病人分類系統與單行成本分析
PATIENT CLASSIFICATION SYSTEMS AND SINGLE ITEM COST ANALYSIS

徐南麗

摘要

本研究係國科會補助之第五、六年研究，研究目的是以單項成本分析算出病人分類量表中46項護理活動之單項成本，並與現有之全民健保給付比較差異，調查時間自84年8月1日起至86年7月31日止，調查對象以臺北某醫學中心內外科所有病房之1,028位病人次、520位護理人員為對象，調查46項護理活動的單項成本，研究工具採用某院成本會計單位使用的「單項成本」會計公式及病人分類量表。研究結果顯示因素型病人分類量表46項護理活動之單項成本，如:「入院護理」為519.79元，「局部用冷熱護理」為122.17元…。每項護理活動單項總成本並與健保給付比較差異，如:「局部用冷熱護理」健保只給付25元，彼此有97.17元差距，再以單項成本分析計算一、二、三、四類的護理成本分別為731，1790，2765及3932元，單項成本與健保給付在四類病人成本上有顯著差異，研究貢獻除建立護理活動單項成本分析、提供護理部做為申請保險給付護理費用及未來建立護理收益中心之參考外，並可提供全民健康保險機構做為病人分類、護理給付及病人收費之參考。

關鍵詞:病人分類系統、單項成本分析、成本分析、全民健保給付

前言

我國自民國84年3月實施全民健保以來，真是幾家歡樂幾家愁。能賺錢的醫療院所多半是對支付制度較為瞭解，能精打細算、懂得申報技巧及成本花費較少的醫院。對於醫學中心、硬體設備成本高的醫院，健保仍給付相同額度，沒有個別差異。成本高給付不足，長期下來則易造成人不敷出之現象。

到底健保應給付多少才是合理呢?

過去支忖標準多採經驗、專家協商或市場趨向來制訂，易因人為控制而造成不客觀與社會資源的浪費，支付制度實有賴於一個公平、合理的支付制度標準表。若以醫療提供者從事醫療行為中實際消耗為基準制訂，則為較科學公正的方法，張錦文等人於(張，民82a)民81年進行醫院實際成本之分析，調查醫院基本診療項目含門診、急診、住院及加護病房等單位之實際成本;82年7月再調查醫院特殊診療項目(含:手術與生產 (張,民82b)、處置與治療、放射線檢查、實驗室檢查、生理檢查……等)之單項成本分析，以提供相關單位訂定支付標準表之參考。

護理費用應給付多少才合理呢?是依據護理時數、病人分類、人力成本、直、間接護理活動收費嗎?再者，一項護理活動到底應收多少費用，是純粹以護理時數計算呢?還是應包含不計價藥材、設備折舊、或是單位之作業成本、行政管理、教學研究等成本之分攤部份均亦須一併納人考量?除了王(民80)、徐等(民81、84、86)、及傅等(民82、84)曾以工時計算過病房單位護理人力、成本及手術室成本外，一直末見到類似有關護理活動與護理費用之相關研究，護理界為提升護理水準，肯定護理工作績效，應更積極從事護理時數、病人分類、護理活動單項成本及收費之研究(病人分類系統之建立與應用詳見徐南麗等，民85;單項成本分析之建立，詳見

徐南麗，民86;病人分類系統與單項成本分析，詳見徐南麗等，民87)。本研究將已發展之護理活動單項成本及病人分類與大家討論，以求找出合理的收費方式。

一、研究目的

1.瞭解病人分類系統46項護理活動之單項成本分析。

2.分析單項成本計算之護理成本在一、二、三、四類病人是否有顯著差異。

3.比較單項成本分析與健保收費在計算四類病人成本上是否有顯著差異，以提供健保給付參考。

二、研究假設

以病人分類量表，將病人依自我照顧能力及所需護理活動時間不同給予分類後，驗證下列假設。

1.以單項成本計算四類病人在一、二、三、四類成本上有顯著差異。

2.單項成本分析四類病人成本與健保給付比較(以護理費400元計)在四類病人成本有顯著差異。

文獻探討

民國84年我國即開始實施全民健保制度，而全民健保局對各醫療院所所提供的醫療支付，均是以支付制度之標準而訂定的，即以科學方法蒐集醫療提供者在從事醫療行為中所實際消耗之資材而訂定之基準費用，這似乎是一種較符合公平性、合理性的支付方法(行政院衛生署，民85)。然而，目前各學術醫療單位僅就一些醫療診療項目，如各項手術、檢查、診療做詳細的單項成本分析，卻沒有針對護理活動項目做成本的分析，因此，護理費用的給付制度一直是醫療行政主管所忽視的一環，也是護理界所不平之處。

