費。此外，洪、羅、魏三人認為推廣品管圈(Quality Control Circle；QCC)活動可以有效提昇醫療服務品質及降低成本(白、湯、鄒，1998；洪、羅、魏，1998)。由上述證明，護理行政專案可以針對問題，提出科學的解決方法來改進護理照護的流程與方法，不僅提昇照護品質又可防治浪費和降低成本。

四、資材管理

資材成本佔醫院營運成本的 30%～50%，因此資材管理的好壞，對醫院營運也有關鍵性的影響。資材存放過多，將使營運資金減少，而且存放過程中，易因管理不良而有陳舊廢棄或過期變質等損失；如果資材存量過少再額外採購也會增加運費，所以資材存貨管理的問題必須加以正視(陳，1996)。即時存貨(Just in time)及零存貨管理(Stockless)在生產管理線早已經蔚為風尚，醫療機構可以參考此種作業方式，以達到更有效率的資材管理(蘇、莊、林、劉，1997)。護理業務中會涉及到的資材內容包括：衛材、文具、包布類、器械、醫療儀器申購等等，如何申領與管理，做到經濟、合理、適時、適地、適價、適質、適量，是護理人員未來可以改進的方向。

五、委外承包

委外承包，可以減少人力、物力的投入成本，減少人事費用，物流業務是最容易委外承包的業務。近幾年來，業務委外承包正在企業間盛行(盧，1999)。目前醫療院所也有委外承包的業務，例如清潔公司承包醫院的清潔及打蠟工作、餐飲服務的部分、還有一些接運病人的業務等等。護理業務中有哪些可以委外承包呢？目前所知

的有，洗衣工廠承包床單洗熨工作、病房清潔工作及病室勤務，這些成本算在分攤成本中，經由委外承包，不需負擔該作業人員的人事費用。有鑑於護理人員及行政助理對於庫存管理的知識與能力不足，常見「病房及庫房」的囤積現象，造成資材管理的缺失。如果衛材也能委外承包，由承包商負責供貨及病房盤點補貨，也許可以減少缺貨、滯廢料或領用過多、領用不當等問題。當然，委外承包是將業務委託外部業者負責，物流品質完全操之在承包商，所以預先制定詳細要求及契約是非常重要的，此外，院方應設有專責監管人員，以確保其承攬業務的品質及維護院譽。

六、防治漏溢帳

醫療材料管理及正確記帳可以避免流失及浪費，臨床護理人員或可藉由下列方法來杜絕漏溢帳：

1. 了解醫院收費的政策，記帳程序及落實成本控制的觀念。

2. 訂定防治醫療費用漏收辦法：如新進同仁需予介紹材料使用登記、依各專科列出記帳明細表及查閱手冊。護理人員工作後需自我查核是否確實記帳，設立稽核辦法，定期派人負責抽查稽核以改善記帳完整性，並針對問題改進(邱，1992)。

3. 認識健保給付標準及護理技術收費標準

、記帳項目，確立記帳須知、記帳方式，以正確記帳及稽核。

4. 認識各項敷料、器材、消毒包的單價成本，養成不浪費的習慣及共識。

5. 將各項耗材均附上收費條碼，使用前將條碼撕下貼在該患者的帳單上，由行政助理輸入電腦，既簡便又可減少漏記帳的機率。

6. 行政助理是目前主要負責輸帳的人員，所以加強其記帳須知是必要的，如果行政助理能清楚記帳標準，在輸帳時可立即補上漏收項目或更正錯誤帳目，減少漏帳率及日後被剔退或罰款的情形。

7. 加強醫院所有員工對成本及記帳的觀念，使其深刻了解漏、溢帳對醫院營收的衝擊，以及對個人績效獎金的影響，或許可以加強其對成本及記帳、輸帳的責任感，

共同為醫院成本及收益努力。

8. 設計電腦化自動滾帳的功能：目前大部分醫院都已經實施電腦計價，但在材料費及技術費方面仍需人工每日輸帳，尚無法做到每日自動滾帳的功能，如果可以合併電腦醫囑與計價滾帳功能，一旦開立「放置鼻胃管」及「鼻胃管灌食/日」的電腦醫囑，則立即自動入帳及每日「鼻胃管灌食/日」的自動滾帳。將醫囑電腦化與入帳計價結合，不但可以確實做到不漏開醫囑，也可以防治護理人員漏記帳，可謂一舉兩得。目前筆者所服務的醫院護理部與資訊室，正在進行「鼻胃管灌食」每日自動滾帳的程式設計及修正，一旦成功，日後只要電腦中有「鼻胃管灌食」該項醫囑，電腦便會每日自動滾帳，直到該醫囑註銷才終止，如此可大大減少每日花費在輸帳的人力及時間。

