

重庆市等级护理成本与效益的现状研究及对策

盛孝敏,甘秀妮[△],王世纯,朱京慈,李玲娜(重庆医科大学附属第二医院护理部 400010)

【摘要】 目的 结合重庆市医院特点,进一步完善和调整重庆市护理服务收费项目与标准,为促进优质护理服务活动深入持久地开展提供有效保障。**方法** 重庆医科大学附属第二医院专职人员根据卫生部关于《住院患者基础护理服务项目及基础护理工作规范》的条目,对重庆市卫生局确定的试点医院的等级护理中各项护理操作的耗费时间及操作中使用的不收费耗材进行统计,再与重庆市现行医疗服务价格相比较。**结果** 目前重庆市等级护理收费标准偏低,护理劳动力成本被忽略,护理操作使用耗材收费项目不全。**结论** 构建科学、合理、有效的等级护理收费标准迫在眉睫。

【关键词】 等级护理; 护理成本; 优质护理服务

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.24.007 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)24-3052-03

Research and countermeasures on current situation grading nursing care costs and benefit of Chongqing SHENG Xiao-min, GAN Xiu-ni[△], WANG Shi-cun, ZHU Jing-ci, LI Ling-na (Department of Nursing, The Second Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400010, China)

【Abstract】 Objective The second affiliated hospital of Chongqing medical university determined to consummate, adjust fees and standards of nursing service in Chongqing, combination with the local hospital characteristics for providing effective promote to the city's high-quality nursing service activities at the same time. **Methods** According to the entry of "Inpatient Based Care Services and Basic Nursing Services Specification", staffs from the second affiliated hospital of Chongqing medical university would count the time spend on care operations and no-charge supplies during these operations. Then the datum were used to compare with the price of current price of medical services. **Results** The charges standard of nursing service in Chongqing is on the low side. The cost of labor force in nurse is neglected. Charge project during the care operation is incomplete. **Conclusion** It necessary to build a scientific, rational and effective standard of care charges.

【Key words】 grading nursing care; nurse costs; high quality nursing service

等级护理按照患者病情和生活自理能力分为特级护理、一级护理、二级护理、三级护理,并根据其病情变化动态调整。不同的护理级别护士的工作有不同的劳动时间和劳动强度。在本市全面开展优质护理服务活动、落实分级护理制度、提高护理服务质量的过程中,本院通过广泛调研、专家咨询和实证研究的方法,对试点医院等级护理中各项护理操作的耗费时间及操作中使用的不收费耗材进行统计,并结合本市现行医疗服务价格,讨论护理成本研究的重要性以及合理调整等级护理收费标准的必要性。

1 对象与方法

1.1 调研对象 2010 年 3 月由本市卫生局主持,本着自愿申报与推荐审核的原则,确定本市三级医院和部分二级医院为优质护理服务试点医院。

1.2 方法 抽取被调查医院 2010 年 3 月至 2011 年 3 月 856 例样本纳入最终调查分析,其中一级护理 285 例、二级护理 305 例、三级护理 266 例。自制调查表,对 856 例患者进行 24 h 的护理操作跟踪,记录各项护理操作的耗费时间及操作所用的不收费耗材,进行统计与分析,计算出各等级护理患者 24 h 的护理操作时间,算出实际等级成本(护理服务总成本=直接成本+间接成本)^[1]。

2 结 果

2.1 直接成本 以在 1 d 内为 1 例患者直接护理的内容与所需时间为例,运用全成本概念对各级护理进行测算。结果见表 1。

表 1 直接护理内容、时间与直接成本核算

项目	一级护理	二级护理	三级护理
直接护理时间(min)	290	151	41
直接物化成本(元/天)	27.48	13.99	10.98
直接劳力成本(元/天)	29.76	10.55	5.66
直接实际成本(元/天)	57.24	24.54	16.64

2.2 间接成本 护理间接成本包括管理成本、作业成本(如加液体、液体观察引流管、护理等时间成本),为了公平起见,一般是将间接成本平均分摊给每名患者^[1]。

以《现代护理管理学》为理论依据,以 1 d 内间接护理所需时间为例,并按平均 40 张床位计算,平均每名患者需要 20 min。然而随着国家基础护理工作规范的出台及卫生部优质护理服务活动的进一步开展,患者对护理质量、人文关怀要求的不断提高,护理的范畴不断扩大,每日投入间接护理的时间远远超过 20 min,并且仍在快速增加,但是护理收费的项目和标准并没有随之改变。如最普通的口腔护理收费标准是 5 元,所需时间 5 min,这一时间仅代表操作流程,而不包括操作前的准备时间及终末处理时间(用物的清洁、消毒处理等)及与患者或家属的沟通时间。目前,我国医疗卫生服务的成本核算和分析,偏重于物化的成本,较少考虑到人力、管理、信息等其它因素,护理项目收费价格未考虑劳动力成分。在患者住院费

[△] 通讯作者, E-mail: ganxn@163.com.