長久以來，國內健康保險所採用的支付費用標準中，對於護理費用的支付均採以"包裹"(package)方式，即以病房費中包含護理費，就不同等級的病房給付不同之護理費用，缺乏客觀的實際成本分析，更不能正確反映各項護理服務的實際成本，以致造成護理行為的扭曲及爭議。在維持一定醫療護理品質之下，訂定一個為醫療院所及社會大眾所接受的，且不會扭曲醫療護理行為的支付標準，實為當務之急，以病人分類系統將病人分類，依所提供病人的護理活動來計算護理時數及護理費用，是目前最為實際及合理的人力資源計算方式。本研究的重點在探討單項成本分析與護理活動費用、病人分類與護理費用、並與現行健保給付護理費用比較差距，以提供健保單位做為健保給付護理費用參考。文獻本應探討病人分類系統與護理費用，但因限於篇幅，本文獻僅就單項成本分析來探討，病人分類系統的文獻詳見徐南麗(民85)。

1.單項成本分析的定義

醫院成本分析的目的之一是要建立醫療費用與成本之間的適當關係，雖然目前醫

療費用常不能反應出患者所接受的各項醫療服務成本，但醫院的收費標準應以「向所有患者公平收費」的原則來制定。所謂的「公平」乃要求各項收費應該反應出該項醫療服務的成本，並加上一個適當的金額以提供醫院持續營運與應付偶發事故等之必要維持費用。

成本分析之主要目的，就是為收集各部門實際發生的收益與成本資料，並加以整理表達，以有效瞭解組織內各項管理及醫療服務所耗用的成本，進而分析及評估其工作績效，以改善作業或做為計價收費之依據。所謂的「單項成本分析」便是根據各科部提供其某項醫療項目之作業流程，分析其中人力之投入、材料消耗量、維修折舊成本、作業成本、行政管理成本及教學研究成本等資料，進而算出該項醫療項目之成本以做為收費定價之依據。

據張(民82、83)指出單項成本分析的模式，可分為用人成本，不計價藥材成本、設備成本、作業成本及行政管理成本等五大項。用人成本中應考量參與醫療管理活動中的不同層級年資醫事人員，如醫師、護士、技術人員等，以及人員數多寡及時間的消耗 ;不計價藥材成本以保險制度中不給付之藥材為主，計算各種藥材之單價，再乘以其使用量之多少;設備成本包括有房屋與醫療設備之折舊;作業成本一般就用人成本，不計價藥材及設備成本之和乘以18%得之;行政管理成本則以前述四大項成本總合之5%估算之。其他尚有石(民85)介紹醫院的成本效用分析，蔡(民79)、賴(民78)有關醫院成本分析之研究。

徐南麗等人以六年的時間完成護理人力生產力評估與應用研究。第一、二年於某醫學中心完成269項護理工時及頻率測試，建立護理活動標準、定義及工時測試方法(徐等，民81、82)，第三、四年以一般外科病房為單位完成工時測試、工作分析等時間研究並建立原型與因素型病人分類系統(徐等，民82、84、85)。第五、六年則將病人分類與護理費用結合在一起，完成單項成本分析並探討單項成本、護理研究工時、護理專家建議工時、護理專家建議收費及現有保險給付在病人分類(四類病人)上有何差異，研究結果可提供保險給付及提供護理費用計算及支付參考(徐等，民85、86)。

研究方法

一、研究對象及時間

本研究是以臺北市某醫學中心所有內外科病房病人為對象，以徐南麗等人發展之「因素型病人分類量表」的46項護理活動進行調查，調查時間自民國84年8月1日起至86年 7月31日止。每項護理活動原則上以收集30位病患之資料為依據，計有1,028位病人次參加，520位護理人員協助收集資料。

二、研究工具

本研究工具包含:

