

第 36 章

護理費用

Nursing Revenue

作者：徐南麗

本章大綱

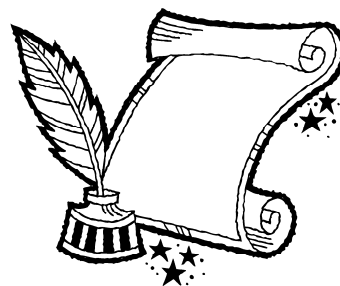
護理費用的定義

護理機構收費標準

護理費用計算方式

護理費用如何合理化

如何定價



前言

護理費用值多少？一直是護理界、醫學界爭議不休的問題，在全民健保的大餅中，切割不同的百分比給付給各科，含門診、急診、內科、外科、中醫、牙科、X光、診斷、藥品費、住院費等，唯獨護理費用始終沒有被關愛，一直包含在住院病人的病房費或門診病人的診療費中。護理界多年來一直希望以合理的計算方式計算每一項護理活動到底應付多少錢才算合理，是應每位病人單獨計算？還是依病人分類類別，如：第一、二、三、四類病人分開計算，還是可以依病人獨立自主或是需要加護護理所用時間的不同而收費？或以某院平均護理時數收費？隨著醫療科技進步，時常有新的護理活動產生，是如何定價的？

目前台北榮總所定的收費方式不只是包含人力成本費用，而是以ABC (Activity Based Cost)方式計算，護理界在徐南麗 1996、1997、1998、1999 年的研究中早已計算出 46 項常見一般外科護理活動單項成本分析，其中含人事費、材料費、設備費、折舊費、作業費用、行政費用、教學及社會服務費用等。到底護理費用應如何計算，才能使消費者與保險給付機構、醫療界、社會大眾都覺得合理及滿意呢？，當然這不是護理界單方面可以自行決定的，還需有護理人員與病人代表和其他有關同仁（含精算師、會計師等相關人員），共同討論才能訂出合理收費。本文擬以護理之家為例，探討護理費用的計算方式、如何定價，以提供護理費用給付及建立護理收益中心之參考。

護理費用的定義

護理人員法已於 1991 年 5 月 17 日由總統公布施行，護理人員法分七章，第一章總則、第二章執業、第三章護理機構之設置及管理、第四章業務與責任、第五章懲處、第六章公會、第七章附則。其中第三章規定了護理機構分類及設置標準——護理機構應由資深護理人員督導負責，護理機構應依法令規定或依主管機關之通知，提出報告，並接受主管機關對其人員配置、設備、收費、

作業、衛生、安全、記錄等之檢查及資料蒐集，使護理費用不再只是狹義的合併於病房費內，或單獨列出個別之護理技術或材料費用，而是廣義地包括了人員配置、設備、材料、衛生安全及管理相關費用，甚至護理機構人員教學、研究訓練費用，亦可編列在護理費用中規劃及預算。

護理費用計算方式

到底護理費用是如何計算的呢？我們由歷史背景資料可以看出，國內外醫療機構過去醫療費用幾乎沒有單獨設置護理費用。護理費用不是包括在病房費中，就是單純酌收材料費用。過去學者在研究護理費用給付時，均著重在直接護理部分的給付，Reschak 等人在 1985 年及 Dijkers 等人在 1986 年建議應收取直接護理（包括評估、計畫、執行、評值）和間接護理（包括行政、招募、教育）費用(Dijkers et al., 1986; Reschak et al., 1985)。Omachonu 和 O'connor 等人建議，除了收取直接護理費和間接護理費外，應酌收行政雜支費(Overhead Cost)，包括膳食費、病房費、其他文書人員的費用等(O'connor, 1988; Omachonu et al., 1989)。行政雜支費用的項目與病房的照顧活動不是直接相關，是否應併入護理費或其他行政費中收取，各醫院視其目的、政策、分類及成本歸屬不同，而有個別差異。

Marks 在 1987 年的研究乃是運用每日病人護理需求分類表，算出每類病人每日所接受之平均直接護理時數，乘以每小時時薪，再乘天數便成為其應收之直接護理費用(Marks, 1987)。1988 年 Rosenbaum 等人則指出以病人護理需求分類表，算出每類病人所接受之平均護理時數，再分別以病房護理人員等級比率乘其每小時時薪，乘以護理天數，總加起來即得到另一種直接護理費用之計算方法(Rosenbaum et al., 1988)，這是種比較簡單依病人分類計算護理費用的方法。

