病人分類系統與護理費用
Patient Classification Systems and Nursing Fees

徐南麗

摘要

本研究係國科會補助五年計畫之第四年研究，目的在依已建立之因素型病人分類量表鉤選每日護理項目，以下列幾種不同方式計算護理費用:(1)以研究工時來計算各類病人之每日平均護理費用。(2)依專家建議之理想護理工時、理想護理收費，分別計算各類病人之每日平均護理費用。(3)以各種醫療保險給付與全民健保所給付之每日病房護理費用計算護理費用，並比較收費在病人分類上之差異。調查時間自84年3月 14日起至6月24日止。調查對象以臺北某醫學中心之一般外科四個專科病房1028位病人及26位護理專家為樣本，研究工具採用因素型病人分類量表。信度採觀察員信度，效度採專家效度。調查結果顯示第一、二、三、四類病人的護理收費，根據因素型病人分類量表鉤選之每日護理項目，(1)以護理工時來計算，得到:314，649，895及1214元。(2)以每分鐘專家建議工時乘以5元計算，得到:377、786、 1076及1463元;以專家建議單項護理技術收費計算，得到:438、1028、1507及2109元。(3)以勞保收費標準計算為351、767、1235及1780元，(4)以健保收費標準計算為:378、915、1390及1960元，上述四種收費之間有差異存在。本研究結果可供保險機構做為未來以病人分類給付護理費用及病人收費標準之參考。

關鍵詞:病人分類、病人分類系統、護理成本、護理費用

前言

科技的進步、社會環境的變化、護理人力大量流失、醫療費用節節高漲，及中央健康保險局極力縮減醫療費用等多方壓力下，醫療衛生主管均已將成本及財務狀況列人審慎考量，希望能使得各科、部醫事人員的資源運用達到最大的效益與最高效能。而在龐大的醫療成本中，護理人員的薪資有的佔了 25-30%(Nagaprasanna，1988)，有些醫學中心統計:護理人員佔40-60%之人事費用。在如此龐大的醫療成本支出下，究竟產生了多少的收人費用呢?是許多醫療衛生主管所置疑的?事實上，一個好的病人分類系統不僅能正確預估護理工作量、計算護理人力、甚至可以作為護理收費的依據。護理能依工作內容收費，不但可提升護理人員工作士氣，作為醫院評估護理生產力、護理工作量負荷、工作績效之指標，且可作為醫療保險機構給付護理費用之參考。本研究是以因素型病人分類系統為工具，以不同計算方式來估算護理費用。

研究目的

(一)依據因素型病人分類量表鉤選之護理活動項目，以研究工時計算四類病人每日平均護理收費。

(二)根據因素型病人分類量表鉤選之護理活動項目，以專家建議之理想護理工時、理想護理收費，分別計算四類病人每日平均護理收費。

(三)依各類別醫療收費方式，如公保、勞保、自費、健保，計算四類病人護理收費。
(四)比較各種護理收費方式之差異。

文獻探討

臺灣在實施全民健保前，有十三種不同保險制度，其中以公保、勞保及農保三種保險人數佔大多數，而不同制度其醫療給付亦有差異;同一種護理活動不僅有依保險人身份不同而有分公保、勞保及自費等收費方式，也有依醫療院所等級之不同，而分甲表(醫學中心及區域醫院)、乙表(地區綜合醫院及地區專科醫院)及丙表(基層醫療院所)等三種支付點數(台閩地區勞工保險局，民83)。自民國84年3月衛生署推動全民健保後，保險給付分成了健保與非健保二種，在護理收費方面應如何收費才合理呢?學者專家各有不同的說法。例如:雷斯凱克(Reschak, Biodi, Holm & Santucci，1985)及戴克爾(Dijkers & Paradise，1986)等人建議收取直接護理費(含評估、計畫、執行及評價)及間接護理費(含行政、招募、環境介紹、教育等);但近年來，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的觀念已廣被接受(Marks,1987; Rosenbaum，WiIlert，Kelley，Grey & McDonald，1988)。事實上，將病房費用與護理費用合併在一起計算的觀念，已普遍不被護理專業人員及護理師護士公會或護理學會所認同。