1.一般外科病房因素型病人分類量表

一般外科病房因素型病人分類量表含有「四十六項一般外科護理活動」(46項護理活動見表一)，護理人員可鉤選病人所需每項護理活動而計算所需護理時數及護

理人力。

2.護理活動單項成本分析調查表

本院護理活動單項成本分析調查表，合用人費用、不計價藥材費用、折舊與維修費用、作業費用、行政費用、教學及研究費用（徐，民86）。

表一　四十六項護理活動不同收費與現有健保給付之比較　　單位：元

護理活動項目			時間	單項成本分析(A)	健保給付制度(B)	差距（B－A）
護理評估	病人動態	1.入院護理	44	519.79		
		2.出院護理	37	275.87		
		3.轉床護理	32	239.14		
	病人狀況評估	4.體溫脈搏呼吸血壓測量				
		A.≦2次	7	58.89		
		B.3至6次	21	169.98		
		C.7至12次	42	336.63		
		D.≧13次	63	503.27		
		5.呼吸聲蠕動聲瞳色評估	3	22.24		
		6.肌床病患神智使用	13	97.16		
		7.中央靜脈壓測量	4	251.99		
		8.尿液測試	3	42.79	15	-27.79
		9.醫護會診與專家諮詢	8	59.90		
護理措施	呼吸	10.氣管插管護理	6	65.06	100	34.94
		11.抽痰護理				
		A.≦6次	25	408.85	30/次	※
		B.≧7次	45	557.78	30/次	※
		12.吸入治療器使用	5	204.63	150/天	※
		13.氣療護理	6	92.77	30/次	※
	營養	14.鼻胃管護理	4	32.55	280	247.45
		15.灌食護理	8	90.31	200	109.69
		16.持續性胃管灌食之操作	12	151.86	150	-1.86
		17.輸出入量記錄	10	80.61		
	活動	18.翻身護理				
		A.部份協助	15	154.78		
		B.完全協助	30	271.52		
		19.協助病患上下床	6	58.97		
	排泄	20.導尿與膀胱護理	5	234.52	315	80.48
		21.排便護理				
		A.簡單型	6	46.57		
		B.複雜型	12	134.41		
		22.清潔灌腸	35	418.36	230	-188.36
	舒適與清潔	23.剃髮	11	156.19		
		24.晨間護理	7	51.98		
		25.睡前護理	4	29.65		
		26.口腔護理	7	82.59		
		27.沐浴				
		A.部份協助	10	135.88		
		B.完全協助	21	217.42		
		28.局部用冷熱護理	4	122.17	25	-97.17
	藥物	29.單一劑量口服給藥				
		A.≦2次	7	57.79		
		B.3至6次	21	165.91		
		C.≧7次	42	326.21		
		30.肌注針	5	72.81		
		31.小量靜脈注射給藥				
		A.≦2次	11	89.26		
		B.≧3次	33	282.08		
		32.靜脈注射溶液滴定法				
		A.≦2瓶	5	40.60		
		B.≧3瓶	10	81.20		
		33.靜脈滴注置入術	10	108.14	42	-66.14
	檢查治療前後護理	34.一般檢查前後護理				
		A.1項檢查	6	51.60		
		B.≧2項檢查	15	98.23		
		35.血管造影檢查前後護理	26	318.82		
		36.靜脈輸液暫閉護理	6	179.05	150	-29.05
		37.靜脈滴注護理	4	41.03		
		38.手術前護理	30	200.78		
		39.輸血護理	27	234.23	100	-134.23
		40.胃腸管導引法護理	6	363.89	60	-303.89
		41.動靜脈導管護理	10	243.52		
		42.傷口護理				
		A.換藥（大）	13	329.88	70	-259.88
		B.換藥（中）	9	204.85	50	-154.85
		C.換藥（小）	6	101.28	40	-61.28
護理指導	衛生教育	43.衛生指導				
		A.≦10分鐘	10	75.42		
		B.≧11分鐘	20	151.48		
醫療補助	檢查	44.檢體收集	6	55.30		
		45.抽血術	5	74.80		
	治療	46.中央靜脈導管置入術	38	741.91	545	-196.91

備註：差距欄中打※者，代表依次數不同而有個別差異。

三、信度與效度

單項成本分析含用人成本、不計價藥材成本、設備成本、作業成本、行政管理成本及教學研究成本。其中用人成本有月薪資及耗用時間。月薪資是成本會計組提供當月薪資資料。此項護理活動耗用時間則由各認領護理活動之單位，取樣30位病患，依護理技術標準程序完成工時測驗所得平均耗用時間。為求觀察員之間一致性，乃採評分員信度(Inter-rater reliability)，即甲觀察員與乙觀察員之間之一致性率達90以上才符合觀察員訓練合格資格。每項護理活動內容中所用的不計價藥材與設備，是護理人員遵照經品管委員會通過之護理活動過程標準所訂的。