9. 簡化目前記帳收費的項目，改以組套方式將材料費及技術費合併，例如：目前執行靜脈注射的收費項目，包括材料費、技術費，材料費又包括留置針、靜脈輸注器、三路活塞或 T 形接管等等，項目多很容易漏記；若日後只要輸入「靜脈注射」的醫囑即可由電腦自動記入所需的材料費、技術費，可減少人為疏漏，也可減少人力、時間去記帳及稽核，如有額外耗費材料再另行補計並於記錄中說明原因，以作為日後申覆之憑據。

七、開拓護理收費新出路

國內護理費用的收取一直未建立在成本分析上，傳統的護理費用都被併在病房費、治療費之中。護理活動中有很多必須投入相當多的人力時間，仍未獲得合理的護理費支付，所以護理人員必須清楚收費項目，檢討可列入收費的項目，提出申請，訂定收費標準，例如：護理指導必須花費許多時間，建議應提出成本分析並列入收費項目中(陳等，2000)。

八、縮短病患住院天數

護理人員可以由護理品質管制上確保病患在特定時間內完成自我照顧的指導，及早訂定病患入出院衛教計劃(陳等，2000)。臨床路徑、個案管理、出院準備服務等照護計劃都已被證實可以縮短病患住院天數、提高護理服務品質及降低成本。

九、績效獎勵制度

績效獎勵制度乃是以具體的方法來鼓勵、表揚員工，可以依用人費率、按件計酬、工作負荷率或控制成本費率的績效成果給予獎勵；也可以針對員工所提的改善方案，經公平合理的審核後，依其得分高低發給考核獎金或提案獎金鼓勵(陳等，2000)。

十、從教育著手

在未來，成本效能分析(CEA)是一個重要的議題，可提供資訊協助醫療人員從事成本分析及決策，護理人員必須了解成本效能分析(CEA)，並且應該知道如何使用它來解決成本問題(Stone，1998)。然而，從 1990 年一月到 1996 年八月，醫療健康照護體系共有 88 篇研究論文有關成本效益分析，其中護理只佔四篇，即便成本分析是這麼重要，護理人員卻很少去探索及研究其相關議題(Chang & Henery， 1999)。

護理人員及護理管理者在今日的醫療環境壓力下，必須具有成本管理的概念，建立成本控制的共識，對所屬同仁施予教育，建立成本管理辦法。若能有效的運用預算及成本控制，將有助於行政管理的績效及促進護理業務的改進，達到組織內預定的目標。我國護理人員以往對於財物與醫材管理方面涉入不深，護理教育課程中有關經濟及成本方面的內容也不多，但是，為了適應今日的醫療照護體系，護理行政研修財物與醫材管理的課程乃當務之急(陳等，1999；陳等，2000)。然而，綜觀護理教育課程很少有關成本分析的內容，目前只有哈佛大學護理研究所的博士後課程(postdoctoral program)有成本分析、品質評估及政策分析的課程(Chang & Henery，

1999)。是故，要有效提升護理人員對成本的概念及認識，由教育紮根是解決的不二法門。

結 論

今日的醫療機構除了負擔保健醫療的責任之外，尚需以企業的觀點來經營，才能得以生存與發展，因此要重視財物與醫材的規劃與管理。護理人員數佔醫院員工總額約半，如果護理人員在每天的護理活動中能具有財物與醫材管理的成本意識，自我要求工作效率，主動節省衛材及其他用品，注重維護及保養儀器設備，正確記帳、防漏溢帳等等，可使醫院因開源節流有當，而有效降低成本、增加營收。

護理人員參與成本節省與控制是責無旁貸，然而如何達到成本控制又不降低照護品質，著實是一大挑戰。過去護理人員只重視提供病患高品質的照護服務而不計成本，然而在現今醫療環境重視企業經營的理念下，護理人員在注重成本之餘，也要顧及病患的服務品質。做到所謂「不浪費」、「不偷工減料」，以最適當成本達最大效益，才是病患與醫院雙贏的最佳境界。

