



衛生福利部中央健康保險署

全國標竿學習觀摩會報告



台灣醫院協會 謹提

中華民國 102 年 11 月 7 日

目錄

壹、前言.....	1
貳、推動 ICD-10-CM/PCS 於臨床疾病分類作法.....	2
參、全國標竿學習觀摩會之各界彙總意見.....	3
肆、ICD-10-CM/PCS 導入模式與流程規劃建議.....	13
一、「特約醫院 ICD-10-CM/PCS 小型先驅計畫」試辦醫院導入模式探究	14
二、ICD-10-CM/PCS 導入模式及流程規劃建議.....	17
(一) 醫院決策.....	18
(二) 病歷管理.....	22
(三) 資訊規劃.....	24
(四) 臨床管理.....	27
伍、結論與建議.....	29

壹、前言

回顧 ICD-9-CM 係世界衛生組織所出版為進行流行病學、健康管理及臨床管理目的所發展出的標準診斷代碼，過去 30 多年來，一直為全球各國所運用，甚是應用至醫療保險給付、醫療研究與國家衛生統計的使用。然而，隨著醫療技術日新月異，醫學影像、特殊材料的運用及醫療技術的長足發展、人類疾病產生的複雜程度與嚴重程度劃分愈來愈精細，ICD-9-CM 的分類代碼已明顯不敷臨床使用。爰此，導引 ICD-10-CM/PCS 的發展，將原 ICD-9-CM 部份新增疾病、治療方法及新病因發現編碼再予以細分，更加系統化分類，使疾病分類及臨床處置更為精確，遂為現行全球疾病分類、醫學研究統計的主流工具。

有鑑於世界衛生組織宣佈未來不再修訂 ICD-9-CM，而美國亦擬於 103 年全面導入 ICD-10-CM/PCS 為由，致使我國不得不跟著轉換，以確保資訊的可比較性及未來得與國際接軌，為著手進行台灣 ICD-10-CM/PCS 的導入，衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱健保署）為推廣 ICD-10-CM/PCS 政策，輔助全國醫院順利於 104 年全面轉換，希冀讓健保申報系統無隙接軌以過渡成功，健保署陸續於 99 年起開始辦理「推動及應用國際疾病分類第十版 ICD-10-CM/PCS 於臨床疾病分類」計畫，預先就日後推動 ICD-10-CM/PCS 所需要的基礎建設系統進行研究與準備，截止至今（102）年初業已完成對醫院疾病分類人員之編碼訓練、資訊系統規劃、ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 對應檔、編製工具書等等作業，再於 101 年委託國內 7 家醫院參與「特約醫院 ICD-10-CM/PCS 小型先驅計畫」試行編碼系統轉換可能面臨的問題研究。

綜上資料顯示，現行健保署已逐步完備輔助全國醫院未來二年進行 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 的前置作業，參據前開「特約醫院 ICD-10-CM/PCS 小型先驅計畫」（以下簡稱先驅計畫）之成果顯示，系統轉換的工作並非單一部門、單靠申報或疾病分類人員可以完成，而需要醫院跨部門跨領域的通力合作，始有事半功倍之效，導入需由管理階層起聲發動，故委由台灣醫院協會協助觸發啟動全國各級醫院籌措作業的工作，透過全國標竿觀摩會的形式，利用對於先驅計畫的成果發表、實作經驗的分享，開啟醫院構想未來導入系統的思考開端，並期待藉由彙整統合各院有效的模式以形成建議模式，以縮減醫院的思考路徑。

貳、推動 ICD-10-CM/PCS 於臨床疾病分類作法

為因應國際疾病分類 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS，健保署業已於近年起陸續完成基礎系統的建置，並於 100 年邀集國內 7 家醫院辦理「特約醫院 ICD-10-CM/PCS 小型先驅計畫」進行實務轉換測試。

有鑑於健保署已將全民健康保險醫療費用申報系統由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 版本設定為 104 年之政策目標，參據相關 ICD-10-CM/PCS 之文獻說明得知，ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 兩版本間實際存在著相等大的差異，新版 ICD 除了編碼更具延展性，其對於診斷與處置劃分地更為精確，正因為變動的範圍擴增更為專業性，及應配合資訊系統輔助使轉換更有其效益，故，已非單一部門可獨力完成，而需要跨團隊的合作，然而這些實務上的執行細節非經實作無法預期，以美國的經驗得知，相同耗用相當高的心力與成本於教育訓練、與臨床溝通及系統調整上。

綜觀現行台灣醫院部門尚未著手規劃導入 ICD-10-CM/PCS 之院所仍為多數，初步瞭解其主因不外乎，不確定 ICD-10-CM/PCS 之執行年度、暫行觀望且戰且走，或千頭萬緒不知如何下手。故，為輔助全國醫院落實著手 ICD-10-CM/PCS 轉換之策略規劃，本會藉由執行「101 年推動及應用國際疾病分類第十版 ICD-10-CM/PCS 於臨床疾病分類計畫」，依健保署需求於全國健保六分區北、中、南、東、高高屏等區辦理全國標竿學習觀摩會六場，並以去年參與先驅計畫之試辦醫院為主體，邀請全國各層級醫院各單位代表，共同參與先驅醫院之經驗分享，誘發醫院產生預先規劃的動機。

即推動 ICD-10-CM/PCS 於臨床疾病分類的首波作法為執行全國標竿學習觀摩會，引發全國醫院對 104 年政策導向的注意、再次說明轉換的原由與對於日後健保給付費用申報的關連性、導引各單位籌組跨部門團隊合作、鼓勵醫院強化病歷寫作再檢視與編碼品質的強化。

參、全國標竿學習觀摩會之各界彙總意見

為推動及應用國際疾病分類第十版 ICD-10-CM/PCS 於臨床疾病分類計畫，首波全國標竿學習觀摩會，以 100 年度先驅醫院為主軸，邀請三軍總醫院、馬偕紀念醫院、慈濟綜合醫院、台中榮民總醫院、彰化基督教醫院、澄清綜合醫院及長庚紀念醫院高雄院區等 7 家醫院，於今（102）年 1 月至 3 月間，向全國醫院報告、分享實務作法、面臨的問題及解決方法，活動過程各單位皆詳盡說明各院導入 ICD-10-CM/PCS 的構思歷程及成果，也誘發醫院代表踴躍發言、提問，達成讓尚未著手規劃轉換策略之醫院有初步瞭解，最重要的是讓全國醫院確認健保署將於 104 年完成健保醫療費用申報系統轉換政策決定的真實性。