病房所填寫護理活動單項成本分析調查表，如護理用人成本(含月薪資及耗用時間)，不計價藥材成本、設備成本、作業成本、行政管理成本用及教學研究成本等，均由護理專家共同討論過後，再請成會專家鑑定後納人公式計算，才得到執行某項活動所必須使用之耗材種類、平均數、百分比等資料，再將資料逐一套人單項成本分析公式計算出總成本，因此有其專家效度。

統計採t-test，ANOVA，Correlation，Scheffes'test等方式分析資料。

研究結果

一、四十六項護理活動單項成本分析

在四十六項護理活動單項成本(表一)中，單項總成本以第46項中央靜脈導管置入術成本最高741元，其次是入院護理519元，再其次是清潔灌腸418元，抽痰護理408元，常規導管引流護理363元。

在用人成本方面以入院護理工時最長，平均44分，用人費用237.7元，佔該項總成本45.73，其次是中央靜脈置入術38分，用人成本205.2元，佔該項總成本27.67，再其次為出院護理，工時37分，用人費用 199．8元，佔該項總成本77.52。不計價藥材以中央靜脈導管置入術最高335元，佔該項總成本45.16，其次是常規導管引流護理939元，佔該項總成本63.97，再其次是傷口護理169元，佔該項總成本51.48。設備成本以靜脈輸液護理最高84.70元，佔該項總成本47.31，其次是持續性胃管灌食之操作42.元，佔該項總成本28.01，再其次是血管攝影檢查前後護理37元，佔該項總成本11.71。作業成本、行政管理及教學研究成本，均以一定比率計算，因限於篇幅，不擬詳述。

二、比較四類病人單項成本費用

四類病人是依本院修訂MCRaC之病人分類表，將病人依自我照顧能力及所需護理時數分為四類。第一類是指完全可以自助的病人，所需護理時數小於2.18小時;第二類是指小部份需要協助的病人，護理時數為 2.18-3.07小時;第三類是指大部份需要協助的病人，護理時數為3.08-4.35小時;第四類是指完全需協助的病人，護理時數為 4.35小時以上。四類病人單項成木在第一、二、三 、四類分別為731.5，1790.7， 2765.8，3932.6元(表三)。以變異數分析看出四類病人均有顯著差異，以Scheffes’test考驗，則第一類與第二類，第一類與第三類，第一類與第四類，第二類與第三類，第二類與第四類，第三類與第四類，均有顯著差異(表三)，第一

類成本最低，第四類成本最高。

表二　護理活動（用人成本）前十名之單項成本分析　　單位：元

護理活動＼單項成本	用人成本	藥材成本	設備成本	作業成本	行政成本	教學成本	成本合計
1.入院護理	237.70	141.02	0.09	91.59	23.52	25.87	519.79
2.中央靜脈導管置入術	205.29	335.04	0.36	130.72	33.57	36.93	741.91
3.出院護理	199.89	0.57	0.59	48.61	12.48	13.73	275.87
4.清潔灌腸	189.08	115.80	0.01	73.71	18.93	20.82	418.36
5.轉床護理	172.87	0.81	0.59	42.14	10.82	11.90	239.14
6.輸血護理	145.86	21.55	3.29	41.27	10.60	11.66	234.78
7.血管攝影檢查前後護理	140.46	54.57	37.32	56.18	14.43	15.87	318.82
8.抽痰護理	135.06	162.29	0.62	72.04	18.50	20.35	408.85
9.臥床病患磅秤使用	70.23	0.00	0.58	17.12	4.40	4.84	97.16
10.傷口護理	70.23	169.83	0.35	58.13	14.93	16.42	329.88

表三　二種不同計算方式在四類病人之變異數分析及 Scheffe'test

變異名稱	病人類別	平均數	自由度	離均差平方和	均方	F 值	P 值	Scheffe'test
依單項成本分析計算	第一類 第二類 第三類 第四類	731.5 1790.7 2765.8 3932.6	3	925471121.8	308490373.9	1180.9	0.0	1>2 1>3 1>4 2>3 2>4 3>4
以健保給付之護理費定值（400元）代入	第一類 第二類 第三類 第四類	448.2 570.6 761.8 1026.5	3	1459755.0	486585.0	5.99	0.0005	1>2 1>3 1>4 2>3 2>4 3>4