在 1980 年末期，有些學者指出雖然「單位相關護理活動」是非護理活動，但護理人員為維持病房的運作，確實需運用人力從事與單位相關的活動，實應酌收費用，以敷醫院的護理人力成本。

護理費用的收取除上述以平均時數計算費用外，亦應考慮依病患疾病的嚴重度，以及病患實際獲得的護理照顧，而有「個別性」的收費標準。目前，美國各大醫院多採用一種固定付費系統(Fixed-Price Payment Systems)，亦即依據每一個診斷關係群(Diagnosis-Related Groups; DRGs)來分配護理費用。此種付費方

式是假設病患在住院期間，每日的護理照顧需求及供給均是固定一樣的。這種依病人診斷付費方式是較適合用於治療單純、差異性小、病程短、合併症少、疾病總個數與總費用多、平均住院日數差異小、平均費用差異小、年齡科別分布平均、大部分可普遍適用於大、中、小型醫院的案例，例如：白內障、痔瘡、疝氣、膽結石、闌尾炎、前列腺肥大、剖腹產等，而不完全適用在護理收費上。某些護理活動不因病患之個別性而有極大差異（例如：量體溫、血壓），但給予病患的直接護理活動卻會因住院期間，每天或每個人病情不同而有很大的個別差異。因同樣是乳癌病人，在病人分類上可劃分為第一類、第二類、第三類或第四類。換言之，護理人員所提供的護理時數，可能會有 1 小時以下至 12 小時以上不等的差距，當然護理收費就不能以一個診斷關係群來統一收費了。為了要能正確地衡量病患「個別性」之護理費用，及計算護理人員工作生產力，研究發展部門總是努力在找尋一種方法，以清楚地確認影響病患所需護理的變異數，「病人護理分類系統」(Nursing Patient Classification Systems; NPCS)即能在不同的診斷關係群中，正確地評估每個病患護理需求的差異性。因此有學者認為，病人護理分類系統可做為一種成本工具(Costing Tool)，並做為收費量表。

病人護理分類系統是將病患在住院期間，每日對護理需求的量及工作內容，加以分類在不同的類別中，再以標準時間(Standard Time)或相關價值單位(Relative Value Units; RVUs)加以換算，以得到每類病患應獲得之護理時數（僅指直接護理部分）。根據護理人力之成本，估算出每小時或每分鐘人力成本費用，即可正確地得到每個病患實際應付多少直接護理費用（徐南麗，1992、1995）。每分鐘人力成本費用是以在職護理人員之年資不同，分別統計算出平均年薪，再除以實際工作天數算出每日平均人力成本費用；除以 8 小時，算出每小時人力成本費用；再除以 60 分鐘，即為每分鐘人力成本費用。若平均薪資以每年 60 萬元計算，除以實際上班天數（365 天減周日 52 天，周末 52 天，平均公休 14 天，國定假日 9 天，在職教育假 3 天，平均事、病假 5 天，餘 230 天），得每日平均人力成本費用為 2,609 元，每小時人力成本費用為 326 元，則每分鐘人力成本費用為 5.4 元。舉例來說，美國依據病人護理分類系統，將病患對護理的需求分成 I、II、III、IV 類（如表 36-1），而經標準時間之換算，此四類病患的護理時數平均應為 1.5、2.8、4.0 及 8.0 小時，再以護理人員平均每小時時薪為 16.32 美元（約 523.30 元台幣），可計算出四類病人平均之護理費用為 24.48

、45.70、65.28 及 130.56 美元（即約 784.95、1,465.37、2,093.20 及 4,186.41 元台幣），實際上台灣與美國每小時人事成本費用比較仍有一段差距。

表 36-1 依病人護理分類系統計算護理費用

分 類	平均護理時數 (時)	平均護理費用 (美元)	平均護理費用 (台幣)
I	1.5	24.48	784.95
II	2.8	45.70	1,465.37
III	4.0	65.28	2,093.20
IV	8.0	130.56	4,186.41

