

# 护理服务项目价格管理探讨\*

叶和梅, 吴世友<sup>△</sup>, 曾繁丽, 徐 鸿, 郭昌秀(重庆市中山医院 400013)

【关键词】 护理服务; 护理成本; 价格管理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.23.086 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2013)23-3242-02

随着医院改革不断深化, 医院自负盈亏, 医疗市场竞争日趋激烈, 医院及卫生事业机构已逐渐开始重视成本核算。按护理服务项目付费是各种付费方式的基础, 是长期持续使用的方式。护理服务是医疗服务中不可或缺的一部分, 因此医院成本管理必须重视护理服务项目的成本研究。由于各地经济水平的差异, 护理内容涉及有所不同, 相同的护理内容在不同地区所消耗的护理成本也有所不同。随着我国单病种医疗价格体系的改革及国外疾病诊断预付制度(即按病种付费)研究的不断完善, 护理服务项目成本研究与如何制订合理的护理服务价格, 已成为护理研究面临的两大重要课题<sup>[1-3]</sup>。目前, 优质护理服务示范工程已逐步开展, 为让护理工作真正做到贴近患者, 贴近临床, 贴近社会, 我国在临床工作中拓展了护理服务项目内涵, 而护理服务价格标准却沿袭了传统的低价收费, 可持续性堪忧。

## 1 护理服务项目价格管理现状

我国 2001 年下发的全国医疗服务价格项目中护理相关服务项目仅有 42 项, 且运行 10 年无新增条目。护理内容因地域不同而不同, 加之各地经济水平有差异, 相同的护理内容在不同的地区所消耗的护理成本也不同, 因而护理收费项目价格及项目存在地域性差异。在实际临床工作中, 护理服务在项目价格管理方面存在诸多问题: 护理人员做了大量的工作却不能收费, 心中不甘或因为应当收费却没有相应收费项目而留下遗憾; 为了降低成本, 收费时不得不比照相应项目, 出现违规, 严重受罚; 由于部分新型耗材的使用不能收费和报销, 使护理人员因此而不愿尝试, 在一定程度上限制了新技术和新项目推广; 护理服务项目漏收情况严重, 我国护理收费项目仅为美国的 8%, 仅占医疗服务项目的 1%<sup>[4]</sup>。如每天与患者密切相关的生命体征的测量、防压疮护理、卧床患者床单更换、吸氧操作、口服给药、鼻饲、配送检查、出入量计算、病情观察、患者的清洁卫生等无计费标准。我国护理收费价格一直处于与实际价值相背离的状态, 严重制约了目前护理市场的需求, 影响了护理事业的发展<sup>[5]</sup>。

## 2 护理服务项目成本核算的必要性

护理成本核算是制订合理价格的前提与基础。相关研究显示, 护理成本几乎占医院运营成本的 25%~44%, 且居人力成本的首位。护理成本是指在提供护理服务过程中所消耗的那部分护理资源, 即是物化劳动和活劳动所消耗的部分, 其中物化劳动是指物质资料的消耗, 活劳动是指脑力和体力劳动的消耗<sup>[6]</sup>。护理服务价格项目主要由 2 个部分组成: 一是基本住院护理价格项目, 二是由医护人员实施的常用一般治疗价格项目。前者比如按病情需要设立的等级护理费、新生儿护理费、精神病护理费、特殊疾病护理费等; 后者比如注射、吸氧、雾化

吸入、换药、物理降温、导尿等治疗及其他专项护理费。护理单项成本的构成: 护理人力成本、护理设备折旧金额、护理用材、作业费、行政管理费、教学研究及社会费用。护理成本核算的作用是降低医疗护理成本的有效途径, 是制订合理价格的基础, 是合理配置护理人力资源的基础, 是衡量护理服务效益的标尺, 也是护理价值评价的基础。降低护理成本, 衡量护理质量及护理服务效益, 应合理配置人力资源。