全國標竿學習觀摩會各場次活動參加醫院及參與人數統計如下：

表一：全國標竿學習觀摩會各場次活動參加醫院及參與人數統計

觀摩會場次	醫院家數	參與人數
102 年 1 月 25 日北區場次(1)	64	159
102 年 1 月 29 日中區場次	74	219
102 年 1 月 30 日南區場次	66	199
102 年 2 月 1 日東區場次	7	53
102 年 2 月 5 日北區場次(2)	49	151
102 年 3 月 9 日北區場次(3)	100	278

有關上述各場次研討會之參加醫院家數、人數之統計，因本計畫原擬北區辦理 2 場次，經分析如下，雖同時參與北區(1)及北區(2)之醫院家數共 22 家，唯僅 4 人重複參與 2 場之研討會，其表示多數醫院係指派不同人員參與研討會活動，以擴大其院內人員對於導入 ICD-10-CM/PCS 模式之了解。且因 2 場次所簡報分享之醫院亦不盡相同，其所分享之導入經驗及流程內容亦有所差異，故對於參與研討會之醫院相對的可聽取更多不同層級、不同醫院之經驗分享。

表二：全國標竿學習觀摩會北區場次活動參加醫院及參與人數統計

研討會場次	醫院家數	參與人數	備註
北區場次(1)	64	159	
北區場次(2)	49	151	
北區場次(1)+北區場次(2)	22	4	雖重複參與的家數為 22 家，但因課程內容不同，分析此 22 家醫院多數仍指派不同人員出席與會

茲因前述 5 場次均為半天活動，各場次受時間限制僅得各邀請其中 3 家先驅試辦醫院分享，唯考量各醫院規模大小、背景條件不同等現有條件限制下，其導入方式亦不儘相同，故，為使各醫院能一次聽取 7 家醫院之經驗分享，以尋求最適用於個別醫院之導入模式，且，各醫院各單位人員經由參與前 5 場次說明後，應得以更了解 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 所涉及之單位、人員及所需因應之問題等概況，爰，本會為擴大醫院參與，特於 102 年 3 月 9 日加辦理 1 場次全天性之全國標竿學習觀摩會，以提供相互討論、意見交流之平台。

由於參與學員所提問的問題來看，醫院已開始針對轉換過程所應有工具、方法及如何促成團隊合作及有效溝通等項，進行綜合研討，其資料彙整如下表：

表三：全國標竿學習觀摩會各界意見彙整表

Q	A	協會統整說明
<p>已具有 ICD-9-CM 編碼證照並接受台灣病歷資訊管理協會辦理的 3 天訓練課程且取得及格證書者，是否能直接取得 ICD-10-CM/PCS-CM/PCS？</p>	<p>台中榮民總醫院 楊昇燦組長：證照制度的建置是一種肯定，亦需經嚴謹考試才得以取得，爰若直接將已具有 ICD-9-CM-CM 編碼證照並取得 ICD-10-CM/PCS 及格證書者，直接給予 ICD-10-CM/PCS 的編碼證照，此尚有爭議，且對現已經考試而取得 ICD-10-CM/PCS 證照者尚不公平，爰會再提台灣病歷資訊管理學會做妥適的規劃。但疾分人員應了解應以提升自我 ICD-10-CM/PCS 的編碼能力為主，非以是否取得證照為主要目標。</p>	<p>本會已建議台灣病歷資訊管理學會，應儘早確認並公告 ICD-10-CM/PCS 之認證方式，以利疾分人員進行考照，並增加 ICD-10-CM/PCS 之教育訓練課程，該會表示將列入年度重點討論之。</p>
<p>有關醫療詞彙應如何建置及維護？</p>	<p>台中榮民總醫院 楊昇燦組長：建議先由各科提出其常用之醫療詞彙後，經由醫師、疾病人員及病歷人員等共同討論，彙整各科需求，最終由病歷室統籌建置及維護。</p>	<p>現健保署所提供之資料庫已區分層級別，對醫療院所之幫助應大為提升，唯醫院仍應重新審視資料庫，依現況予以再分析，甚可建立醫療資訊客制化，依不同醫師建置不同資料庫，以提高資料庫之使用性及有效性。</p>

Q	A	協會統整說明
<p>如何說服醫院決策者同意因 ICD-10-CM/PCS 的轉換而增加疾病人力並支持進行 ICD-10-CM/PCS 導入建置作業？</p>	<p>台中榮民總醫院 楊昇燦組長：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 新增人力恐較困難，可朝向內部人力挪動，評估自有人力，培訓現有人力，如：護理人力、申報、病歷人員或其他因電子病歷實施而閒置之人力(如檔管人員)。或利用外部環境壓力、同儕比較，如：同層級他院申報量及疾分人力的分佈比例與本院之落差，以爭取人力。 2. 可模擬醫院若未進行 ICD-10-CM/PCS 轉換、未依 ICD-10-CM/PCS 邏輯進行門、住診(含 DRG)之編碼，其對收入面的影響，以讓醫院決策者了解 ICD-10-CM/PCS 轉換的重要性。 <p>衛生福利部中央健康保險署 李純馥專門委員：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建議可以健保申報角度向醫院決策說明 ICD-10-CM/PCS 導入的重要性。 2. 本次計畫委由台灣醫院協會辦理，其主要目的就是期望可推廣醫院決策者對 ICD-10-CM/PCS 的認知，並於近期台灣醫院 	<p>協會統整說明</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建議可朝下列面向對醫院決策者進行說明： <ol style="list-style-type: none"> (1). 為何要政策導入 ICD-10-CM/PCS (2). 導入 ICD-10-CM/PCS 對醫院有何益處 (3). ICD-10-CM 實施後的影響(含醫院申報) 2. 善用「同儕比較」所產生之壓力說服決策者重視本議題。

Q	A	協會統整說明
	<p>協會理監事會議中與會進行說明。</p>	
<p>現已試行的醫院，多為建置檢索系統或前N大診斷對應檔供醫師於診療時進行勾選或比對，此是否會產生框架效應，因醫師已習慣在檔案內尋找其對應代碼，無法真正顯示出其疾病及處置，又現在國內諸多研究都引用疾病分類代碼資料來形容疾病的結果，此是否恐造成系統性的錯誤？</p>	<p>台中榮民總醫院 楊昇燦組長：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 因國內現以健保為導向，在編碼上確實會有系統性的誤差，建議科裡常見診斷及處置的檔案建置項目及內容，都由該科醫師自行提出，僅編碼部分交由疾病人員進行，以符合醫師臨床上的需求。 2. 因現 ICD-9-CM 的分類較為粗略，很多疾病都被歸為.8 或.9，再加上健保申報因素影響，在研究上使用亦多為受限，爰也期待能藉由導入 ICD-10-CM/PCS 更精細的分類，減少因為符合健保申報而造成的系統性錯誤。 <p>彰化基督教醫院 賴淑芬課長：</p> <p>依導入經驗而言，參與計畫的種子醫師亦了解有此問題，但仍是希望能提供其檢索系統或對應檔，以利其於診療時便於使用，故仍建議應建置相關資料庫。</p> <p>澄清綜合醫院 李佳珂主任：</p>	<p>醫院應重新審視資料庫，依現況予以再分析，建議可建立醫療資訊客制化，依不同醫師建置不同資料庫，以提高資料庫之使用性及有效性。</p>