近幾年來，由於醫療照護消費逐漸升高，醫療單位受到企業管理成本效益的訴求與衝擊之下，為了有效地控制資源與成本，檢視各部門的資源分配及生產力衡量已是刻不容緩的。護理部門的行政主管在從事護理生產力之衡量、評估之初，必先界定護理生產力之定義。基於各專家學者從事護理生產力研究的角度不同，而對生產力作出不同的操作性定義。Shukla(1982)的研究將護理人員花費在病人的直接照顧(direct care)、專業性照顧(professional care)，及溝通活動(communication activities)的時間，定義為護理生產力，Artinian等人(1984)的研究中，則以醫師處方 (physician's orders)量的多少來界定護理生產力(Minyard，Wall & Turner.1986);Rieder及Lensing(1987)指出護理生產力是輸出與輸人之比，即工作量(Workload)與實際工作人員數之比，亦是病人照顧需求與提供照顧時間之比;在Helt及JeIink(1988)的研究申，則將「醫院中病人嚴重度(acuity)提高」與「病人住院日數降低」，規為護理生產力的提高。

傳統衡量護理生產力的方法是採用每病人每天所需護理時數(Nursing Hours Per Patient Day;NHPPD)，或是以每天病床數 (Occupaied Bed or Adjusted Patient Day;APD)分配相當的全日工作人員數 (Full-Time Equivalents;FTE)來計算之。但上述的計算方式已不切合實際了，其原因有三:由FTE的計算無法完全說明醫院中人力實際投人的狀況;由NHPPD及 FTE無法衡量病人每天所需要的護理; FTE及NHPPD無法說明投入人力之技術水準。取而代之的，每病人每天之護理成本(Nursing Cost Per Patient Day;NCPPD)被視為護理行政主管監測及控制護理生產力的指標。在Strasen(1987)所提出的標準護理成本/生產力模式(Standard Costing/Productivity Model，中，指出每病人每天全部護理時數(Total Nursing HPPD)是每病人每天之直接護理時數 (Direct Care HPPD)、單位內間接護理時數 (Unit Indirect Care HPPD)與護理行政時數(Nursing Administra(HPPD)之總合。

為了要能正確地衡量病患個別性之護理費用及計算護理生產力，發展部門必須找尋一種方法，能夠清楚地確認病患直接護理的所有影響變異數，病人護理分類系統(Nursing Patient Classification Systems;NPCS)即能在不同的診斷相關帮(DRGs)，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作為一種成本計算工具(Nursing Patient Classification Systems as a costing tool)。本研究就是以病人分類系統來計算各種護理費用。

方法

一、研究對象及研究時間

本研究第一階段是由臺北市某醫學中心一般外科四個專科病房之所有病人為研究對象，調查時間自民國84年3月14日起至 84年3月23日止，共計十天，由病房護理人員勾選當天病房所有病人所需護理活動項目。第二階段是以臺北市某醫學中心所有臨床護理專家為母羣體，由母羣體中選取26位對護理成本費用有研究之臨床護理專家為樣本，進行專家問卷調查，探討專家認為的理想護理時數及護理收費標準，調查時間自民國84年6月20日起至民國84年6月24日止，共計五天。

二、調查方法

調查方法分兩階段進行。第一階段護理人員先依病人分類量表連續勾選十天，4個病房總共勾選了1028人次。第二階段先由研究助理針對因素型量表中之46項護理活動收費，進行資料收集，將目前公保、勞保、民眾及健保已計價之護理活動費製成一問卷調查表後，商請各科臨床專家填寫。為使本問卷結果能適用於全院各科部門，故各科至少選擇專家一位，進行調查。

三、研究工具

本研究工具係採用「一般外科因素型病人分類量表」及「因素型病人分類護理活動時間與收費一覽表」。「因素型病人分類護理活動時間與收費一覽表」(表一)之建立，係根據「因素型病人分類量表」內之 46項護理活動項目，收集各項活動之各類醫療保險給付，包括公保、勞保、民眾及健保等不同醫療給付。資料來源有「勞工保險診療費用支付標準表」(台閩地區勞工保險局，民83)及「行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院醫療作業收費價目表」(台北榮民總醫院，民81)。該一覽表設計成問卷型式，問卷項目含:護理工時、專家建議合理時間、依工時計算護理費、勞保、公保、民眾、健保給付費用及專家建議理想收費，並附有專家個人基本資料問卷。根據資料調查顯示，46項護理活動中，公、勞保及民眾之醫療給付項目只有18項，健保只有19項，未給付項目以「一」表示;其中第十二項「吸入治療器使用」目前給付的方式為: (1)口鼻吸入治療150元/次，一天四次;(2)氣管內管吸入治療525元;因在表中無法詳列，故以「****」表示，特此附註說明。