注：1. 每小時時薪以 16.32 美元計算。

2. 以上新台幣對美元之匯率，係依據 2000 年 11 月 8 日匯率，新台幣：

美元 = 32.065 : 1 計算。

然而，此種計算所得護理費用僅限直接護理費用部分，而間接護理及相關護理活動，應以百分比率或特定金額加成在護理費用之中。舉例而言（見表 36-2），某病人在住院五天之中，依照病人護理分類系統，該病人有三天被分類為第三類，而二天被分類為第二類病人，在計算直接護理費之後，再加以間接護理之固定費用（基本費用）175.50 美元（約 5,627.41 元台幣），即得該病人應付之護理費用總和。間接護理費用指不論病人數多少，病房「固定」的基本成本開支，如：行政助理費用、管理費用等都必須支付。有些醫院另收相關護理活動費用，有些醫院則將病房費用列入護理費用。護理費用收入範圍之廣義及狹義定義，因各保險給付、醫院政策及護理部門獨立功能多寡不同而有極大的個別差異。單獨的護理機構其計算方式是以廣義面、整體面、全方位等多項來計算考量收費。

如何定價

定價(Pricing)乃是行銷管理學(Marketing Management)中重要課題之一，任何的商品或服務都需要定價，定價的步驟有幾種說法，主要有六個步驟：①定價目標；②決定需求；③估計成本；④分析競爭者的價格與產品；⑤選擇定價方

表 36-2 護理費用之計算

護 理 費 用	類 別 (平 均 護 理 費 用 × 天 數)
直 接 護 理 費 用	第三類 (三 天) : $65.28 \times 3 = \$ 195.84$ 第二類 (二 天) : $45.70 \times 2 = \$ 91.40$ $\$ 287.24$ (約 9,210.35 元 台 幣)
間 接 護 理 費 用	基本費用 : $\$ 175.50$ (不 論 天 數) (約 5,627.41 元 台 幣)
總 計	$\$ 462.74$ (約 14,837.76 元 台 幣)

法；⑥選擇最後的價格 (Kotler et al., 1989; Scott et al., 1985; 余朝權, 1991; 賴鑫奎等, 1986)。定價法主要有以下幾種：成本加成定價法(Cost-Plus Pricing)，損益平衡分析及目標利潤定價法(Break-Even Analysis and Target-Profit Pricing)，知覺價值定價法(Perceived-Value Pricing)及現行費率定價法(Going-Rate Pricing)等。

在許多的定價法中，成本加成定價法是一種較普遍被採用的方法。所謂成本加成定價法就是對其成本加以估算後，再加上一定比率的獲利，而定出價錢。醫院視其機構型態、組織、目標及社會使命不同，來決定營運盈利要獲利多少為目標；此外，心理因素、現實需要及與團體、社會、潮流等有關因素，也可列入定價考量之內。綜而言之，護理費用的計算可以成本加成定價法來計算，內容不僅包含人力成本費用、病房費、行政管理費用，甚至教學、研究費用也可依一定比率納入計算，以提升護理服務品質。至於加成範圍及比率為多少，可依機構型態、營運理念而有不同。一般而言，非盈利單位收費定價以不超過成本之 10~20 % 為依據。

護理機構收費標準

護理機構，不論其名稱是護理之家、產後坐月子中心、慢性病中心、老人安養中心；不論其組織結構如何，免不了的基本開支包括：人事費用、一般病房設備、護理站設備、空調設備、膳食費、清潔費、管理費用及雜支等項目。成立護理機構要開多少張床？收多少病人？病人性質如何？需收多少費用？才

能維持收支平衡，達到損益平衡點或盈利 10 % 以上，是個值得探討的問題。

不論要開多少張床，護理之家 24 小時的護理服務，應有最起碼的服務品質。換言之，在軟體及硬體上均應有相當的標準。開辦護理機構除基本設施開辦條件要符合護理機構設置標準外，剩下的就是如何經營及面對改變了。如何經營，簡單的說是了解每日、每月、每年的收入與支出盈虧損益情形，若能廣為開源，做到節流，節省不必要的開支，降低成本，維持護理標準與服務品質，經營企業化、人性化、高品質化、合理化，護理事業自有一片很寬廣的天空。

人事費用是占支出成本最重要的一項，現以 40 張床的護理機構為例，若不考慮病人分類，護理人員以平均一天 24 小時提供給病人的護理時數至少 2 小時粗估，依傳統護理人力計算公式（占床率以 80 % 計算），則需護理人員數為：