## 3 护理服务项目价格管理缺失的影响

**3.1 护理价值无法体现** 导致护理收费低, 直接影响护士收入, 降低护士地位, 挫伤工作积极性, 导致人才流失。

**3.2 医患纠纷增加** 项目收费无统一、合理、科学的标准。由于护理成本管理原因, 造成无项目比照相应项目收费, 医患矛盾增加, 投诉增多。医务人员也心存不满和委屈, 降低工作积极性。同时在有关部门进行定价时, 着重有形消耗, 而无形消耗由于难以计量而被忽略。这一现象直接导致医疗服务的技术劳务价值在收费标准的制订中难以得到充分体现, 迫使医院力图通过提供部分有形消耗(如药品和设备检查)来回收成本。

**3.3 降低护理质量** 为了降低人力成本, 严格控制护士编制, 护士人力资源严重不足。随着人们健康需求不断提高, 对护理工作、服务质量和态度提出了新的要求; 然而由于人力不足, 提供的服务质量难免会下降, “七分护理”保质保量难以实现。部分医院管理者认为护理收益不高, 试图以严格控制护士编制来降低成本。临床护士人手短缺, 护理服务力不从心, 某些患者选择聘请护工来弥补服务的缺失。与此同时, 催生了一个新事物(陪护公司)的产生, 这个中间产业链如今穿梭于各个医院。一方面患者自己每天花七八十元聘一个护工, 无疑增加了他们的经济负担, 医院的正常医疗秩序也受到影响; 另一方面护工属于没有经过护理专业正规培训的群体, 他们直接在患者床旁提供服务, 护理安全和质量无法得到保证。

**3.4 限制新技术、新项目推广** 控制设备成本, 阻碍护理事业的发展。由于护理工作不受重视、社会地位及待遇较低, 部分护理人员积极性不高, 对提高护理技术水平热情降低以及对新知识的求知欲下降, 护理人员的综合素质提高受到阻碍, 从而一定程度上限制了医院新技术、新项目的推广。

## 4 讨 论

**4.1 建立护理成本核算体系** 为了更全面、更准确地核算和监督护理服务过程所发生的劳动消耗, 应在形成护理成本核算模式, 确定护理成本核算内容的基础上, 建立科学、规范、标准的护理成本核算体系, 使医院护理服务成本管理有序进行。

**4.2 充分体现护理价值** 护理服务项目价格应充分体现护理工作的劳动价值。护理既是医院事业发展的重要中心, 更是重要的收益中心, 既要看到护理服务带来的直接经济收入, 又要

看到其无形的社会效益。当价格与价值趋于协调时,便会正向激励护理事业健康积极发展。

**4.3 加强成本过程管理** 满足患者日益增长的护理要求人力成本,合理配置,积极培训,提高素质,物资成本做到物尽其用,杜绝浪费。关注患者住院费用管理,进行实时监控,每天核对,及时通报,三级联查,办公室护士自查、住院处收费处审查、患者确认清单。

**4.4 重视人力成本价值** 关注人力成本价值有助于护理成本的合理设置和体现,护理人力成本就是指在实施专项护理服务过程中所消耗的人力资源价值,专项护理服务价值的体现,需要进一步重视护理人力在从事专项护理方面的技术含量和劳动价值。从护理经济学的角度出发,价格是价值的货币表现,在制订合理收费标准时,要考虑体现出专项护理服务的价值。

因此,护理服务项目价格管理,既需要医院护理管理者的高度重视,也需要引起医疗行政主管部门、医院的高度关注,加强对护理服务价格项目的研究和管理。

**参考文献**

[1] Florin J, Ehnfors M, Ostlinder G. Developing a national

integrated classification of health care interventions in Sweden[J]. Int J Med Inform, 2005, 74(11-12): 973-979.

[2] Frantz E. Management of the acute Coronary Syndrome under German Diagnosis Related Groups in 2005/2006 [J]. Herz, 2005, 30(8): 710-714.

[3] Borsa J, Anis A. The cost of hospital care in Canada: a comparison of two alternatives [J]. Health Manage Forum, 2005, 18(1): 19-27.

[4] 王燕. 护理成本效益对护理事业发展的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2007, 23(7): 65-66.

[5] 王霞, 王建萍, 王小华. 护理成本核算与护理价格的调查 [J]. 中华现代护理杂志, 2008, 14(15): 1711-1712.