表一　因素型病人分類護理活動時間與某院收費一覽表

項目	類別 / 護理活動名稱		平均工時 分鐘	專家建議合理時間 分鐘	依工時計算護理費 元	勞保 元	公保 元	民眾 元	健保 元	專家建議理想收費 元
護理評估	病人動態	1. 入院護理	44	37.46	220	—	—	—	—	216.54
		2. 出院護理	37	34.04	185	—	—	—	—	178.46
		3. 轉床護理	32	31.69	160	—	—	—	—	162.69
	病人狀況評估	4. 體溫脈搏呼吸血壓測量								
		A. ≦2次(QD或BID)	7	6.96	35	—	—	—	—	36.35
		B. 3-6次(TID、QID、Q4H)	21	20.96	105	—	—	—	—	103.85
		C. 7-12次(Q2H等)	42	42.69	210	—	—	—	—	220.38
		D. ≧13次(Q15分等)	63	63.77	315	—	—	—	—	315.96
		5. 呼吸音腸蠕動聲膚色評估	3	4.08	15	—	—	—	—	34.62
		6. 臥床病患磅秤使用	13	15.58	65	—	—	—	—	90.00
		7. 中央靜脈壓測量	4	5.42	20	—	405	450	—	163.85
		8. 尿液測試	3	3.46	15	15	13	15	15	18.85
		9. 醫護查房、巡房、交班	8	14.42	40	—	—	—	—	50.96
護理措施	呼吸	10. 氣管插管護理	6	10.35	30	70	90	100	100	96.92
		11. 抽痰護理								
		A. ≦6次	25	25.19	125	30/次	41/次	46/次	30/次	84.04
		B. ≧7次	45	47.88	225	190/天	180/天	200/天	190/天	249.42
		12. 吸入治療器使用	5	9.81	25	****	****	****	****	216.00
		13. 氧療護理	6	6.92	0	40	40	30	30/次	43.46
	營養	14. 鼻胃管護理	4	5.35	20	—	—	—	280	51.23
		15. 灌食護理	8	14.77	40	200	180	200	200	188.38
		16. 持續性胃管灌食之操作	12	13.38	60	—	—	—	150	126.35
		17. 輸出、入量記錄	10	11.73	50	—	—	—	—	62.88
	活動	18. 翻身護理								
		A. 部份協助	15	15.88	75	—	—	—	—	85.58
		B. 完全協助	30	33.27	150	—	—	—	—	190.38
		19. 協助病患上下床	6	10.50	30	—	—	—	—	59.92
	排泄	20. 長期導尿管置入術	5	7.46	25	315	405	450	315	225.77
		21. 排泄護理								
		A. 簡單型	6	8.73	30	—	—	—	—	56.73
		B. 複雜型	12	20.62	60	—	—	—	—	132.50
		22. 清潔灌腸	35	43.35	175	230	270	300	230	279.81