Q	A	協會統整說明
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在門診診療上，因其時間較短且診斷較簡易，爰建議還是建置輔助系統供醫師使用。 2. 住診部分因時間較充裕，且通常醫師及疾分人員都會相互討論，此亦可減少編碼與病歷實作之差異。 	
<p>在政策推動過程應有具體的誘因，應給予導入醫院有實質的經費補助。</p>	<p>台中榮民總醫院 楊昇燦組長：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 請衛生福利部中央健康保險署協助爭取相關鼓勵措施。 2. 另有感於社區醫院可能因醫院規模大小，沒有專任的疾分人員或資訊人員，致使 ICD-10-CM/PCS 的推動及規劃上窒礙難行。建議可由資訊廠商共同建置適用於社區醫院的資訊系統，供其使用，另針對區域醫院亦可比照推動電子病歷補助案之方式以達政策推動成效。 <p>衛生福利部中央健康保險署中區業務組 詹玉霞科長：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對於 ICD-10-CM/PCS 的導入是確定會實施的，亦會將各醫界同仁的辛苦及期待能有相關鼓勵措施等意見攜回反應給總 	<p>健保署已於 103 年度其他部門預算中編列經費，用以鼓勵並提升醫療院所對於 ICD-10-CM/PCS 之編碼品質等作業。</p>

Q	A	協會統整說明
	<p>局,也非常感謝3家的先驅醫院對 ICD-10-CM/PCS 的投入並予以分享。</p> <p>2. 正確的編碼不是為了提高編付,而是為了正確的給付。</p>	
<p>在醫師對於 ICD-10-CM/PCS 的教育是否有所規劃?</p>	<p>衛生福利部中央健康保險署中區業務組 詹玉霞科長:</p> <p>針對教育宣導計畫日前係委託台灣病歷資訊管理學會辦理,而對於醫師部分是否單獨辦理,則會攜回總局考量視未來規劃是否納入醫師對於 ICD-10-CM/PCS 之教育訓練。</p>	<p>現狀對於 ICD-10-CM/PCS 較無涉入者多為臨床醫師端,爰建議健保署應請專科醫學會強化臨床醫師對 ICD-10-CM/PCS 之了解,以使導入作業更為順暢。</p>
<p>醫院推行重點都在於醫生,如何推動醫生參與及配合?</p>	<p>澄清綜合醫院 周思源院長:</p> <p>建議以 ICD-10-CM/PCS 的導入與醫師 PF 制度間的關聯性向醫師說明,以加強其對 ICD-10-CM/PCS 的認同。</p>	<p>建議可朝下列面向對醫院醫師進行說明:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 為何要政策導入 ICD-10-CM/PCS 2. 導入 ICD-10-CM/PCS 對醫師有何益處(含臨床與學術) 3. ICD-10-CM 實施後的影響(含 PF 的支付)
<p>現對於 ICD-10-CM/PCS 是否有檢核工具?</p>	<p>慈濟綜合醫院 陳星助主秘:</p> <p>台灣本地版官方編碼檢核程式目前僅有 ICD-9-CM,尚未有 ICD-10-CM/PCS 版,爰建議衛生福利部中央健康保險署應儘速委託相關單位進行編訂。</p>	<p>據悉健保署正委託相關單位進行 ICD-10-CM/PCS 相關資料庫及工具書彙編。</p>

Q	A	協會統整說明
<p>是否已有相關建置工具？</p>	<p>慈濟綜合醫院 陳星助主秘： 衛生福利部中央健康保險署已委請台灣病歷資訊管理學會完成相關基礎檔案之建置，並於該局網站上公告供各院使用，爰建議可依各院常見診斷、處置，經與各科討論，配合院內電子系統，逕行截取檔案使用。</p>	<p>健保署已委託相關單位完成基礎資料庫之建置，並持續更新中，醫院可至健保署官網中 ICD-10-CM/PCS 下載檔案使用。</p>
<p>是否需增加軟硬體？</p>	<p>慈濟綜合醫院 陳星助主秘： 1. 在硬體部分，原則上不會因 ICD-10-CM/PCS 的導入而需增加太大容量，故以試行導入的經驗來看，應可不必新增。 2. 軟體部分，則需端視各院對於 ICD-10-CM/PCS 的規劃論定。</p>	<p>1. 由於國內醫院規模大小不一，對於資訊系統的規劃、運用層面懸殊很大，資訊的改版，應以對目前醫療作業流程影響最小為原則，並與院內相關資訊規劃需求(如電子病歷的導入)等併同考量。 2. 若單純僅考量 ICD-10-CM/PCS 的導入部分，硬體上應不需增加太多成本，唯軟體部分便需視各院系統及需求做考量。</p>
<p>有關 ICD-10-CM/PCS 的導入目前預計是在 104 年實施且是門住診一併導入，唯現有關 ICD-10-CM/PCS-CM/PCS 的教育課程，多為針對疾病分類人員的編碼教育訓練，相對於醫師部分顯少著墨，故若要求全台灣醫院及診所醫師在實</p>	<p>衛生福利部中央健康保險署東區業務組 陳陸英科長： 因國內 ICD-10-CM/PCS 的導入時程，目前是以美國導入的時間延後一年為原則，所以對於各代表所提是否 104 年一定要導入及醫師 ICD-10-CM/PCS 之教育訓</p>	<p>1. 現 狀 對 於 ICD-10-CM/PCS 較無涉入者多為臨床醫師端，爰建議健保署應請專科醫學會強化臨床醫師對 ICD-10-CM/PCS 之了解，以使導入作業更為順暢。</p>