參考資料

白玉珠、湯文娜、鄒怡貞(1998)・病房漏收心電圖檢查費用改善專案・醫院，31，53-59。

邱台生、徐南麗(1992)・台北榮總護理部推行工作簡化之實施與評值・榮總護理，9(3)，309-313。

邱台生(1992)・病室「防治漏收醫療費用」計劃之實施與評價・榮總護理，9(2)，177-181。

洪正芳、羅志明、魏政雄(1998)・運用團隊學習及品管手法來改善醫院管理以省立雲林醫院「改善大量點滴靜脈注射成本」為實證研究・醫院，31，37-47。

徐南麗(2001)・護理行政與管理・台北：華杏。

陳月枝、馬鳳岐、李引玉、杜敏世、王 瑋、陳玉枝、尹祚芊、盧美秀、徐南麗、李 選、張曼玲(2000)・護理專業問題研討・台北：華杏。

陳月枝、鄒慧韞、陳玉枝、張 媚、尹裕君、陳玟秀(1999)・護理行政學・台北：文芳。

陳楚杰(1996)・管理篇—醫院資材管理・醫院，29(1)，52-54。

盧光洋(1999)・降低成本之物流業務委外承包・物流技術與戰略，12，72-78。

顏秋來(1994)・推動工作簡化成效與檢討・人事月刊，19(3)，77-81。

蘇 喜、莊逸洲、林曉薇、劉嘉玲(1997）・醫院醫材存貨管理之實證研究・中華衛誌，16(4)，355-363。

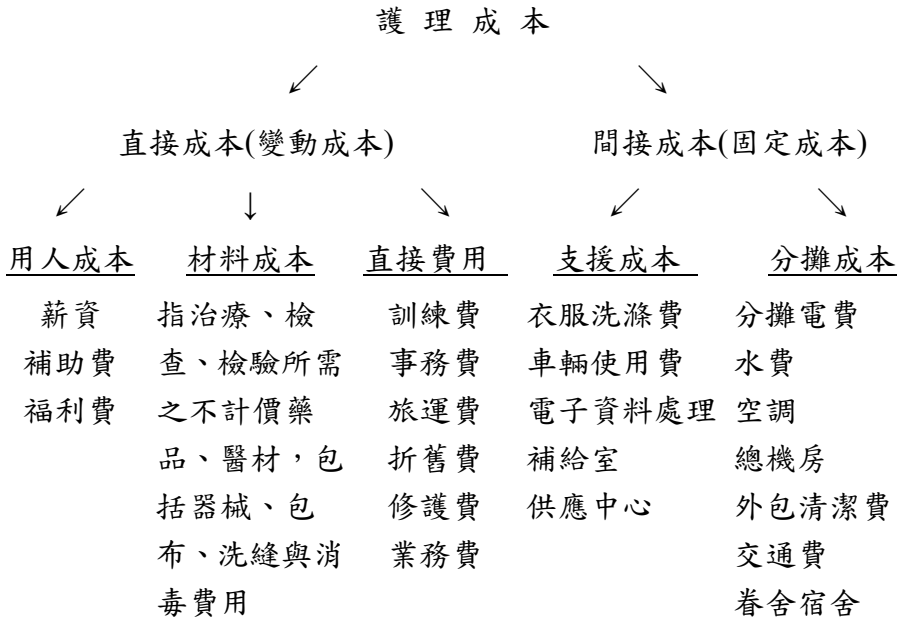
Chang, Wen-Yin & Henry, B.M.(1999). Methodologic principles of cost analysis in the nursing, medical, and health service literature, 1990-1996. Nursing Research,48(2),94-104.

Dean, C. D. (1996). Cost effectiveness and quality nursing Care. Clinical Nurse Spe-cialist, 10(3), 153 .

Judith, S. (1997). How nursing contrib-utes towards quality and cost-effective health care. International Nurse Review, 44(3), 79-84 .

Stone,P. W. (1998). Methods for Conduct-ing and reporting cost-effectiveness analysis in nursing. Image Journal of Nursing Scholarship, 30(3), 229-234.

圖一、護理成本的項目



Nursing Cost Control

Foung-shia Kou, Nanly Hsu

Abstract

Although nursing cost and the quality of care are closely linked, this does not mean that cost level of nursing cost is equal to the quality of the care provided. Nurses have the responsibility to control both the quality of their services and the cost associated with these services. However, how should that be done? This paper describes methods for controlling nursing cost. If nurses are able to control cost while increasing the quality of care, this would benefits patients and hospitals.

Key words: nursing cost control