三、單項成本分析與健保給付比較

單項成本分析與現有健保給付比較，二者之間不論在第一、二、三、四類上均有顯著差異。如單項成本分析費用在第一類是 731.5元，現有健保給付為448.2元，以t值檢定，t值為-14.90，$p<0.0001$，結果均有顯著差異(表四)。

表四　單項成本分析與現有健保給付之 t 值檢定

類別＼項目	單項成本分析	健保給付	t 值	p 值
第一類	731.5	448.2	-14.90	0.0001
第二類	1790.7	570.6	-35.40	0.0001
第三類	2765.8	761.8	-37.13	0.0001
第四類	3932.6	1026.5	-32.06	0.0001

討論

一、護理活動單項成本分析

本研究單項成本分析是採某一級教學醫院成本會計組提供之院內使用表格，其中用人成本及不計價藥材成木較無爭議，因用人成本是經過工時測驗得到的平均時

間，不計價藥材則是按實際消耗量乘以單價計算所得，設備方面含房屋折舊及維修成本則有較大的爭議空間，折舊成本視房屋年代久遠以及設備使用年限、使用時間長短不同而有差異。至於設備折舊成本，若是老的建築及設備，維修成本是要付出相當高的比率，本院是以房屋折舊成本加上設備折舊成本之和乘以百分之十八計算一般設備折舊;若是新的醫院也許不必列到18%的維修成本，但老的醫院則應視歷史資料而增加預算計算護理成本。在本研究中，因所有活動幾乎都在病房中活動，健保有給付病房費，為免重複計價，故房屋折舊均不予計算。

二、四十六項護活動單項成本分析

護理活動分開單項成本及總單項成本是需要計算的，但單項成本與病人分類又有何關係呢?在健保給付論病例計酬即將執行，所有工作力求標準化，以減少不必要的開支，以期以最少的人力、物力、時間、財力達到最高效率與效果之際，如何簡化工作建立合理收費、開源節流是醫院行政者最關心的問題，護理工作是否需要簡化?與病人類別、所需護理時數、護理人員對工作技術之熟悉度(含質與量)均有關係。如病房流動率高、人員時常異動、護理人員技術不純熟、對病人不了解，自然會影響工作品質及簡化精神。用人成本在前十項因時間較長成本較高，應有簡化之空間(表二)。

由表一、二可以看出護理「用人成本」排行榜前三名最高者分別是:入院護理(237.7元)、中央靜脈置入術(205.2元)、出院護理(199.8元);若將頻率一併考量在內，則用人成本排行榜最高的前三名分別是:TPR測量≧13次以上(340.3元)、抽痰每日7次以上(243.1元)、單一劑量口服給藥每日7次以上(226.9元)。以上資料同時考量了時間及頻率。

「不計價藥材」成本前三名排行榜分別為 :中央靜脈導管置入術 (335元)佔45.16%、常規管道引流護理(232元)佔63.97%，及傷口護理(169元)佔51.48%。一般而言，人事成本通常可高達50%，另外20%固定為作業成本、5%為行政管理成本、5.5%為教學研究成本，其餘有關材料及設備折舊成本只剩下20%。排行榜前三項不計價藥材成本全都超過該項總成本之50%，實有再降低成本或是檢討可否改以其他可達到相同效果且成本較低之材料來執行工作。至於每一項成本要降低到多少百分比?各專家學者也無定論，但就整體而言，一致同意「降低用人及不計價藥材等二項成本」，以降低成本提升品質。

張(民82)曾做過調查，比較六大成本中心(含門診、急診、住院、加護病房、手術、檢查及處置)之成本中，到底用人成本與不計價藥材成本所佔比率多少，其中造成差異之原因為何。研究結果發現不論是否含特殊科別均以住院所佔成本最高，約45%，其次是門診與檢查、手術、處置，各約佔15 -17%。基本診療項目(含門診、急診、住院及加護病房)與特殊診療項目(含手術與生產、處置與治療、實驗室檢查、放射線檢查、生理檢查)等二者單項成本各佔總成本之72%與28%，即基本診療項目與特殊診療項目之比值為2.5左右。

至於醫學中心各項比率為何?由張錦文等人的調查看出用人成本平均值佔45.7%、不計價藥材平均值佔3.3%、設備成本平均值佔11.1%、作業成本平均值佔28.0%、行政管理成本平均值佔8.0%、教學研究成本平均值佔2.7%、社會服務成本