Q	A	協會統整說明
<p>施第一時間馬上適應將 ICD-9-CM 轉 ICD-10-CM/PCS，實質上恐難達成。另現各先驅醫院對於 ICD-10-CM/PCS 編碼僅能維持一致性，對於正確性尚存有疑慮，如此，未來在 ICD-10-CM/PCS-CM 及 DRG 轉換的環境下所產出之編碼，對未來資料引用或分析上之正確性及可參考性，尚有待討論。</p>	<p>練，則會攜回總局考量。</p>	<p>2. 現疾分人員對於 ICD-10-CM/PCS 之編碼熟悉度尚不足，現階段應先增加實例編碼，並透過院內或院際間交流，取得編碼共識。再者有關如何檢核編碼正確性，尚請健保署與專業團體進行討論，並及早公告相關檢核工具，以利醫療院所所依循。</p>
<p>依先驅計畫醫院經驗，人力多為內部做訓練，但私人醫院及公立醫院對於薪資結構本不同，私人醫院用何機制去鼓勵申報人員或疾分人員在現在就願意加入 ICD-10-CM/PCS 試編行列？</p>	<p>慈濟綜合醫院 林玲珠組長： 因現行對於 ICD-10-CM/PCS 的試編多為額外增加疾分人員或申報人員工作負擔，爰建議初期的鼓勵方式就是參加計畫案，有經費上的實質補助，較易推動相關人員的參與。</p>	<p>以參與院外之 ICD-10-CM/PCS 相關計畫案，以計畫預算予以鼓勵相關人員之參與。</p>
<p>ICD-10-CM/PCS 的導入對於資訊系統的改變影響甚鉅，不知需規劃多久時間與醫師及資訊部門人員進行系統需求討論及教育訓練？</p>	<p>台灣醫院協會 楊漢淙理事長： 建議應先籌組 ICD-10-CM/PCS 專案團隊，且其召集人至少應為醫療副院長，以提高醫師配合度。 慈濟綜合醫院 林玲珠組長： 原則每家醫院對於討論及規劃所需耗費的時間不同，但對醫師的教育訓練時間必定是有限，爰前置作業</p>	<p>1. 由於國內醫院規模大小不一，對於資訊系統的規劃、運用層面及醫師端的教育訓練需求及溝通懸殊很大，原則每家醫院的討論及規劃。所需耗費的時間不同。 2. 唯建議應有醫院決策高階主管的介入，以提高各部門的配合度。</p>

Q	A	協會統整說明
	<p>需很齊備，案例、工具書皆需備妥等，舉例說明：原則1科安排1個小時20分鐘，前20分鐘進行政策說明，後1個小時則直接以案例及工具書直接進入實質討論，如此較可在有限時間內，達到最大效益。</p>	

肆、ICD-10-CM/PCS 導入模式與流程規劃建議

台灣醫院協會於本次承作衛生福利部中央健康保險署「101 年推動及應用國際疾病分類第十版 ICD-10-CM/PCS 於臨床疾病分類計畫」採以漣漪效應，由去（100）年「特約醫院 ICD-10-CM/PCS 小型先驅計畫」之 7 家先驅醫院中之 5 家醫院（慈濟綜合醫院、馬偕紀念醫院、台中榮民總醫院、澄清綜合醫院及彰化基督教醫院）升任為輔助其他層級醫院轉換 ICD-10-CM/PCS 之種子教官，綜合指導新試辦醫院規劃轉換事宜。

業經前節所述「全國標竿學習觀摩會」，可以將 7 家先驅醫院就執行模式予以初步解析，可得如下統合結論：

1. 醫院高層領導人物的全力支持是成功的關鍵點。
2. 成立跨單位的專案小組，其範圍涵蓋：病歷、醫事暨申報單位、醫療臨床科及資訊部門。
3. 透過實際 ICD-10-CM/PCS 編碼實作，了解兩版本間的實際差距與資訊上的落差，進而補強醫師於病歷寫作上的資訊提供。
4. 強化疾病人員與醫療臨床科醫師的溝通。
5. 充份善用健保署已完成之 ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 的對應檔等資訊輔助資料庫。
6. 應用資訊系統輔助轉換作業的調整，系統化輔助並提醒臨床科醫師須提供及注意的處置部份資訊的提供，有效控制錯誤的產生。

一、「特約醫院 ICD-10-CM/PCS 小型先驅計畫」試辦醫院導入模式探究

統整特約醫院 ICD-10-CM/PCS 小型先驅計畫之先驅醫院計畫執行模式分析結果，有鑑於各單位之實務作業的方法、屬性不同，但採行的模式卻是異中求同，大體結構相似，我們試圖就主題性對照分解如下表：

表四：特約醫院 ICD-10-CM/PCS 小型先驅醫院導入模式彙整

先驅醫院	導入管理模式	是否跨領域整合／ 主導職稱（部門）	工作小組團 隊	重點摘錄
慈濟綜合醫院	專案小組	是 院長室主任秘書	病歷室 資訊室 臨床醫療科	<ol style="list-style-type: none"> 1. 籌組跨部門整合工作小組。 2. 擇定醫療科別，由疾病人員主導，試行紀錄原病歷缺失，再與臨床科主任及醫師溝通。 3. 製作病歷寫作規範書。 4. 運用健保署已完成之 ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 對應檔，規範設計自有之資訊系統。 5. 修訂病歷製作等注意事項、格式及寫作規範。
三軍總醫院	品管圈	是 醫療副院長	病歷室 資訊室 臨床醫療科 民診處	<ol style="list-style-type: none"> 1. 透過預先之全院教育訓練，宣傳 ICD-10-CM/PCS 的政策目標。 2. 實際實作以盤點現況並設計攻監點設計。 3. 運用品管圈的管理技巧進行專案成果的追蹤。 4. 該院編碼人員主要係醫師，疾分人員為輔助角

先驅醫院	導入管理 模式	是否跨領域整合/ 主導職稱(部門)	工作小組團 隊	重點摘錄
				<p>色給予 DRG 案件給碼及費用落點提醒。</p> <p>5. 與其他醫院不同係該院為所有先驅醫院中第一家廣度最大。</p>
馬偕紀念醫院	專案小組	是 醫療事務室主任	病歷室 資訊室 臨床醫療科	<ol style="list-style-type: none"> 1. 主以先行提供疾分人員全面教育使其對 ICD-10-CM/PCS 的認知。 2. 藉由實作後紀錄現行病歷內容的缺漏部份進行與臨床醫療科主任進行討論。 3. 參據編碼規則及申報格式改版，以清查了解現況，裨益策略之擬定。 4. 設計資訊系統以輔助資料的提供，充實如實申報所需之相關細節。 5. 現行醫院醫師尚未參與系統轉換作業，且已完成規劃全院分科導入的時程表。
台中榮民總醫院	專案小組	是 醫療副院長	病歷室 資訊室 醫務企管室 臨床醫療科	<ol style="list-style-type: none"> 1. 組成專案小組擬定資訊系統、疾病分類編碼導入對策及評估。 2. 實際編碼以分析現況，並與種子醫師諮詢，進行病歷書寫規劃。 3. 該院相較其他差異在於併同醫院推行電子病