表一　因素型病人分類護理活動時間與某院收費一覽表（續）

項目	類別	護理活動名稱	平均工時 分鐘	專家建議合理時間 分鐘	依工時計算護理費 元	勞保 元	公保 元	民眾 元	健保 元	專家建議理想收費 元
護理措施	舒適與清潔	23. 鋪床	11	10.42	55	—	—	—	—	52.88
		24. 晨間護理	7	8.23	35	—	—	—	—	45.00
		25. 寢前護理	4	5.38	20	—	—	—	—	29.62
		26. 口腔護理	7	9.27	35	—	—	—	—	53.27
		27. 沐浴								
		A. 部份協助	10	11.73	50	—	—	—	—	75.96
		B. 完全協助	21	25.96	105	—	—	—	—	155.38
		28. 局部用冷熱護理	4	4.85	20	25	23	25	25	35.38
	藥物	29. 單一劑量口服給藥								
		A. ≦2次 QD或BID	7	6.92	35	—	—	—	—	41.15
		B. 3-6次 TID、QID、Q4H	21	20.54	105	—	—	—	—	106.54
		C. ≧7次 Q2H等	42	39.69	210	—	—	—	—	203.85
		30. 肌肉注射	5	5.54	25	0	32	35	—	33.65
		31. 小量靜脈注射給藥								
		A. ≦2次 QD或BID	11	11.08	55	—	—	—	—	66.73
		B. ≧3次 TID、QID、Q4H	33	33.19	165	0	36	40	—	158.08
		32. 靜脈注射溶液袋（瓶）更換								
		A. ≦2瓶	5	5.62	25	—	—	—	—	27.69
		B. ≧3瓶	10	11.15	50	—	—	—	—	65.96
		33. 靜脈滴注置入術	10	12.50	50	50	54	60	75	88.27
	檢查治療前後護理	34. 一般檢查前後護理								
		A.1項檢查	6	6.38	30	—	—	—	—	38.65
		B. ≧2項檢查	15	16.38	75	—	—	—	—	94.62
		35. 血管攝影檢查前後護理	26	34.15	130	—	—	—	—	184.42
		36. 靜脈輸液（IV pump）護理	6	8.23	30	150	180	200	150	149.81
		37. 靜脈滴注護理	4	7.54	20	—	—	—	—	61.54
		38. 手術前護理	30	32.31	150	—	—	—	—	171.15
		39. 輸血護理	27	30.65	135	100	144	160	100	180.19
		40. 常規管道引流護理	6	9.42	30	60	90	100	60	97.69
		41. 動靜脈導管護理	10	11.04	50	—	—	—	—	89.42
		42. 傷口護理								
		A. 換藥（大）	13	17.15	65	70	90	100	70	124.62
		B. 換藥（中）	9	9.77	45	50	63	70	50	76.96
		C. 換藥（小）	6	6.00	30	40	45	50	40	51.73
護理指導諮詢	護理教育	43. 護理指導								
		A. ≦10分鐘	10	10.96	50	—	—	—	—	75.19
		B. ≧11分鐘	20	22.50	100	—	—	—	—	148.08
醫療輔助行爲	檢查	44. 檢體收集	6	6.69	30	—	—	—	—	41.65
		45. 抽血術	5	6.54	25	—	—	—	—	44.62
	治療	46. 中央靜脈導管置入術	38	38.15	190	545	990	1100	545	737.31

四、信度與效度

本研究採評分員信度 (inter-rater reliability)及專家效度法。第一階段研究期間，研究小組每天安排組員至各病房查核信度，瞭解各病房勾選及記錄上的問題，並隨時與勾選者討論，溝通意見，務期使評分員信度達90%以上一致性。各病房護理長每日於量表勾選後協助查核其正確性，研究小組再於每日上午11時前收回前一日護理長已查核過之勾選表，進行逐筆資料檢誤，有疑問處立即與勾選者討論，以便改正，力求資料之正確性。

第二階段研究效度採專家效度法，由專家審查內容及填寫問卷。參考各類醫療保險給付，並參酌各項護理活動之醫療成本及所需工時，憑著專家多年臨床經驗，填寫問卷，資料鍵入電腦後，計算出26位專家認為合理護理收費之平均值。參與第二階段研究之專家有26位，教育程度有四位是碩、博士，護理年資至少都有11年以上，且半數以上曾參加過行政管理與成本損益平衡訓練。

五、計算方式

(一)將所有勾選之護理活動以其工時乘上護理成本每分鐘5元(徐，民81、民82、民84)，得到每日所需之總護理收費。

(二)根據「專家建議護理活動時間與收費一覽表」中26位專家所填之「專家建議合理時間」，與「專家建議理想收費」，求出其平均值(表一)。將其值套入所有勾選之護理項目中，算出每病人每日護理收費。

(三)以各種醫療保險給付費用代入，若該勾選項目無給付之計算法:

1．將各個未給付之護理項目，以下列方式計算後再逐項相加

(1)研究工時乘以5元/分鐘人力成本。

(2)專家理想時間乘以5元/分鐘人力成。

(3)專家理想時間乘以6元人分鐘人力成本(徐，民81、民82、民84)。

(4)專家理想收費之平均值代入。

2．將所有未給付之護理項目統一以健保給付之護理費400元之定值代入(健保給付醫學中心每日病房費800元，其中50%為護理費)。

3．將每位病人依其所需之總護理時數分成一、二、三、四類，算出各類病人之平均護理收費。

本文因限於篇幅，在醫療保險給付方面，僅以每分鐘5元之工時成本、及專家理想收費成本計算。其餘結果，如以每分鐘6元計算所得到之人力成本，將會於「護理人力生產力之評估與應用(第三集)護理成本與護理收費」中全部列出，以分享並就教各學者專家。