$$2 = \frac{N \times 8 \times 24}{40 \times 80 \% \times 365} \quad N = 11.7$$

四捨五入以 12 人計算，在人力分配方面應有多少護理人員呢？一般而言，一個護理機構中（以 40 張床為例）應設護理長一人，小組長三人，分別負責白、晚、夜班的工作。每位護理人員平均每月薪資以 4 萬元計算，人力成本一年以 13 個月計算乘以 12 人，平均每月約需 52 萬元（4 萬×13×12÷12）；若要省錢也可以 6 個人月薪付 3 萬元請護佐（以護理機構設置標準每 6 床應有一病房服務人員計算），另 6 個人付 4 萬元請有照護理人員（以總人數應有 5 人以上，每 10 床至少應有 1 名護理人員）來計算，平均每月人力成本費用約需 45.5 萬元〔（3 萬×6 + 4 萬×6）×13÷12〕，也可加上保險費用或績效獎金做彈性運用。病房設備含病床、床頭櫃、椅子、床單、枕頭、枕套、棉被、屏風等基本個人用物，視購物品質不同而有差異。另護理站設備，含各種記錄表格、醫療儀器及護理用品（如：抽痰機、噴霧器、體溫計、血壓計、體重計等）也有相當大的個別差異。總括下來，開辦費（不計算房屋成本）約需 200~300 萬元左右。

綜而言之，護理機構起碼的開支有人事費用、房屋費用、醫療儀器費用、材料費用及行政費用等項目。若房屋費用以房租計算，醫療儀器費用採平均分攤加在每年折舊上計算，則每個月平均支出約 100~150 萬元須分擔在每個病患身上。若以 80 % 占床率計算（40 張床以收 32 個病人計算）時，則每人每月平均要收 3~4 萬元才能維持收支平衡。當然如要減少收費，則須在支出上量入為出。第一年支出比較多，投資成本較高，人事費約占 50 % 左右，往後醫療儀器

及材料支出固定後，大約 60~80 % 用於人事成本上，以每個月開支 100 萬元計算，則每個月每個病人約收 2~3 萬元就能維持收支平衡了。另外，可收損益平衡的觀念，計算欲維持損益平衡或賺多少錢時，其平衡點為收多少費用或多少病人。因此，開源節流是件很重要的經營管理工作。

護理費用如何合理化

護理收費方面應如何收費才合理呢？學者專家各有不同說法。例如：Reschak 及 Dijkers 等人建議收取直接護理、間接護理及相關護理費用(Dijkers et al., 1986; Reschak et al., 1985)；Marks 則建議以病人分類來決定病人所需護理時數，再由護理時數來訂定護理費用(Marks, 1987)。將病房費用與護理費用合併或分開計算各有利弊；而以狹義觀念來看護理費用，即與以廣義觀念衡量有極大的差異。

過去護理團體在全民健康保險實施中，有關護理收費的訂定，有許多不同的聲音。如長庚醫院根據二年來從事護理活動及頻率，所需工時之研究結果，計算出每小時至少要有 400 元以上的護理收費才符合護理人力成本；其他各醫院提出的收費則有每病人每天(Per Patient Per Day) 300 元、600 元或 1000 元不等（徐南麗，1992）。隨著通貨膨脹，每年都會調整。護理收費應如何收取才合理呢？醫學中心與區域醫院護理收費是否應相等？各醫院護理人力成本是多少？是否收支平衡？這些是全民健康保險付費及與消費者有關的權益問題，也是掌管醫療體系的主管單位關心的焦點之一。

中華民國護理師護士公會全國聯合會護政法制委員會於 1990 年起，將「護理人力成本計算」列入專案研究。參加的醫院除了台北榮民總醫院外，長庚紀念醫院、三軍總醫院、馬偕紀念醫院、台北市立仁愛醫院、省立桃園醫院、省立嘉義醫院、省立台南醫院、國立成功大學附設醫院、高雄醫學院附設中和紀念醫院及高雄市立民生醫院均參與研究。其目的在於估算醫學中心、區域醫院與地區醫院的護理收費標準，擬訂合理的護理費用。研究結果顯示，醫學中心所計算出來的護理費由 427~820 元不等，區域醫院由 287~423 元不等，地區醫院約 282 元（杜敏世，1992），當然護理費用會隨著時代不同、各醫院所收病人嚴重程度不同、工作性質改變、薪資調升及各種變遷因素不同等因素影響，而有極大的個別差異。

由於過去護理費用一直未建立在成本分析上，而常被併入病房費、治療費中；同時，收費的標準亦未考慮病患疾病嚴重度、護理的需求量及住院天數，而僅以病房的等級（如單人房護理費 700 元、雙人房 500 元、四人房 300 元等）來酌收護理費用。以行政院勞工委員會及行政院衛生署在 1990 年 5 月 1 日公布之甲表來看，護理費、呼吸道抽吸等活動，各項收費 25~40 元不等，且其費用已包含技術本身之材料費用在內。目前一般雙人房旅館的房間費用平均在 1,000~5,000 元之間，醫院除提供房間外，另提供醫療服務，以目前情況來看收費確實偏低。收費若無法反映成本，勢必影響到醫療品質，使醫院營運困難（趙秀雄，1989）。