先驅醫院	導入管理模式	是否跨領域整合／ 主導職稱（部門）	工作小組團隊	重點摘錄
				歷，統整一次校正。
彰化基督教醫院	專案小組	是 教學副院長	病歷室 資訊室 臨床醫療科	<ol style="list-style-type: none"> 1. 先行對疾分人員、種子醫師進行教育訓練。 2. 編碼實作與病歷書寫檢討。 3. 組成專案小組就導入 ICD-10-CM/PCS 所需求的資訊內容進行檢討與設計。
長庚紀念醫院 高雄院區	專案小組	是 臨床科醫師	醫務管理部 資訊管理部 專科醫師 臨床醫護人員 完訓疾分人員	<ol style="list-style-type: none"> 1. 運用專案管理技巧，藉由模礙編碼發展轉換的模式與流程。 2. 組織推動團隊，整合系統資源。 3. 先行辦理教育訓練。 4. 資訊人員發展相關系統平台，並進行測試。 5. 發展病歷寫作要點及模版。 6. 建置 ICD-10-CM/PCS 疾病分類管理程序作業標準。
澄清綜合醫院	品管圈	是 院長	病歷室 資訊室 臨床醫療科 保險申報組	<ol style="list-style-type: none"> 1. 所有先驅醫院中唯一區域醫院層級，並由院長親自督軍。 2. 以品管手法檢視醫院轉換 ICD-10-CM/PCS 系統問題與障礙，規劃問題解決程序與時程。 3. 建置院內資源逐步建置轉換 ICD-10-CM/PCS

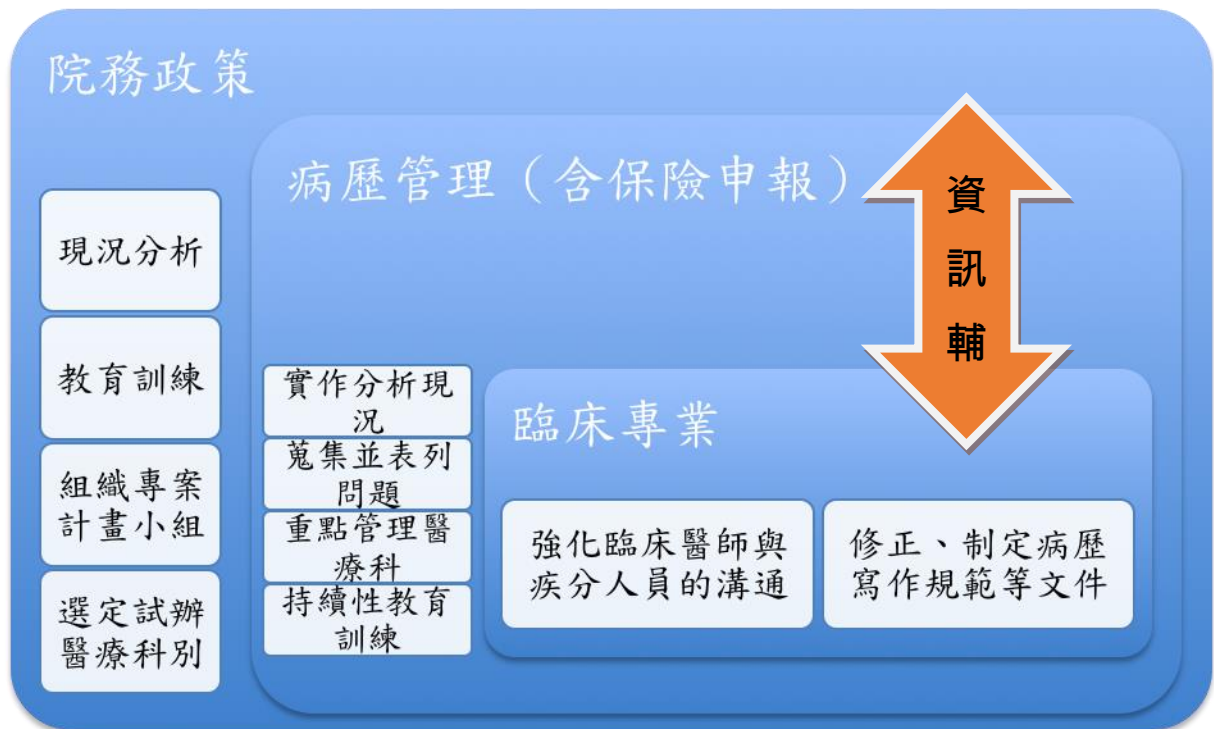
先驅醫院	導入管理模式	是否跨領域整合／ 主導職稱（部門）	工作小組團隊	重點摘錄
				<p>所需之資訊系統、教育訓練、病歷寫作內容規範的修訂等項。</p> <p>4. 發展資訊系統輔助，如醫囑系統增設 ICD-10-CM/PCS 查詢功能、手術紀錄單增列 ICD-10-CM/PCS 必填資訊欄位。</p> <p>5. 該院套用發展模式予院內各科平行展開，並擴大參與範圍，加速導入的時程。</p>

二、ICD-10-CM/PCS 導入模式及流程規劃建議

參據 100 年度健保署「特約醫院 ICD-10-CM/PCS 小型先驅計畫」之 7 家先驅醫院之計畫執行程序、方法，且有鑑於各級醫院執行計畫的主張、流程不同，並無法鑑別那一家先驅醫院所使用的方法最好，但經過上表的彙整，可以了解先驅醫院執行 ICD-10-CM/PCS 系統轉換的過程似有其共同點，可以再整理以提供日後醫院借鏡參考。

統整各先驅醫院的共同點，經歸納：醫院執行 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 的可行方案，係透過院本部行政策略發佈執行醫院系統逐步轉換主張，執行預先的教育訓練，籌組醫院跨部門專案小組，運用品管圈 PDCA 管理技巧，業經實地 ICD-10-CM/PCS 編碼作業進行醫院轉換之現況分析，分別就病歷資訊的檢視、疾分人員與臨床醫療科醫師的溝通，建置溝通管道工具，經由專業實務指導疾分人員正確編碼，將相關注意事項明文制訂各醫療科病歷寫作規範，再以資訊科技系統的設計建置，輔助發展，詳如圖一所示。

圖一：推動 ICD-10-CM/PCS 系統轉換之策略規劃關聯



綜整 100 年「特約醫院 ICD-10-CM/PCS 小型先驅計畫」之 7 家先驅醫院已完成執行之模式彙整建議可行作法，並依其醫院決策、病歷管理、臨床專業及資訊規劃等四個面向分述如下：