平均值佔 1.2%。究竟我們的護理活動經由單項成本分析各項比例應佔多少?與其他單位之比較如何?均有待各項基本資料之建立。方能與其他科部單位之資料相比較。

表五　現有健保給付與單項成本差距　　單位：元

序號	項目	健保給付(A)	單項成本(B)	差距（A-B）
1	尿液測試	15	42.79	-27.79
2	氣管插管護理	100	65.06	34.94
3	抽痰護理 A.≦6次	30/次	408.85	※
	抽痰護理 B.≧7次	30/次	557.78	※
4	吸入治療器使用	150/天	204.63	-54.63
5	氣療護理	30/次	92.77	※
6	鼻胃管護理	280	32.55	247.45
7	灌食護理	200	90.31	109.69
8	持續性胃管灌食之操作	150	151.86	-1.86
9	存留導尿管護理	315	234.52	80.48
10	清潔灌腸	230	418.36	-188.36
11	局部用冷熱護理	25	122.17	-97.17
12	靜脈置入術護理	42	108.14	-66.14
13	靜脈輸液幫浦護理	150	179.05	-29.05
14	輸血護理	100	234.23	-134.23
15	常規管道引流護理	60	363.89	-303.89
	傷口護理（大）	70	329.88	-259.88
16	傷口護理（中）	50	204.85	-154.85
	傷口護理（小）	40	101.28	-61.28
17	中央靜脈導管置入術	545	741.91	-196.91

備註：差距欄中打※者，代表依次數不同而有個別差異。

三、比較四類病人單項成本費用

護理成本是依病人分類而有區別的，也就是說第一類病人所接受的護理時數平均是 2.18小時，若以單項成本計算應付731元，若要病人依不分類計算則需付1,471元或依第二類計算則需付1,790元，依第三類計算則需付2,765元，第四類則需付3,932元，若依後三者方式付費對第一類病人而言確實有些不公平。

到底病人支付護理費用的方式應如何?以病人分類不同支付護理費用應是目前較科學、合理且可行的方式。因為病人分類是以每日所需之護理活動所需之護理時數計算護理費用，可鼓勵病人自我照顧、減少依賴性護理活動，達到減少住院天數，早期規劃復健及早期規劃出院護理，達到自我照顧的目標，是頗為具體實際的計算方法。

四、單項成本與現有健保給付之比較

由表一、五可看出目前健保給付只有17項，此17項其單項成本分析費用與實際健保支付均有差距，其中以常規管道引流護理、傷口護理(大換藥)及清潔灌腸護理差距最大。到底健保應給付多少才合理?理論上，除包含用人成本、不計價藥材成本、設備折舊成本等直、間接醫療總成本外，尚應同時考量到作業成本、行政管理成本以及教學研究成本等分攤之成本。但若是站在消費者的立場上來看又有不同，因為

大部分的消費者總認為只有直接提供給病人的護理服務部份才能要求支付護理費用。因此，醫療業者與消費者雙方就有不同的意見:一方是希望依醫院運作所需耗用之實際成本計算，另一方卻又只願意依據所接受之直接護理服務來付費。如何在其中取得平衡?就有賴相互的協商了。協商的技巧除要參考歷史資料及應用現有統計數據外，護理人員的專業表現高品質的服務應是有力的籌碼。

長久以來，護理人員在醫院中的地位往往是處於「工作量很重，人事支出成本多，收人卻較少」的地位。為何護理人員為病人做了這麼多的護理服務，卻無法得到合理的收益呢?原因很多，其中之一是因為缺乏一套完善的成本計算方式，無法針對所提供的護理活動做合理的成本分析，以建立一套合理的護理成本及收費制度，提供保險機構做為給付參考。因此，即使護理人員工作十分辛苦，若沒有一個理想的工作量考評及合理的收費標準可以依循，便無計價收費之收人，無法成立收益中心，永遠無法得到合理的報償，若護理人員的工作績效可由病人分類鉤選項目表鉤選出護理人員為病人所作的護理活動，由護理活動計算出護理收費，自然可做為提供護理績效獎金的參考，這不正是提高護理生產力最具體的工具嗎?

