

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.15.045

重庆市某三级医院外科系统一级护理成本核算*

曾繁丽,叶和梅[△],罗霖茜

(重庆市人民医院中山院区眼科 400014)

[中图分类号] R473.6

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)15-2156-02

护理成本作为医院管理质量的重要指标,一直以来备受关注。随着经济的发展,护理收费价格与实际成本的冲突也越显突出。多年来,我国对于护理的收费水平一直处于较低水平,并未进行过合理调整,因此各级医院对分级护理收费价格与实际成本相匹配的要求也越来越强烈。外科系统的一级护理因为手术患者的特殊性,一直是护理管理的重点和难点,同时也是科室成本管理的重要环节。为探讨外科系统一级护理项目价格的现状与合理性,本文对重庆市某三级医院外科系统一级护理成本进行分析计算,为外科系统临床护理的收费改革提供理论参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择重庆市某三级医院 2013 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期间的一级护理患者,其中骨外科 88 例、心胸外科 46 例,普外科 80 例、泌尿外科 20 例、神经外科 25 例,共 259 例。

1.2 方法

1.2.1 统计方法 (1)采用查阅护理记录的方法,统计该院外科系统患者住院期间一级护理患者直接护理项目出现的频次,结合临床护理专家咨询,确立本次调查项目为测量生命体征、口服给药、测量血压、入院宣教、检查前宣教、术前及术后宣教、出院宣教、铺床、抽血、制订护理计划、褥疮护理、护送患者检查和手术、口腔护理、协助洗脸梳头、床上洗头、擦浴、洗脚、会阴护理,共计 18 项,参照 2012 年人民卫生出版社《基础护理学》和重庆市护理质量控制中心编写的《常用护理技术操作规范及评分标准》进行规范操作,操作护士人力结构配置比例为本科 42%、大专 58%;主管护师 18%,护师 35%,护士 47%。(2)采用现场问卷调查法和专家咨询法,到各个病区抽样测量护士完成各项项目的平均消耗时间并统计实际消耗的不可收费耗材数

量。(3)用上述计算方法,根据各直接护理项目所耗时间,计算出每项护理操作的实际成本及各成本要素占总成本的百分比,并比较实际成本与重庆地区现行收费标准下的实际收费。

1.2.2 项目成本核算公式^[1] (1)人力成本=平均每小时工作成本×项目操作耗用工时=(月平均薪资/每月工时)×操作耗用工时;月平均薪资=全年薪资/12 个月;全年薪资=工资(含保险费+卫生费+公积金)+各项津贴+奖金+夜班费;每月工时=全年上班时数/12 个月;全年上班时数=8 h×[365-104(周日)-10(公共假期)]。(2)不计价材料成本:完成护理各项操作所使用的各种护理材料。(3)设备折旧:按每人使用时间及分摊的成本计算,本研究将价格低于 500 元的仪器设备,按使用次数进行折旧。(4)作业费用=直接成本/(1-作业费用比率)×作业费用比率。作业费用比率按该成本中心(该科室)业务费(消毒供应费、营具费、动力费、空调费、仪器维修费、营房维修费、水费、电费、被装费、洗涤费、事务费等)占总成本比率计算。即等级护理作业费用比例=等级护理费/总成本。(5)行政管理费=医疗成本×5%;医疗成本=直接成本+作业费用;行政管理费是医院政治部、院务部、医教部、护理部、信息、经管等非收益部门向收益部门分摊的费用,按医疗成本计算。(6)教育研究费用=医疗收入×5%;实际成本=实际人力成本+实际使用材料及折旧+业务费+行政管理费+教育研究费。

2 结果

护理操作各要素中人力成本占比最大,为 33.15%~69.77%,见表 1。护理工作的大部分项目没有对应的项目价格,本研究中的 18 项护理操作中可收费项目仅为 22.22%,且收费不到实际成本的一半,见表 2。