(一) 醫院決策

改革是需要有力人士的支持與參與，國家衛生政策的改革亦是如此。因此，各醫院推動 ICD-10-CM/PCS 轉換作業的第一步，即是取得醫院最高管理者的支持，由院長親自下達指令，在院內進行全院性宣示，清楚表明推動 ICD-10-CM/PCS 轉換作業的決心，以啟動全院改革及轉換作業。

參考 7 家先驅醫院導入模式，針對醫院決策面可進行之項目彙整如下：

1. 籌組「導入 ICD-10-CM/PCS 專案工作小組」

自 7 家先驅醫院推動 ICD-10-CM/PCS 轉換作業的歷程中可看出，此作業非單一部門可獨自完成，跨單位資源整合是成功的必要關鍵，因此，

建議全國醫院在推動 ICD-10-CM/PCS 轉換作業時先組成「導入 ICD-10-CM/PCS 專案工作小組」，而其成員可包括：

- (1) 管理階層：建議由副院長層級以上擔任召集人，負責居中協調三部門之整合作業。
- (2) 病歷室：為導入 ICD-10-CM/PCS 的重要角色，負責串連各單位及追蹤進度、成果查核。
- (3) 醫療臨床科：為導入 ICD-10-CM/PCS 的關鍵點，其配合與否牽涉 ICD-10-CM/PCS 轉換作業是否能成功。
- (4) 資訊部門：導入 ICD-10-CM/PCS 轉換作業需資訊系統予以輔助，因此，資訊部門人員應親自參與其中。

2. 問題盤點

所謂知己知彼，百戰百勝，作戰前領軍者除需探測敵方軍情之外，亦需對自己所擁有的兵力、武器等實力相當瞭解，才能研擬作戰策略，成功戰勝敵方。因此，各醫院在推動 ICD-10-CM/PCS 轉換作業時，務必先瞭解院內之實際狀況，以找出最合適之推動策略，建議可就以下幾個面向進行問題盤點，以進行後續政策推動方針及時程規劃設計：

- (1) 各單位對 ICD-10-CM/PCS 政策之瞭解狀況：政策改革需全院對其有一定的認知才得以推動，因此，需先評估全院各單位對 ICD-10-CM/PCS 政策的瞭解程度，若有不足則以教育訓練予以加強。
- (2) 人員培訓狀況及人力：院內各相關單位人力是否足以應付 ICD-10-CM/PCS 轉換作業，以及重點單位人員對 ICD-10-CM/PCS 的瞭解程度，受訓是否足夠或需再安排教育訓練課程，都是推動改革前需先瞭解的。

- (3) 病歷寫作及資料提供的需求差距：因 ICD-10-CM/PCS 比 ICD-9 複雜，病歷寫作方式需隨之改變，因此，應先瞭解院內醫師病歷寫作習慣，確認其所撰寫內容與編碼所需資訊之差距，若差距甚大，則需與醫療科討論並設計病歷寫作格式注意事項。
- (4) 資訊架構：確認目前醫院有多少系統程式與 ICD-10-CM/PCS 轉換有關，需修正以適用，或需重新設計哪些輔助程式。

3. 設定導入目標

經過問題盤點後，專案工作小組即可得知院內實際現況及能力，進而就目前醫院可進行之項目訂定導入時程及目標，參據先驅醫院訂定之目標大多為：

- (1) 設定編碼一致率：
- (2) 完成 ICD-10-CM/PCS 導入病歷寫作規劃書：
- (3) 資訊系統的相關設計：
- (4) 提升醫師對 ICD-10-CM/PCS 認知的能力：
- (5) 建立或修正疾病編碼模式：

4. 選定首波轉換之醫療科別

改革無法一步到位，醫療產業因其行業特殊性、醫療專業性與顧及病人安全為由，穩健地轉換較具可行性，借由首波成功經驗再陸續套用模式於其他科別，提供其成功性。建議首波轉換科別挑選可以管理技巧 80-20 法則，採行重要性管理模式，優先考量符合下列項目之醫療科別：

- (1) 住院病人佔率高：如此可擁有較多案例進行試編碼，讓疾分人員與醫師有更多測試機會。
- (2) 手術複雜程度高：手術複雜程度高，在編碼時會遇到較多困難，讓疾分人員從中蒐集更多問題可與醫療科詳細溝通，強化疾分人員對臨床之認知，有助於未來編碼作業。

- (3) ICD-9-CM 及 ICD-10-CM/PCS 結構差異大：推行初期若僅挑選結構差異小的醫療科，其規劃深度將受限，未來若推行至結構差異大的醫療科將造成阻礙，因此，建議首波就挑選結構差異大之醫療科較為合適。
- (4) 資源耗用大：與申報費用直接相關，若做為首波轉換科別，未來政策上路時，其編碼正確性將減少醫院損失。
- (5) 醫師配合度高：此為相當重要之關鍵，醫師的配合度是成功的關鍵因素，在推行初期優先邀請配合度高的醫師，可減少推行阻力及推行人員之壓力。
- (6) 醫療研究風氣興盛：ICD-10-CM/PCS 結構複雜，推行初期勢必遇到諸多困難，若挑選醫療研究風氣興盛之科別，將有助於研究其結構內容，找尋合適解決方案。

5. 安排教育訓練

教育訓練建議由決策面負責人員來推動較具影響力，建議針對不同人員安排符合其需求之訓練內容。

(1) 全院性教育訓練

推動初期針對全院進行政令宣導，讓全院人員均能瞭解現行醫院推行之政策，使其有一定程度之認知，並予以配合。

(2) 各類人員教育訓練

A. 臨床醫師：可至各醫療科透過專題演講方式進行教育訓練，主要訓練內容如下：

(A) ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 的差異及為什麼進行轉換。

(B) ICD-10-CM/PCS 與醫師間的關聯性，促使醫師了解其所繕寫之病歷，內容、資訊的提供與其醫療費用申報、研究統計實務息息相關。

(C) 勾勒並建構臨床醫師與疾分人員的默契培養，讓未來 ICD-10-CM/PCS 所需之資料提供更為明確，疾分人員更可了解專業的認定，進而提升編碼品質及正確性。