結論與建議

一、結論

由護理活動之單項成本分析可發現不必要之開支加以改善或簡化工作;由各種護理活動項目之單項成本(如用人成本與設備成本)之比率分析成本;各護理單位(如內科病房或外科病房)亦可在同一項護理活動中了解各成本比率分布情形(如用人成本、設備成本等)並做比較，以做為訂定工作標準、簡化工作及提升工作效率之參考。

二、建議

1.研究建議

此46項護理活動多為護理獨立功能，未來研究可進一步針對醫院中與其他有關單位 (如:醫師、醫檢師等)合作之護理活動，如:協助醫師執行醫囑、協助檢查治療等方面，再發展出一套合理的計算方式進行收費調查，並與健保給付做比較。

2.行政建議

單項成本分析已計算出46項一般外科護理活動，將來研究可以此方法進一步針對某院之269項護理活動陸續算出工時及單項成本，發展各專科病人分類系統，由分類可找出各科護理計算收費方式，發展各專科活動之單項成本分析。上述各項資料均可提供人力資源分配及建議護理收費之參考。

三、研究貢獻

1.本研究建立護理活動單項成本分析，可提供健保局作為訂定收費的參考。

2.由單項成本可分析每項護理活動各單項(如:用人成本、不計價藥材成本、設備折舊……等)的比率，由此可以發現何處有浪費之虞，進而作為工作簡化之參考，

3.本研究已建立單項成本基礎資料，可以此為基石。未來若技術執行動作改變、執行工時改變，或有新增技術，仍可依此套方式進行研究提供收費的計算，並與原始資料加以比較，以期符合時代需要，避免造成虧損。

4.與現有健保比較，可提供健保機構做為將來給付之依據。

誌謝

本研究承國科會研究(85-2412-H-075-00111及86-2412-H-075-00111)給予補助;單項成本分析小組(含張宗培、馮容莊、汪蘋督導、吳純等42位護理長)提供各項護理活動之執行標準過程，尤以吳純護理長費心最多;各單位負責同仁盡心協助收集各項護理活動執行時所需使用到的耗材、設備等資料;研究助理羅秀媛、王培文、謝雅珠等協助資料整理;神經醫學中心盛文鳶技師協助資料統計分析與諮詢，本研究才得以順利完成，特此致謝。

參考資料

王怡文、徐南麗(民國80)．急性精神科病房的護理收費探討．護理雜誌，38(4),89-100.

石美春(民國85)．成本效益、成本效果及成本效用分析法之簡介．醫院，29(5),9-13.

行政院衛生署 (民國85)．全民健康保險醫療費用支付標準．台北:行政院衛生署．

徐南麗等(民國81)．護理人力成本初探．榮總護理, 9(2).166-176.

徐南麗、王瑋(民國81)．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．國科會研究計畫。

徐南麗、王瑋(民國84)．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．國科會研究計畫。

徐南麗、王瑋(民國87)．護理人力生產力之評估與應用[第三集]病人分類系統與單項成本分析．國科會研究計畫。

徐南麗、王瑋、馮容莊(民國82)．護理人力生產力的評估與應用．護理研究，1(2),101-112.

徐南麗、馮容莊、林惠蘭、王明華(民國85)一般外科四類病人護理活動時間與人力配置．榮總護理，10(2)，191-200.

徐南麗、馮容莊、羅秀暖、王培文(民國85)．因素型病人分類系統之建立．護理雜誌，43(3)，23-35.

徐南麗、馮容莊、羅秀暖、王培文(民國85)．因素型病人分類系統之應用．榮總護理，13(4)，446-454．

徐南麗(民國85)．病人分類系統與護理費用．護理雜誌，43(4)，23-33.

徐南麗、王培文(民國86)．護理活動單項成本分析．榮總護理，14(1)，94-101.

張錦文等(民國82)．建立醫院成本制度及其機制之規範．行政院衛生署委託研究計畫。

張錦文等(民國83)．醫院成本實驗研究(I)．行政院衛生署委託研究計畫。

張錦文等(民國82)．醫院成本實驗研究(II)．行政院衛生署委託研究計畫。

傅玲、徐南麗、陳雪芬、姚琪、鍾文珍(民國82)．影響手術成本與收費相關因素之

探討(一)：手術工時研究．榮總護理，10(4)，430-438.
傅玲、徐南麗、陳雪芬、姚琪、鍾文珍．(民國84).影響手術實際成本與收費相關因素之探討．榮總護理，12(2).22-25.
蔡婉愉(民國79)．以牙科成本分析作為醫療費用支付基礎之可行性探討----以兩家醫學中心為例．中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
賴揚仁(民國78)．成本分析在醫院定價策略應用之研究．中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。