[6] 刘则杨. 护理经济学概论[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2002: 3-5.

(收稿日期: 2013-06-20 修回日期: 2013-08-12)

# 医院 CA 认证系统的安全性分析

张立群, 熊 剑, 陈亚婕(湖北医药学院附属太和医院信息资源部, 湖北十堰 442000)

**【关键词】** CA 认证系统; 身份认证; 电子签名; 安全性

**DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.23.087 文献标志码: C 文章编号: 1672-9455(2013)23-3243-02**

随着我国医疗体制的逐步改革, 积极发展区域医疗卫生信息平台是当前医疗管理的趋势。而电子病历系统作为区域性医疗卫生共享信息的重要内容, 其必然得到对应的完善和标准化。而电子病历信息的公信力与安全性是构建在数字证书技术的 CA 认证基础之上的。

随着 CA 认证技术的不断发展与成熟, 其给数字证书的正常使用提供了技术性基础。卫生部于 2011 年 1 月 1 日颁布并实施了《电子病历系统功能规范(试行)》, 其中第二章第六条就明确规定: 电子病历系统在管理和使用过程中应该进行用户授权与认证, 同时结合审计、数据存储、隐私保护以及数据管理等方式, 确保电子病历数据的安全、可靠。因此, 医院在区域医疗信息管理过程中应该更加重视网络情况下 CA 认证系统的信息安全问题。

## 1 CA 认证系统架构过程中的相关技术

**1.1 CA 认证身份识别** CA 认证系统信息安全分析过程中需要解决的重要问题就是身份认证及信息保密问题。首先, 什么是 CA 身份认证? 作为电子病历信息安全管理的核心内容, 针对医生与患者电子身份的确认, 当前主要采用基于数字证书的 CA 认证系统。CA 认证系统实施过程中, 由公钥基础设施(PKI)系统中通信双方都信任的实体进行数字证书发放、删除与管理。该实体应该是一个具有政府授权的组织或者是政府机构, 保证其具有对应的公信力和权威性。所以, 数字证书是一种网络实体身份证, 是进行信息发布与获取过程中的身份认证依据。在系统登录过程中, 应该保证系统具有双向认证机制, 若没有数字证书就不允许其登录系统, 更不允许其非法进入系统进行诊断、开具处方、治疗等活动。另外, 数字证书

还应该确保所发布的共享病历信息只有发送对象及发送者才能读取, 非法窃取信息者不能对信息进行解码。因此, CA 数字认证系统在构建过程中还应该将信息内容加密作为系统构建的基础。例如, 可以采用公钥、私钥等进行加密, 实现身份认证。

**1.2 电子签章** 作为电子签名的一种重要形式, 电子签章广泛存在于电子身份认证系统应用中, 其通过与电子文件信息建立起对应逻辑关联的方式, 对电子文件的签署者进行身份辨识、保证文件的完整性、确保文件的合法性<sup>[1]</sup>。

电子签章在实现过程中采用报文摘要算法、非对称加密算法等方式。利用电子签章的方式进行电子病历及其他信息传递, 使需要发布的电子信息文件与电子签章融合在一起, 非 CA 系统授权人将无权进行文件操作, 保证了信息系统的安全可靠, 避免了电子签章丢失。

随着网络技术的日趋成熟, 在医院信息网络的构建过程中, 应该构建一个可信的电子病历认证中心存放所有信息授权人的相关电子证书, 同时将信息系统所产生的所有资料进行保存、归档, 便于事后取证及查询。

## 2 CA 认证系统实施过程中存在的安全漏洞

就医院电子信息的生产过程而言, 电子病历信息主要是由医院各科室在患者就医过程中录入的医疗过程信息, 然后通过医院局域网传输到服务器中进行存储。在整个传输过程中, 每个环节的实时动态性都要求很高。在信息传输过程中存在的安全漏洞主要包括以下几个方面<sup>[2]</sup>。

**2.1 身份验证漏洞** CA 系统身份认证的最终目的是要解决是否有人利用他人的用户名及口令进行病历信息的修改与登