B. 疾分人員：從 ICD-9-CM 轉換至 ICD-10-CM/PCS 對現行疾分人員相當辛苦，因此，除外部教育訓練之外，建議在內部成立讀書會，透過分章節討論方式，讓疾分人員共同分擔及學習，以便在短時間內增進專業能力。訓練內容如下：

(A) ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 的差異及為什麼進行轉換。

(B) ICD-10-CM/PCS 結構內容及編碼。

(C) 解剖病理學、處置、手術方面的專業知識。

(D) 協助取得 ICD-10-CM/PCS 認證。

C. 資訊人員：因資訊人員對於臨床作業及醫療專業較為生疏，然而其扮演著穿針引線重要輔助工具的角色，故資訊人員亦需相關教育課程。

(A) ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 的結構差異。

(B) 現有資訊可應用之資源，例如：健保署提供之對照檔。

(二) 病歷管理

在進行 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 作業過程中，病歷管理是整體流程中重要的角色，其對 ICD-10-CM/PCS 應具備高度認知，才得以協助醫療科及資訊部門等相關單位共同進行導入作業，參據 7 家先驅醫院在病歷管理層面導入模式後，建議作法如下：

1. 疾分人力編排

經評估 ICD-10-CM/PCS 編碼所需耗用之時間較長，未來全院導入 ICD-10-CM/PCS 後，將需要更多疾分人員以分擔工作，因此，建議導入初期，可開始規劃及安排人力，但，要再自外部招募人員對醫院來說較為困難，故，建議可自院內病歷檔區行政人員邀請有意願轉執行疾分之人員進行培訓。

另，在現階段人力有限的情況下，如何同時負擔現行繁重工作及 ICD-10-CM/PCS 轉換作業，係需要好好規劃及安排，以最少人力發揮最大效用。

2. 規劃教育訓練

既然病歷管理是轉換作業整體流程中重要的角色，因此，醫院應支持疾分人員多加參與外部教育訓練課程，以協助其取得 ICD-10-CM/PCS 認證，而內部則以定期安排讀書會方式持續強化疾分人員的 ICD-10-CM/PCS 能力。

另外，疾分人員亦需肩負起對臨床醫療科與資訊人員進行教育訓練之責任，使其瞭解 ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 的差異，才可助於轉換作業之推動。

3. 實際編碼測試

參據先驅醫院之導入經驗可發現，實際編碼對整體導入作業有相當大的助益，透過編碼的過程疾分人員可更實際感受到 ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 之不同，也可從中發現問題，例如：病歷資訊不足，影響其編碼。另，藉由實際編碼檢視疾分人員編碼之正確性，並找出錯誤之處加以研究學習，增強疾分人員編碼能力，或是針對內部編碼不一致之處，以會議研討方式尋求共識。

4. 溝通協調

- (1) 臨床醫療科：將上述於實作中蒐集的資料及問題，彙整規劃為書寫問題、編碼問題資料庫，以作為下一階段臨床部門醫師日後進行寫作修正或制訂規範之參考。
- (2) 資訊部門：與資訊人員討論 ICD-10-CM/PCS 轉換作業所需用之系統程式，並將臨床醫療科需求提供予資訊部門，做為資訊系統建置與設計的參考依歸。

5. 訂定 ICD-10-CM/PCS 編碼注意事項與編碼共識

- (1) 編碼注意事項：主要依據為編碼規範（如：Handbook, Manual, Guideline, 教案等）、工具書內容說明、詳讀 ICD-10-CM/PCS 代碼的內容以提醒 ICD-10-CM/PCS 與 ICD-9-CM 不同之處，及試編過程中案例分享與發現所彙整而成之注意事項。
- (2) 編碼共識：多經實例與臨床醫師或相關人員討論後，取得多數能接受的共識，以作為日後遇到相同狀況之編碼依據。

6. 訂定病歷書寫作業規範

配合 ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 結構之不同，病歷書寫方式亦需修正，因此，疾分人員需於實際編碼過程中記錄目前病歷資訊不足處，並予醫師討論，共同訂定病歷書寫作業規範，以提醒臨床醫療科醫師與病歷寫作時需注意之事項。

(三) 資訊規劃

ICD-10-CM/PCS 轉換作業，除修訂原使用軟體外，亦需依賴輔助之系統程式，因此，資訊系統轉換規劃亦是重要的一環。初期可利用健保署網站建置的 ICD-10-CM/PCS 相關資訊檔案做為輔助，建置 ICD-10-CM/PCS 檢索系統及資料庫，以協助疾病分類編碼及醫師搜尋診斷處置代碼。

由於資訊人員對於臨床作業不瞭解，故，建議可由疾分人員對其進行教育訓練，並透過參與醫師與疾病分類人員討論會議，對 ICD-10-CM/PCS 有架構性瞭解，以商討 ICD-10-CM/PCS 建置作業相關細節。

建置完成的系統及資料庫，則請醫師與疾分人員協助測試，測試範圍包含各系統之一致性及完整性，爾後統計測試結果，再與醫師、疾病分類等相關人員進行討論，藉由實務操作過程，提出系統修改的方向與建議。

1. 全院涉及疾病分類代碼之主要程式盤點及 ICD-10-CM/PCS 改版時程評估

針對 ICD-10-CM/PCS 編碼試行作業，檢視與清查現行相關資料庫及醫療資訊系統是否應調整，並配合 ICD-10-CM/PCS 格式進行軟體更新規劃；依試行編碼發現病歷紀錄資訊不足，新增資料輔助系統，以提高編碼完整病歷資訊需求。

- (1) 資訊系統清查
- (2) 分析了解外部輔助資源
- (3) 建置 ICD-10-CM/PCS 相關維護檔案
- (4) 院內醫令系統修改
- (5) 其他週邊程式修改

2. 配合臨床科所需，建置電子病歷記錄格式，確保 ICD-10-CM/PCS 編碼品質

屬系統性因素，如臨床醫師全面書寫習慣記錄模式所致不足，或分散於不同系統之記錄檔案等，則將 ICD-10-CM/PCS 相關之資訊不足或過於分散之資訊內容，結合電子病歷，設計相關含括前述所需電子記錄檔案之登錄格式，提出資訊電子化需求，由資訊人員配合建置、測試及上線。

3. 建置醫師相關輔助工具

- (1) 初期目標
 - A. 建置 ICD-10-CM/PCS 維護檔
 - B. 建置 ICD-10-CM/PCS 檢索系統
 - C. 建置 ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 對應檔資料庫
- (2) 中期目標
 - A. 建置門診前 N 大診斷 ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 對應參考
 - B. 編碼案例宣導模版