全民健康保險已於 1995 年 3 月實施，在護理收費方面，中央健康保險局當年在 5 月時規定，醫學中心病房費含病床費、護理費及其他雜項成本（如：不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等），全民健康保險給付住院病人每人每天以 780 元，區域醫院以 600 元，地區醫院以 430 元，地區教學醫院以 473 元申報，雖然已照原來的醫學中心收費（545 元）略增 43%，但仍與實際人力成本費用差距太遠。急性病房費中，一般病床、經濟病床、燒傷病床、急診處暫留床及隔離病床之支付點數內含護理費 50%；新生兒病床、加護病床、精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床之支付點數內含護理費 60%。以醫學中心平均 24 小時提供病人的護理時數為 4 小時計算，人力成本費用以每小時 300 元計算，至少為 1,200 元，加上病房費視單人房、雙人房、三~六人房的收費不同而有個別差異，全民健康保險所給付的 780 元（其中只有 50% 屬於護理費）實不敷成本開支。此外，加護病房每人每床平均成本為 10,980 元，全民健康保險只給付 4,410 元；燒傷中心每人每床成本約 6,908 元，給付 6,700 元。醫學中心在全民健康保險實行後，重大傷病病人已有增加的趨勢，這勢必影響護理工作量及人力資源分配的情形。將來醫學中心如何提供高品質服務又能不虧損，實為一大挑戰。

為使護理費用合理化，只有不斷的研究，提出具體統計數字，運用公會、學會、醫院、學校等團體的力量據理力爭，相信假以時日，一定會有圓滿結果。

本章轉載自：徐南麗(2000)·護理費用知多少·於陳月枝等編著，護理專業問題研討（3 版，pp.368-386）·台北：華杏。徵求原刊載單位及原作者同意後，在本書編輯過程中，文字、圖片經作者與編者重新編輯整理。

本章習題



問題討論

- 一、您認為護理服務應收費嗎？如果須收費該如何計算才合理？
- 二、經營護理機構能盈利嗎？
- 三、如果您是護理之家的經營人，您認為怎樣的收費是合理的？
- 四、如果您用 120 萬買了一部醫療診斷儀器，準備 5 年還本，則每年折舊費用為多少？應如何定價？
- 五、假設某醫院護理人員全年平均薪資為 677,995 元（本薪 + 各項津貼 + 加班費及夜勤津貼 + 退休金等），試計算其護理人力成本，如一分鐘、一小時、一天的人力成本各為何？

解答

- 二、答：護理機構最大的開支和醫院管理一樣，是在人事費用開支。除了必要之開辦費外，若能在經營管理上做到開源節流，合理定價，並能做好臨床服務照護工作，才能有合理利潤。簡單的以損益平衡點來說明盈虧觀念，例如：以每個月固定費 100 萬計算，每病人所耗成本以 2 萬元（實收 5 萬元）計算，套入公式：

$$\begin{aligned} \text{每期損益平衡銷售單位} &= \frac{\text{每期固定成本}}{\text{每期單位貢獻毛額}} = \frac{1,000,000}{50,000 - 20,000} \\ &= 33 \text{ (人)} \end{aligned}$$

只要有 33 位病人，即可收支達到平衡。若欲降低病人的收費標準，則可由加床至 40 床，平均每人的費用只需 45,000 元，其計算公式如下：

$$40 = \frac{1,000,000}{(X - 20,000)} \quad \text{則 } X = 45,000。$$

如果每月要獲利 50 萬，則須加價至 65,455 元，才能達到利潤。

$$33 = \frac{1,000,000 + 500,000}{(X - 20,000)} \quad \text{則 } X = 65,455 \text{ 元}$$

總之，要獲利多少，要收多少病人，地點環境，硬體或軟體設備如何，護理品質、行銷能力如何皆會影響盈虧。因此建議有志經營護理機構工作人員若能在會計成本分析、損益平衡、電腦設備與資訊的運用、研究及行政管理等方面多下功夫，自然可運用最少的人力、物力，達到最佳效率與效果。