六、資料整理與分析

所有資料由研究助理輸入電腦存檔，並經研究小組逐筆檢誤，查核後交由資訊

室及生物統計專家處理。資料處理與統計採項次、平均數、標準差、最大值、最小值、百分比等方式分析。

結果

以因素型病人分類量表勾選病人的每日護理項目，共收集1028人次，第一、二、三、四類病人各為294、388、265、81人，所佔百分比率為28.6%、3707%、 25.8%及7.9%，經由不同的方式計算四類病人每日護理收費所得之結果如下:

一、依研究工時每分鐘乘以五元，計算四類病人之每日平均護理收費(見表二):

第一類病人之費用為314.0元;第二類病人之費用為648.5元;第三類病人之費用為895.1元;第四類病人之費用為1214.0元。

二、依專家建議理想工時及專家建議理想收費，計算四類病人之每日平均護理收費(見表二):

(一)以專家建議理想工時每分鐘乘以五元得到:

第一類病人之費用為376.5元;第二類病人之費用為785.6元;第三類病人之費用為1075.5元;第四類病人之費用為1463.0元。

(二)以專家建議理想收費計算得到:

第一類病人之費用為437.7元;第二類病人之費用為1028.0元;第三類病人之費用為1507.4元;第四類病人之費用為 2109.0元。

三、依各種不同醫療保險給付，計算出四類病人之每日平均護理收費。

(一)不同之醫療保險，有給付的項目亦不同。將病人勾選的護理項目，其中有給付的以給付金額計價，無給付的則以「研究工時」乘以五元的價錢計算得到(見表二):

1.公保身份之病人

第一類病人之費用為369.0元;第二類病人之費用為836.8元;第三類病人之費用為1351.4元;第四類病人之費用為1913.0元。

2.勞保身份之病人

第一類病人之費用為351.4元;第二類病人之費用為766.8元;第三類病人之費用為1234.9元;第四類病人之費用為1779.5元。

3.自費身份之病人

第一類病人之費用為381.0元;第二類病人之費用為882.5元;第三類病人之費用為1439.2元;第四類病人之費用為2038.6元。

4.健保身份之病人

第一類病人之費用為378.0元;第二類病人之費用為915.1元;第三類病人之費用為1389.8元;第四類病人之費用為1959.5元。

(二)將病人勾選的護理項目，其中有給付的以給付金額計價，無給付的項目則統一以健保每日護理費用400元的定值代入得到(見表二):

1.公保身份之病人

第一類病人之費用為500.6元;第二類病人之費用為811.6元;第三類病人之費用為1211.3元;第四類病人之費用為1601.5元。

2.勞保身份之病人

第一類病人之費用為482.9元;第二類病人之費用為741.6元;第三類病人之費用為1094.8元;第四類病人之費用為1468.0元。

3.自費身份之病人

第一類病人之費用為512.6元;第二類病人之費用為857.3元;第三類病人之費用為1299.1元;第四類病人之費用為1727.1元。

4.健保身份之病人

第一類病人之費用為508.5元;第二類病人之費用為778.8元;第三類病人之費用為1134.8元;第四類病人之費用為1624.4元。

(三)依據病人護理分類系統將病患對護理的需求分成一、二、三、四類，並經標準時間換算求出此四類病人之護理時數標準為 1.78、2.56、3.61及5.01小時(徐，民84)，再以研究工時、專家建議合理收費等各種方式計算出四類病人及不分類病人平均之護理費用，如以護理專家建議理想收費配合健保給付方式計算出第一、二、三、四類病人分別應收1484、1051、1552及2165元，若不分類，則一律酌收849元(詳見表二)。

四、比較用病人分類量表計算各種不同護理收費方式，不同分類之差異(見表二)。

收費方式不同，如依工時計算、專家建議及各種醫療保險等方式計算，在第一、二、三、四類收費上均有不同。各類別，如第一類有低至314元，有高至512元;第四類有低至1214元，有高至2350元，有極大的個別差異。