表 1 各项护理操作成本及各要素占总成本百分比

项目	人力成本		设备折旧与维护		材料成本		作业费用		行政管理费用		教学与科研		成本合计
	成本(元)	占比(%)	成本(元)	占比(%)	成本(元)	占比(%)	成本(元)	占比(%)	成本(元)	占比(%)	成本(元)	占比(%)	
测量生命体征	2.16	63.75	0.20	5.90	0.15	4.43	0.63	18.52	0.09	2.78	0.16	4.63	3.39
口服给药	4.32	67.80	0.20	3.14	0.20	3.14	1.18	18.52	0.18	2.78	0.30	4.63	6.37
测量血压	2.70	64.52	0.20	4.78	0.20	4.78	0.78	18.52	0.12	2.78	0.19	4.63	4.19
入院宣教	6.48	69.77	0.10	1.08	0.30	3.23	1.72	18.52	0.26	2.78	0.43	4.63	9.29
检查前宣教	2.16	62.50	0.10	2.89	0.30	8.68	0.64	18.52	0.10	2.78	0.16	4.63	3.46
术前及术后宣教	7.02	70.08	0.10	1.00	0.30	2.99	1.86	18.52	0.28	2.78	0.46	4.63	10.02
出院宣教	5.94	69.40	0.10	1.17	0.30	3.51	1.59	18.52	0.24	2.78	0.40	4.63	8.56
铺床	3.78	44.59	1.00	11.80	1.50	17.69	1.57	18.52	0.24	2.78	0.39	4.63	8.48
抽血	4.32	63.75	0.20	2.95	0.50	7.38	1.26	18.52	0.19	2.78	0.31	4.63	6.78
制订护理计划	6.48	66.85	0.20	2.06	0.50	5.16	1.80	18.52	0.27	2.78	0.45	4.63	9.69
褥疮护理	13.50	51.28	1.50	5.70	4.50	17.09	4.88	18.52	0.73	2.78	1.22	4.63	26.33
护送患者检查或手术	16.20	65.93	0.80	3.26	1.20	4.88	4.55	18.52	0.68	2.78	1.14	4.63	24.57
口腔护理	3.24	33.15	0.50	5.12	3.50	35.81	1.81	18.52	0.27	2.78	0.45	4.63	9.77

* 基金项目:重庆市卫生局资助基金项目(2011-2-373)。 作者简介:曾繁丽(1980-),主管护师,本科,主要从事护理管理及眼科护理教育研究。 △ 通讯作者,E-mail:1014506108@qq.com。

续表 1 各项护理操作成本及各要素占总成本百分比

项目	人力成本		设备折旧与维护		材料成本		作业费用		行政管理费用		教学与科研		成本合计
	成本(元)	占比(%)	成本(元)	占比(%)	成本(元)	占比(%)	成本(元)	占比(%)	成本(元)	占比(%)	成本(元)	占比(%)	
协助洗脸梳头	2.70	58.82	0.20	4.36	0.50	10.89	0.85	18.52	0.13	2.78	0.21	4.63	4.59
床上洗头	9.72	49.93	0.60	3.08	4.10	21.06	3.61	18.52	0.54	2.78	0.90	4.63	19.47
擦浴	7.56	46.82	0.60	3.72	3.80	23.54	2.99	18.52	0.45	2.78	0.75	4.63	16.15
洗脚	2.70	46.51	0.40	6.89	1.20	20.67	1.08	18.52	0.16	2.78	0.27	4.63	5.81
会阴护理	4.32	38.46	0.50	4.45	3.50	31.16	2.08	18.52	0.31	2.78	0.52	4.63	11.23

表 2 护理操作收费标准与实际成本(元)

项目	项目价格	项目实际成本
测量生命体征	0	3.39
口服给药	0	6.37
测量血压	0	4.19
入院宣教	0	9.29
检查前宣教	0	3.46
术前及术后宣教	0	10.02
出院宣教	0	8.56
铺床	0	8.48
抽血	3.00	6.78
制订护理计划	0	9.69
褥疮护理	0	26.33
护送患者检查或手术	0	24.57
口腔护理	5.00	9.77
协助洗脸梳头	0	4.59
床上洗头	0	19.47
擦浴	5.00	16.15
洗脚	0	5.81
会阴护理	5.00	11.23

3 讨论

护理工作特点以操作性为主,人力成本是其成本构成的主要部分。而现行的收费体系则更偏重检查、仪器、设备收费,不能充分体现市场化运作的价值规律。本研究表明现有的护理服务收费项目完全无法满足患者的护理需求,需要和应该做的护理项目却没有对应的收费,导致护士在完成这些项目时缺乏工作热情,降低了对患者的服务质量,变相地影响了医院的医疗服务水平。