用构成比例中,药品、高质耗材、大型检查和检验的费用占主要部分,而体现高技术、高风险的医务人员劳务价值的费用明显偏低。护士作为医务人员的三大主体之一,其技术劳务价值的服务费用低至在医疗总费用中可忽略不计的程度,这与市场化运作价值规律相违背^[2]。

以肌肉注射为例,在临床实践中,除去注射器外,治疗费仅为 1.55 元/次,然而为完成这一治疗过程,护士需在操作前后完成以下工作:处理医嘱、领取药品、反复核对、用肥皂和流动水洗手、使用棉签及消毒液消毒皮肤、药瓶、使用纱布折断安瓿、用后的注射器需消毒液浸泡消毒及毁形、放入黄色垃圾袋内送到指定地点焚烧等。这些过程所消耗的材料成本和人力投入却没有收费标准。而护士在操作时需找准部位,手法正确,否则可能造成纠纷、医疗事故,由此所引起的赔偿却不是 1.55 元可以解决的,整个治疗过程中所耗的技术、风险等无形资产其价值更是无从体现。

问卷调查中 61.3% 的人认为等级护理收费中不应包含基础护理内容,若包含那么就on该提高收费。

2.3 与护理工作相关的收费项目 目前,我国与护理工作相关的收费项目偏少,以卫生部 2001 年《全国医疗服务价格项目规范》(试行)为例,总的收费项目有 3971 项,多数为检查、仪器设备治疗性收费,操作性项目较少,而与护理相关的收费项目仅 30 余项,占总数的 1%,而实际护理服务项目众多,在临床实践中,与护理直接相关的基本护理项目均采用按每床每日捆绑式收费,只对涵盖的服务内容做了规定,但无分项护理内容收费标准,如气管切开护理,收费标准为 30 元/天,包括的处置项目有随时吸痰、气道湿化(一般每小时 1 次,共 24 次)、定时消毒(常规每天 4 次)、更换内套管(每天 4 次)或气囊放气(每 4 小时 1 次,共 6 次)。并且在操作中还要密切观察、记录患者的情况,需消耗的物品有纱布块 4 块、消毒手套 4 付、棉球、消毒液等,总计 10 余元均无法收费。这种捆绑式收费未考虑所需护理成本,导致临床护理收费在物化和劳动力成本上呈现一种高投入、低产出的现状。

3 讨 论

3.1 护理收费现状 1999 年,根据重庆市物价局、财政局、卫生局、中医管理局《重庆市医疗收费标准》(渝价[1999]593 号)的规定,各级医院机构一、二、三级护理分别执行“每床日 8、3、1 元”的收费标准。目前,本市现行的护理收费标准参照 2004 年《重庆市医疗服务价格(试行)》(渝价[2004]143 号)执行。(1)一级护理:费用为 12 元/天,服务内容每小时巡视患者,观察患者病情变化;根据患者病情,测量生命体征;根据医嘱,正确实施治疗、给药措施;根据患者病情,正确实施基础护理和专科护理,如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等,实施安全措施;提供护理相关的健康指导。(2)二级护理:费用为 5 元/天,服务内容为每 2 小时巡视患者,观察患者病情变化;根据患者病情,测量生命体征;根据医嘱,正确实施治疗、给药措施;根据患者病情,正确实施护理措施和安全措施;提供护理相关的健康指导。(3)三级护理:费用为 2 元/天,服务内容为每 3 小时巡视患者,观察患者病情变化;根据患者病情,测量生命体征;根据医嘱,正确实施治疗、给药措施;提供护理相关的健康指导。

此价格标准较 1999 年虽有所提高,但随着社会迅速发展,人民物质生活水平不断提高,相对于当时的工资和物价上涨水平而言,此标准调整幅度不高,且调整面较窄。而护理服务其内容既涉及护理专业技术,如病情观察、各种生命体征的检测、健康指导、各类引流管或治疗导管的管理、输液输血等,也包括

面广量大的生活照顾等服务,其中有许多项目,特别是新开展的项目仍属“无价”服务。

3.2 低护理收费影响了护理质量 随着医院的经济核算逐步深入,科室为追求经济效益,存在增床不增人等情况,这种不足的人力与加大的护理工作负荷之间的矛盾在客观上大大影响了护理质量,有限的护士仅能完成基本的输液等治疗,病情观察、健康教育、生活护理等因人手和精力不够而被削弱,造成护理质量滑坡,护患矛盾激烈。