四、答：1. 月折舊費為：120 萬 ÷ 5 ÷ 12 (個月) = 2 萬元，日折舊費以每月工作 20 天計算，每日為 1 仟元。

2. 如何定價？

(1) 預定 5 年還本，不以盈利為目的，只達損益平衡即可，粗估每天至少有 10 個病人做檢查，則每病人收 100 元即可，但一般還會考量到 100 萬元的利息費及人事費用。

(2) 若希望 5 年還本，但要賺一倍，則每人收 200 元，2 年半即可還本。

(3) 若希望賺 5 倍，則每人收 500 元，一年即可還本。

五、答：護理人力成本計算公式如下：

$$\text{每分鐘人力成本} = \frac{\text{年所得}}{(365 - \text{不上班天數}) \times 8 \times 60}$$

不上班天數：104 天 (周休二日) + 14 天 (平均公休)
+ 12 天 (國定假日) + 5 天 (平均事病假) = 135 天

$$\begin{aligned} \text{則：每分鐘人力成本} &= \frac{677,995}{(365 - 135) \times 8 \times 60} \\ &= 6.14 \text{ 元} / \text{分鐘} \end{aligned}$$

$$\text{每小時人力成本} = 6.14 \times 60 = 368.5 \text{ 元} / \text{小時}$$

$$\text{每天人力成本} = 368.5 \times 8 = 2948 \text{ 元} / \text{天}$$

引用文獻

- 余朝權(1991)·競爭性行銷(5版)·台北：長程。
- 杜敏世(1992)·護理人力成本之探討：護理行政優良專案專集第四集(pp.1-15)·台北：中華民國護理學會護理行政委員會。
- 徐南麗(1992)·護理人力生產力之評估與應用(第一集)：護理時數與護理人力成本探討·台北：台北榮民總醫院護理部。
- 徐南麗(1995)·護理人力生產力之評估與應用(第二集)：原型與因素型病人分類系統之建立與應用·台北：台北榮民總醫院護理部。
- 趙秀雄(1989)·台北榮民總醫院經營的困境·醫院，22(6)，270-271。
- 賴鑫奎、周茂柏等譯(1986)·行銷管理——分析規劃與控制·台北：曉園。
- Dijkers, M., & Paradise, T. (1986). PCS: One system for both staffing and costing. Nursing Management, 17(1), 25-29, 32-34.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (1989). Principles of marketing (4th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Marks, F. E. (1987). Refining a classification system for fiscal and staffing management. Journal of Nursing Administration, 17(1), 39-43.
- O'connor, N.(1988). Intergrating patient classification with cost accounting. Nursing management, 20(40), 35-38, 40.
- Omachonu, V. K., & Nanda, R.(1989). Measuring productivity: Outcome vs. output. Nursing management, 20(4), 35-38.
- Reschak, G. L. C. et al.(1985). Accounting for nursing costs by DRGs. Journal of Nursing Administration, 15(9), 15-20.
- Rosenbaum, H. L. et al.(1988). Costing out nursing services based on acuity. Journal of Nursing Administration, 18(7), 10-15.
- Scott, J. D., Warshaw, M. R., & Taylor, J. R. (1985). Introduction to marketing management——text and cases (5th ed.). Illinois: Richard D. Irwin.

附件

健保給付之護理費用

全民健保護理費用自 1995 年開辦至今已有改變，茲將 2000 年新的資料列表如下：

1. 經濟病床、燒傷病床、急診處暫留床及隔離病床之支付點數內含護理費 50 %。
2. 新生兒病床、加護病床、精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床之支付點數內含護理費 60 %。
3. 一般病床之支付點數內含護理費 56 %。

表一 全民健保病床支付點數

診療項目	內含護理費百分比	支付點數	支付護理費點數
急診處暫留床	50	300	150
普通隔離病床	50	1023	512
保護隔離病床	50	1771	886
經濟病床	50	450	225
燒傷病床	50	1221	611
一般病房	56	920	515
燒傷中心	60	9213	5528
骨髓移植隔離病床	60	9213	5528
精神科加護病房	60	1254	752
新生兒中重度病床	60	1500	900
加護病房甲級	60	6000	3600
加護病房乙級	60	5000	3000
加護病房丙級	60	3500	2100
加護病房丁級	60	2500	1500

由上表可知，全民健保給付護理費用（如：一般病床 515 元），只夠付護理人力成本 1 個多小時，因此，爭取護理費用需再加油。

參考資料：台北榮民總醫院(2000)·全民健康保險醫療費用支付標準(上冊)·台北：榮民總醫院。