本研究提示护理收费严重违背价值规律,护理工作成为了医院的成本中心而不是效益中心,这势必影响护士人力资源的配备和护理人才队伍的稳定,导致人才严重流失。本研究通过统计核算并与原有计费方式的比较,为护理服务价格的合理制订提供科学依据,使医疗服务能维持正常运转^[2]。

本研究揭示外科系统一级护理成本中人力成本占比最高,占 33.15%~69.77%,由此可见,如何合理配置人力资源就成为了降低护理成本的关键^[3-4],但如果单纯的降低护士人数必然导致护理质量下降,患者安全得不到保障,直接影响医院整体医疗质量。通过提升日间手术数量,能够明显降低治疗费用、人均住院费用,缩短住院时间,提高床位周转率,这种方式在欧美国家普遍采用^[5]。但由于住院时间短,手术安全问题也是制约日间手术发展的主要因素。根据文献报道,欧美国家的日间手术患者出院后,都会继续到社区卫生中心或者护理康复机构进行后续观察,并将相关信息反馈回医院^[6]。在我国,华西医院通过建立医院社区一体化服务协作网,为日间手术患者提供出院后的后续治疗护理,解除患者后顾之忧,保障医疗安全^[7]。在外科系统,积极开展日间手术病房模式,缩短患者的住院天数,除了可有效降低患者经济负担,还能实现护理人力成本的增值,但需建立社区卫生服务机构与医院联动协作机

制,形成以日间手术病房为中心的网格状社区卫生服务的空间格局,才能降低患者医疗支出,保证患者的围术期安全^[8]。

科学配置人力资源也是降低人力成本的重要方法,现阶段大部分医院仍然按床位配置护理人员,但不同科室因患者病情不同,所需护理服务差异较大,应当按护理工作量配置护理人员。这就需要对护理服务项目进行准确的工时测算,为合理配备人力资源、确保护理质量提供依据。管理者也应当从质量、效率、效益 3 个方面对护理工作绩效进行综合评价,建立有效的激励机制,提高工作效率。

本文主要讨论的是外科系统一级常见护理的成本核算,并未涉及其他很多实际工作中的间接服务,如医嘱的处理、褥疮的预防、敷料的更换、药物的配置等。而且随着医学的发展,很多新技术的应用中增添了相应的护理内容,但传统收费规定并未跟上时代的发展,制订出相应的收费标准。物价收费标准应当将护理人力成本纳入,制订合理的护理收费标准,体现护理人员的劳动价值。本文建议可以将护理收费纳入医保报销范围,这样既可以减轻患者的经济负担,又可以提高护理人员的社会和经济地位,增加护理人员的自我认同感,实现其自我价值^[9]。

本文仍存在一定局限性,如未考虑护士年资、学历、职称等因素对护理成本的影响,也未考虑不同级别医院的整体管理水平和护理水平的差异,如何制订合理的护理收费标准还需进一步研究。

参考文献

- [1] 刘则杨. 系统化护理成本研究对护理人力资源管理的启示[J]. 现代护理, 2005, 11(7): 519-520.
- [2] 支红梅. 分级护理成本核算研究现状[J]. 天津护理, 2012, 20(3): 180-182.
- [3] 宋雁宾, 刘则扬. 影响护理操作成本因素的探讨[J]. 解放军护理杂志, 2007, 24(13): 11-13.
- [4] 王霞, 王建萍, 王小华. 护理成本核算与护理价值的调查[J]. 中华现代护理杂志, 2008, 14(15): 1711.
- [5] Lemos P, Jarret P. Day surgery development and practice [M]. Porto: Classica Artes Graficas, 2006: 1-60.
- [6] Mitchell M. Literature review: home recovery following day surgery[J]. Ambul Surg, 2013, 19(1): 13-27.
- [7] 郭晶, 刘素珍, 李继平, 等. 日间手术医院社区一体化协作网的建立及管理[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(11): 986-988.
- [8] 李坤营, 廉桃梅, 马利军. 推广以日间病房为中心网格状社区卫生服务的空间格局[J]. 中国全科医学, 2013, 16(37): 3755-3757.
- [9] 叶和梅, 刘丽萍, 徐鸿, 等. 我国公立医院护理服务项目成本的相关研究[J]. 重庆医学, 2014, 43(4): 502-504.