3.3 低护理收费影响了护士稳定性

3.3.1 低收费加重了护士工作负担 一方面,在护士投入增加而产出未能增加,甚至做得越多亏得越多的情况下,从经济利益考虑,多数医院管理者在不影响正常工作的情况下,会尽量减少护理人员数量,不按国家卫生部要求配备,存在不同程度的重医轻护现象^[3];另一方面,管理者又必须按照护理质量标准来检查评价和控制护理质量,不能降低护理质量。医院不愿意增加投入与护理质量管理要求不断提高之间的矛盾日益突出,为了达到要求,又能保证工作量的完成,只有加大护士的劳动强度,以此来缓解这一矛盾。特别是遇到重大抢救或需要特别护理时,护士的工作负担更重。长期超负荷工作,护士的心理压力增加,体力严重透支,健康受到影响,护理队伍的稳定性受到极大的冲击。一些优秀的护理人才不安心留在护理岗位,通过各种渠道想尽办法在其他领域寻求发展。

3.3.2 低收费造成了护士地位低下 在商品经济社会里,人与人之间的关系是由人们所处的社会经济地位决定的。现行护理劳务价值的服务费用在医疗总费用中可以忽略不计,决定了护士在卫生领域的低地位,进而导致护士收入与同行业的其他专业人员产生明显收入差异。这种低护理费所致的较低地位和收入,难以提高护士的积极性,也是造成护士离职的主要原因。

以上 2 个方面严重挫伤了护士的积极性,导致人员流失。而事实上,已经改行的护士劳动强度降低了,身心得到了修复,自身价值也得到了提升,各种待遇却没有因为离职而降低。因此,从收费标准的低廉、项目的缺失到护理人才的流失已经形成了一个不良的循环。

3.4 调整等级护理费用的具体建议

3.4.1 准确核算护理成本 将项目成本列为人力成本、设备折旧、材料成本、作业费用、行政管理费、教学研究及社会服务费用。即单项护理项目成本总计=人力成本+设备折旧+材料成本+作业费用+行政管理费+教学研究及社会服务费用^[4-5]。(1)人力成本(A):护理人力成本是在护理服务过程中所消耗的人力资源价值。 $A = \text{年总收入} / 12 \text{ 个月} / 22 \text{ 天} / 8 \text{ 小时} \times \text{工作时间}$ 。(2)设备折旧(B):护理设备折旧是指在护理服务过程中所消耗的各种物品,价值应在 500 元以上,500 元以内的仪器设备按使用次数分摊。 $B = (\text{月设备折旧金额} / \text{月使用时间}) \times \text{每次使用时间}$ 。(3)材料成本(C): $C = \text{材料含税单价} \times \text{用量}$ 。(4)作业费用(D):护理作业费用主要指事务费用,如清洗费、水电费、空调费等。分摊比例 G 定为 25%。 $D = [(A + B + C) / (1 - G)]G$ 。(5)行政管理费(E):行政管理费范围包括:管理、会计、人事等部门费用。分摊比例按总成本 5% 计算。 $E = (A + B + C + D) \times 5\%$ 。(6)教学研究及社会服务费用(F): $F = (A + B + C + D) \times 5\%$ 。(7)单项护理项目成本总计= A+B+C+D+E+F。(8)劳动强度:不同操作或同一操作客观存在着劳动时间相等,但是劳动强度不等的情况,如输血、输液和为患者洗脸、梳头、做足部清洁,如果能将各项护理按劳动强度分类收费更为合理。劳动强度大小和不同护理级

别分别按 4 级系数划分,系数值在 0~1,按照现在的医疗体制,医院要生存,起点值应大于 0^[6]。(9)护理级别:护理操作所要求的专业水平的高低、操作的难易程度、所要承担的医疗风险与患者的病情危重程度有关,因此收费标准需以护理级别为依据同时要考虑医疗风险。

综上得出合理护理收费标准如下^[7]:合理护理收费标准=[单项护理项目成本总计+单项护理项目成本总计×强度系数+单项护理项目成本总计×护理级别系数]×1.25(动态)。

3.4.2 及时增补单项护理收费项目 随着医学科学的快速发展,临床医学专科分工日趋细化,专科护理的发展日新月异,新技术、新项目日渐增多,因此,及时增补单项护理收费项目十分必要。增补单项护理收费项目要按照《重庆市增补医疗服务项目和价格的暂行管理办法》的规定,实行项目价格申报审批制度,履行相应的程序及要求。

3.5 等级护理收费纳入医保 目前本市首批试点医院暂未调整收费价格,问卷调查中 97.8%的人赞成由医保全额支付,为保证医院的正常运转,使优质护理服务更广更深更持久地推进,等级护理收费纳入医保报销范围势在必行。

综上所述,合理的护理服务价格要充分反映医疗护理服务是一项复杂的技术性工作,并考虑到护理服务与一般商品的区别,物价、卫生等部门可根据卫生部下发的关于等级护理的各项工作内容、服务标准等要求,联合组织开展护理服务成本核算专项调研,在此基础上由政府根据经济投入和合理补偿以及社会总体物价变动情况提出合理的等级护理收费定价标准,共