表二　各類病人每日平均護理收費

計費方式 ＼ 護理收費(元) ＼ 病人類別	第一類	第二類	第三類	第四類	不分類
◎依工時計算(5元／分)	314.0	648.5	895.1	1214.0	532.4
◎依專家建議工時計算(5元／分)	376.5	785.6	1075.5	1463.0	641.1
◎依專家建議收費計算	437.7	1028.0	1507.4	2109.0	834.4
◎各種醫療保險收費					
(一)含未給付項目計算					
1. 依研究工時(5元／分)：					
公　保	369.0	836.8	1351.4	1913.0	715.8
勞　保	351.4	766.8	1234.9	1779.5	664.0
自　費	381.0	882.5	1439.2	2038.6	753.7
健　保	378.0	915.1	1389.8	1959.5	748.1
2. 依專家建議工時(5元／分)：					
公　保	420.2	936.5	1467.5	2072.3	715.8
勞　保	402.5	866.5	1351.0	1938.9	664.0
自　費	432.2	982.2	1555.3	2197.9	753.7
健　保	429.0	1011.3	1497.6	2091.6	748.1
3. 依專家建議單項護理技術費用計算：					
公　保	429.9	997.6	1555.9	2225.3	836.3
勞　保	412.3	927.6	1439.4	2091.8	784.5
自　費	442.0	1043.3	1643.7	2350.8	874.2
健　保	483.6	1050.7	1551.9	2164.5	848.6
(二)配合健保給付之護理費(400元/天)計算					
公　保	500.6	811.6	1211.3	1601.5	744.0
勞　保	482.9	741.6	1094.8	1468.0	692.2
自　費	512.6	857.3	1299.1	1727.1	781.9
健　保	508.5	778.8	1134.8	1624.4	719.4

討論

衡量護理工作績效及生產力方式，在文獻中有些使用病人分類系統計算護理時數，有些使用直接護理時數，也有單純計算人力生產力。本研究以護理工時、專家建議時數與收費及保險給付標準計算護理費用。不論使用何種方法計算，所得費用均為(1)第四類>第三類>第二類>第一類;(2)不分類之費用均介於第一類與第二類病人費用之間;(3)專家建議收費>專家建議工時乘五元>研究工時乘五元。

各類病人依據多種不同算法所得之費用，加以比較後得到:(1)第一類病人以民眾自費(含病房每日護理費)算出之費用最高;健保(含病房每日護理費)算出之費用次之;研究工時乘五元算出之費用最低。(2)第二類病人以健保(專家建議合理費用)算出之費用最高;民眾自費(專家建議合理費用:算出之費用次之;研究工時乘五元算出之費用最低。(3)第三類病人以民眾自費(專家建議合理費用)算出之費用最高;公保(專家建議合理費用)算出之費用次之;研究工時乘五元算出之費用最低。(4)第四類病人以民眾自費(專家建議合理費用)算出之費用最高;公保(專家建議合理費用)算出之費用次之;研究工時乘五元算出之費用最低。(5)不分類病人以民眾自費(專家建議合理費用)

算出之費用最高;健保(專家建議合理費用)算出之費用次之;研究工時乘五元算出之費用最低。

以病人分類研究所得之工時，或專家建議理想工時及理想收費納入病人分類系統中以計算四類病人之平均護理收費有其可行性，但是否包含了所有護理收費(如材料費、器材設備折舊費、管理費及教學、研究、行政等費用)仍是一個值得考量的問題。因此有必要繼續研究護理活動單項成本分析及比較費用，目的在找出一個能使醫院、保險機構、消費者及護理人員皆可接受之平衡點，建立合理的護理收費標準。

結論

現行之健保制度，只針對某幾項護理活動給予給付，其餘之護理活動則不論多寡，一律併於每日病房護理費用。(400元/日)中。本研究將健保給付與「實際人力成本」費用相較結果顯示:

(一)第一類病人的健保給付費用>成本花費

(二)第二類病人的健保給付費用<成本花費

(三)第三類病人的健保給付費用<成本花費

(四)第四類病人的健保給付費用<成本花費

(五)不分類病人的健保給付費用<成本花費

由以上結果可以看出此種給付方式對於嚴重度「輕」(如第一類嚴重度)的病人較為合理，至於第二、三、四類嚴重度之病患，因需給予較多護理照護時間，花費成本也多，則健保給付並不敷成本。由於現行健保制度有「小病送小院，大病送大院」之分級轉診制度，這對於收容病患嚴重度「重」的醫學中心而言，可能會導致「給付不敷成本」的長期虧損狀況。因此實有必要針對不同等級醫院，建立一套合理之分級護理費用給付標準。