- (3) 長期目標
 - A. 手術處置記錄格式輔助
 - B. 建置特殊侵入性檢查/處置選項強制紀錄
 - C. ICD-10-CM/PCS 病歷寫作模版之建置
- 4. 疾病分類相關輸入系統改版
 - (1) 欄位架構
 - (2) 增加 ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 代碼對應功能
 - (3) 疾病分類系統之提示、管控與報表功能
 - (4) ICD-10-CM/PCS 疾病分類代碼稽核檔建置(具有效代碼邏輯檢核)
 - (5) 建置符合 ICD-10-CM/PCS 之疾病分類格式
 - (6) 建置符合 ICD-10-CM/PCS 之健保申報格式
- 5. 建置疾病分類人員與醫師溝通管道與工具

ICD-10-CM/PCS 編碼試行作業，針對編碼病歷記錄資訊不足部分進行溝通，並設定資料建置，以因應未來編碼完整病歷資訊需求。

另在資訊規劃的層面上，本次先驅計畫醫院雖有模板之建置，且各界期待能將其經驗轉化為制式化或標準化的資訊介面或模板可供全國醫院參考，唯在彙整七家先驅計畫醫院執行過程中可發現，由於國內醫院規模大小不一，對於資訊系統的規劃、運用層面、人力及可投入資源懸殊很大，實無法一法套用於全國醫院，再者，受限下列因素，本會實難提供各先驅計畫醫院所發展出之導入模板，供其他醫院參考：

- 1. 各先驅計畫醫院皆在部分科別規模下試辦導入階段，對於資訊模板的建置尚屬開發建置階段，未成熟化。
- 2. 如何結合各家醫院 HIS 系統，是需依賴各醫院資訊人員協助，因各醫院系統樣態不同，恐難以統一處理。
- 3. 資訊模板的開發亦涉及各醫院的私有智慧財產，不易取得。

(四) 臨床管理

病歷是編碼正確的基礎，編碼正確的基本要素是將診療過程做一詳細完整的記載，疾病分類人員再依據病歷上所記載，予以正確的分類，故須確保病歷的一致性、完整性與正確性，其中一致性是為保證有足夠資料支持診斷及判斷治療效果。

考量臨床醫師較為忙碌，建議可從優先導入之臨床醫療科別中，指定 1~2 位醫師擔任種子醫師，由其負責整體導入作業之溝通橋樑，與疾分人員及資訊人員定期召開會議討論，並蒐集彙整自身科別較常遇見之問題，以探討解決方案，而種子醫師背後亦需有該科部主任支持，以利日後導入作業順利。

1. 辦理教育訓練課程，推展 ICD-10-CM/PCS 基礎概念

- (1) ICD-10-CM/PCS 版本轉換重要性及影響
- (2) ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 兩版本之異同
- (3) 常見診斷記錄注意事項、電子病歷結合資訊記錄範例
- (4) 常見手術處置鑑別編碼
- (5) 檢索系統試用簡介

2. 醫師專業介入與輔導

彙整導入過程問題與疑義，並由相關臨床科醫師講解疑義疾病、手術執行方式與手術之差異認定。

3. 建立臨床教育訓練推展模式

結合常見之診斷及手術處置為基礎，實例說明編碼結構改變、給碼分類結果，彙整問題及 ICD-10-CM/PCS 編碼規則，進而探討試編個案病歷書寫重點，透過客制化教育訓練內容，使臨床醫能有效掌握自科導入 ICD-10-CM/PCS 的改變及需要配合的重點，以提供臨床醫師授課參照。

- (1) 編碼案例宣導模版
- (2) ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 系統宣導
- (3) 試行編碼科別教育訓練方式規劃與內容訂定

4. 教育宣導與雙向溝通

- (1) 提供病歷書寫及編碼專業諮詢
- (2) 臨床診療實務共同討論

5. 確立各臨床部科病歷文件記錄內容之特異性，修訂各形式之醫療記錄

ICD-10-CM/PCS 編碼所需資訊除來自於主要醫療科醫師之病歷記錄外，其他相關醫療領域之記錄（如檢查報告內容、病歷報告內容、其他職類之治療記錄等）亦是提供相關編碼參考資訊。經與臨床科醫師討論 ICD-10-CM/PCS 編碼依據與病歷必要資料，彙整常見問題，提供正確詳實 ICD-10-CM/PCS 編列參考，修訂各式醫療記錄，如：手術紀錄增「疾病狀態」及「手術執行方式」等，以確保記錄完整與減少後續編碼疑義。

伍、結論與建議

透過辦理 ICD-10-CM/PCS 全國標竿學習觀摩會 7 家先驅醫院之經驗分享及導入模式探討，可以發現由於國內醫院規模大小不一，可掌握的資源懸殊很大，實無法一法套用於全國，因此，僅能彙整出綜合性導入模式，提供今（102）年度試辦醫院供參，期望透過本計畫之推行再行彙整試辦醫院導入模式，以再次驗證，找出適用於醫學中心及區域院層級的綜合性建議模式。

經彙整觀摩會各界之意見，目前未推動導入 ICD-10-CM/PCS 轉換作業的醫院對於推動流程甚是擔憂，其中包含：如何說服高階管理者、醫師訓練何時啟動、資訊系統如何介接等。就說服高階管理者部份，建議可自政府政策、健保收入申報正確性相關連進行說明，讓醫院執事單位瞭解 ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 的差異與影響，加強對各級醫院進行政令宣導。而臨床資訊導入部份，由於考量醫師工作的繁忙，多數先驅醫院皆未全面對臨床醫師進行宣導，是故，醫師對 ICD-10-CM/PCS 專業知識訓練課程較少，建議健保署未來可針對醫師部份規劃相關教育訓練課程，輔助醫院推動。另資訊系統介接部份，因各級醫院狀況不同，經觀摩會的研討，發現小型社區醫院可能是未來進行轉換過程中最為需要支援的一個族群，有鑑於地區醫院規模小，編碼多為醫師本身，在資訊系統不是非常完善得以輔助醫師之情況，建議應由資訊系統最為完整的健保署，支援地區醫院，統一歸納該層級醫院常見之診斷及 ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 的對應資料庫，支援其轉換的技能，透過公版資訊系統，讓地區醫院得以跟上其他層級的脚步順利轉換。

所謂萬事起頭難，即使，ICD-10-CM/PCS 轉換作業不易，但若一直停留在原地，仍無法解決此項困難，因此，仍建議各醫院參考先驅醫院作業模式，就 7 家先驅醫院導入模式可看出不論可用資源如何，成立專案工作小組、規劃導入策略、現況問題盤點、推行教育訓練、溝通協調平台及模擬實作編碼等均是不可缺少之項目，因此，建議各醫院可嘗試將前述項目做為推動項目及步驟，再予以細步分析配合自身醫院現況，研議出最適方案，期望各醫院均能配合政策於期限內完成 ICD-10-CM/PCS 上線作業。