同构建科学合理的护理定价体系,推进护理事业全面、协调和可持续发展。

同时,对于大多数医疗机构而言,要积极利用“优质护理服务活动”契机,提高护理服务水平,改进护理内涵质量,提高收费才能得到患者和社会的认同。

参考文献

- [1] 阮洪,刘明,周曾同.基础护理项目成本核算分析[J].中国卫生资源,2000,3(4):185.
- [2] 张璋.全成本核算中对护理成本核算的思考[J].护理实践与研究,2011,8(11):86-87.
- [3] 倪桂娥,王美秀,杨玉英.临床护理成本管理现状与建议[J].护理研究,2008,22(3):732-733.
- [4] 陈晓阳,刘则杨,张利岩,等.不同护理人力成本核算方法的比较研究[J].中国实用护理杂志,2006,22(4):64-65.
- [5] 钟紫凤,叶锋,邵乐文.不同日常生活自理能力分级护理成本核算的研究[J].中华护理杂志,2009,44(3):215-217.
- [6] 王红业.护理收费对开展优质护理服务示范工程的影响[J].护理研究,2010,24(12):3262-3263.
- [7] 於军兰.护理成本管理研究进展[J].护理研究,2011,25(6):1508-1509.

(收稿日期:2012-06-15)

(上接第 3051 页)

不动杆菌已成为仅次于铜绿假单胞菌的又一种重要的医院感染非发酵菌。碳青霉烯类药物是治疗鲍曼不动杆菌重症感染的首选药物,但近年来随着碳青霉烯类药物的广泛使用,其耐药性不断增加^[3]。由于不同地区不同医院细菌耐药谱不同,应多送细菌培养及进行药敏试验,根据药敏试验结果合理选择抗菌药物,这对治疗病原菌有重要的现实和长远意义^[4]。虽然本院主要以革兰阴性杆菌为主,但是革兰阳性球菌也占有一定的比例。

虽然目前未检出万古霉素肠球菌,但是肠球菌属已成为医院感染的重要病原菌,在中国是革兰阳性菌感染中除葡萄球菌属外的第 2 大菌属^[5]。肠球菌对多种常用抗菌药物天然耐药,万古霉素是治疗肠球菌感染的常用药物,目前国内万古霉素耐药肠球菌的报道较少^[6]。葡萄球菌的首选用药是苯唑西林和青霉素,其次为阿奇霉素、甲氧苄啶、红霉素、克林霉素、克拉霉素、万古霉素等^[7]。但是本研究结果表明,葡萄球菌属主要对米诺环素、呋喃妥因、利奈唑胺、莫西沙星敏感。同时对万古霉素、克拉霉素、利福平的敏感率也比较高。

由药敏试验结果可知不同菌种对同一抗菌药物敏感性存在较大的差异。因此,临床医生应根据药敏试验结果合理选用有效的抗菌药物,避免抗菌药物大量和不合理使用,避免抗菌药物使用不当而诱发多重耐药^[8]。同时,为了有效遏制细菌耐药,应进一步加强医疗机构抗菌药物的临床应用管理,加强医务人员培训,提高标本送检率,促进抗菌药物的合理使用。

参考文献

- [1] 陈玉莲,徐涛,翁杏华,等.实行血培养阳性危机值报告制

度监督血培养全程质量控制[J].检验医学与临床,2012,9(4):420-421.

- [2] 汪复.2006 年中国 CHINET 细菌耐药性监测[J].中国感染与化疗杂志,2008,8(1):1-9.
- [3] 杨毓芳,许小敏,陈琳,等.鲍氏不动杆菌医院感染株耐碳青霉烯类药物的耐药机制研究[J].中华医院感染学杂志,2010,20(7):904-906.
- [4] 吴志坚,欧阳育琪,吴龙祥,等.郴州地区多重耐药菌感染的临床分析和耐药性监测[J].检验医学与临床,2012,9(3):257-261.
- [5] 肖永红,王进,赵彩云,等.2006~2007 年 Mohnarlin 细菌耐药监测[J].中华医院感染学杂志,2008,18(3):1051-1056.
- [6] 杨启文,王辉,徐英春,等.2009 年中国 13 家教学医院院内感染病原菌的抗生素耐药性监测[J].中华医院感染学杂志,2011,34(5):429-430.
- [7] 周庭银.临床微生物学诊断与图解[M].2 版.上海:上海科学技术出版社,2007:98-110.
- [8] 徐群芳,罗金君.老年患者下呼吸道感染病原菌分布及耐药性分析[J].检验医学与临床,2012,9(2):218-219.

(收稿日期:2012-07-21)