建議

(一)研究建議

本研究僅針對「人事成本」的部份來探討，但是根據實際合理之成本會計觀念，應做到每項護理活動之單項成本分析(除人事成本外，還須包含不計價藥材、設備折舊、作業費用、行政管理費用及教學研究費用等部份)，方能得到精確之護理成本以比較探討。故建議於下年度的研究計畫中進行「護理活動之單項成本分析」，將護理成本精算，不但可了解人事成本及其他材料等成本佔護理單項成本之比率，再更進一步探討與 case payment之相關性。

(二)行政建議

病人分類系統可合理計算護理時數，精算護理人力。護理人事費用佔醫院支出極大部分，故建議各醫院均能採用病人分類系統，以合理計算並運用人力資源，節省不必要開支，方能積極提升護理生產力。

研究貢獻

(一)本研究已訂出各項護理活動之工時，並依工時算出護理人力成本，可作為醫學中心護理收費之參考。

(二)本研究已訂出專家建議護理活動之理想工時，並依工時算出護理人力成本，可作為護理收費之參考。

(三)本研究已訂出專家建議護理活動之合理收費，並依此收費算出護理費用，可作為護理收費之參考。

(四)本研究根據因素型病人分類系統，將病人分成四類，並分別算出各類病人之費用，可作為不同嚴重度病患護理收費之參考。

(五)本研究根據各種保險給付方式，算出其護理收費，並比較差異，可提供健保局作為合理給付、收費之參考。

致謝

本研究承國科會NSC84-2412-H-075-00111給予經費補助、台北榮民總醫院護理部王瑋主任的支持、以及「一般外科病人分類小組」:汪蘋、馮容莊、王金香、邱美琪、許啟輝、何海珠等人的羣力合作，護理專家陳玉枝副主任、吳純護理長等26位參與提供理想護理工時與合理護理收費的資料，研究助理羅秀媛、王培文的資料整理打字，神經醫學中心盛文鶯技師的資料諮詢、統計與分析，才使本研究得以順利完成，特此致謝。

參考文獻

台北榮民總醫院(民81)，行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院醫療作業收費價目表．台北:台北榮民總醫院。

台閩地區勞工保險局(民83)．勞工保險診療費用支付標準表(2月版)．台北:台閩地區勞工保險局。

徐南麗、蘇慧芳、黃宜穎(民81)．「護理人力成本」初探．榮總護理，9(2)，166-176。

徐南麗、王瑋(民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、馮容莊、尹淑莉(民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、王瑋(民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。

Artinian, B.M.,O'Connor,F.D.,& Brock, R.(1984). Comparing past and present nursing productivity. Nursing Management,15(10), 50-53.

Dijkers, M., & Paradise, T.(1986). PCS: One system for both staffing and costing. Nursing Management,17(1),25-29, 32-34.

Helt,E.H., & Jelink,R.C.(1988). In the wake of cost cutting nursing productivity and quality improve. Nursing Management,19(5),36-43.

Marks,F.E.(1987). Refining a classification system for fiscal and staffing management.

Journal of Nursing Administration,17(1),39-43.

Minyard, K, Wall, J., & Turner, R. (1986). RNs may cost less than you think. Journal of Nursing Administration, 16(5), 28-34.

Nagaprasanna, B. R. (1988). Patient classification systems: Strategies for the 1990s. Nursing Management, 19(3), 105-112.

Reschak, G. L. C-, Biordi, d., Holm, K., & Santucci, N. (1985). Accounting for nursing costs by DRG. Journal of Nursing Administration , 15(9), 15-20 .

Rieder, K. A., & Lensing, S. B. (1987). Nursing productivity: Evaluation of a system model. Nursing Management, 18(8), 33-42.

Rosenbaum , H . L ., Willert, T . M ., Kelley , E .A ., Grey , J . F ., & McDonald , B . R . (1988). Costing out nursing services based on acuity. Journal of Nursing Administration, 18(7),10-15.

Shukia, R. K. (1982). Nursing care structures and productivity. Hospital & Health Services Administration,27(6), 45-58 .

Strasen, L. (1987). Standard costing / productivity model for nursing. Nursing Economics,5(4), 158-161.