

行政院衛生署中央健康保險局
100 年度「特約醫院 ICD-10-CM/PCS
小型先驅計劃」

期末報告



計畫執行機構：財團法人彰化基督教醫院

中華民國 101 年 12 月 28 日

目錄

壹、	ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 導入規劃	4
一、	活動主題：選訂科別試行 ICD-10-CM/PCS 編碼以規劃未來全院導入步驟	4
二、	擬定計畫	4
三、	現況分析	4
四、	設定導入的目標	5
五、	擬定對策及評估	5
六、	最適對策實施及檢討	5
七、	效果確認及標準化	7
八、	人力評估	15
九、	結論與建議	16
貳、	參考文獻	18
參、	附錄	19

表目錄

表 一 神經內科、心臟血管內科及泌尿外科前測編碼一致率.....	4
表 二 ICD-10-CM/PCS 疾病分類人員教育訓練時間表.....	7
表 三 ICD-10-CM/PCS 疾病分類人員教育訓練課程表.....	7
表 四 科部教育訓練時間表.....	8
表 五 科部教育訓練內容.....	9
表 六 各次專科編碼結果統計.....	9
表 七 各次專科編碼互審結果分析.....	9
表 八 各次專科病歷書寫建議事項.....	9
表 九 專案小組會議重要討論事項.....	14

壹、ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 導入規劃

一、活動主題：選訂科別試行 ICD-10-CM/PCS 編碼以規劃未來全院導入步驟

1. 範圍：神經內科、心臟血管內科及泌尿外科。
2. 團隊組成：醫療事務部主管、資訊部主管及資訊人員（含門、住診醫囑、疾病分類系統負責人）、醫師。

二、擬定計畫

1. 由本院參與台灣病歷資訊管理學會承接之 100 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」的核心團隊成員 2 位(含核心人員 1 位)及種子師資 3 位為講師，進行內部疾病分類人員及參與科別（神經內科、心臟血管內科及泌尿外科）醫師之教育訓練。
2. 依選定之三個次專科分別選取連續兩個月的出院病歷，以 2010 年版 ICD-10-CM/PCS 進行疾病分類編碼，以評估及了解 ICD-10-CM/PCS 之編碼問題及病歷書寫注意事項。
3. 設定編碼一致率的目標值、檢視相關成果及確認編碼人員的專業能力，以符合未來全國實施 ICD-10-CM/PCS 之編碼工作要求，並內化成為本院內部的標準化作業流程。範圍：神經內科、心臟血管內科及泌尿外科。

三、現況分析

1. 選定三個次專科（神經內科、心臟血管內科及泌尿外科），由本院 13 位編碼人員以 2010 年版 ICD-10-CM/PCS 為編碼依據，每位編碼人員每個系統各先隨機抽樣編碼 5 份出院病歷，並進行交叉互審，結果編碼一致率為 85.5%，如表一。

表一 神經內科、心臟血管內科及泌尿外科前測編碼一致率

科別	執行期間	總病歷 本數	總 ICD-10-CM 編碼數	總 ICD-10-PCS 編碼數	一致率
神經內科	101/02	65	335	20	85.07%
心臟內科	101/04	65	490	135	88.00%
泌尿外科	101/04	65	202	121	83.59%

2. 清查本院與 ICD-10-CM/PCS 可能相關資訊系統，包括：

(1) 疾病分類人員使用之 ICD-10-CM 及 ICD-10-PCS 編碼查詢及登錄功能。

(2) 醫療人員使用之 ICD-9-CM 及 ICD-10-CM/PCS 對照查詢功能。

(3) 其他以疾病歸類、手術及處置管控系統。

四、設定導入的目標

(1) 設定編碼一致率的目標值為 90%。

(2) 完成 ICD-10-CM/PCS 導入所需病歷寫作相關規劃報告。

(3) 完成 ICD-10-CM/PCS 導入所需資訊相關規劃報告。

五、擬定對策及評估

1. 教育訓練

由本院參與台灣病歷資訊管理學會承接之 100 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」的核心團隊成員 2 位(含核心人員 1 位)及種子師資 3 位為講師，進行內部疾病分類人員及參與科別（神經內科、心臟血管內科及泌尿外科）醫師之教育訓練。

2. 編碼實作與病歷書寫檢討

依選定之三個次專科分別選取連續兩個月的出院病歷，以 2010 年版 ICD-10-CM/PCS 進行疾病分類編碼，以評估及了解 ICD-10-CM/PCS 之編碼問題及病歷書寫注意事項；另設定編碼一致率的目標值、檢視相關成果及確認編碼人員的專業能力，以符合未來全國實施 ICD-10-CM/PCS 之編碼工作要求，並內化為本院內部的標準化作業流程。

3. 組成專案小組擬定資訊系統導入對策

邀集資訊部主管及醫師組成專案小組，擬定導入之具體化目標、導入之對策擬定及評估與導入最適對策之實施及檢討，並完成疾病分類人員 ICD-10-CM/PCS 編碼使用系統、建立醫療人員使用系統之 ICD-10-CM 及 ICD-10-PCS 導入機制規劃，含醫療人員之 ICD-9-CM 及 ICD-10-CM/PCS 對照查詢功能，以找出最佳的編碼轉換機制，並思考 ICD-9-CM 及 ICD-10-CM/PCS 新舊資料共存時之資訊系統處理機制。

六、最適對策實施及檢討

1. 教育訓練

(1) 由本院參與台灣病歷資訊管理學會承接之 100 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」的核心團隊成員 2 位(含核心人員 1 位)及種子師資 3 位為講師，以健保局公告之 ICD-10-CM/PCS 教育訓練教案及編碼指引為教材，進行內部疾病分類人員之編碼教育訓練共八場次，內容包含相關的編碼原則、注意事項及案例演練，並配合參與台灣病歷資訊管理學會辦理的相關課程，以使同仁在編碼專業上，有正確、一致的編碼品質。

- (2) 依據現況分析蒐集之資訊，分別針對三個次專科進行導入相關教育訓練，共計三場次，內容包括 ICD-10-CM/PCS 概念介紹、該科常見診斷與處置之 ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 差異，以及病歷書寫的相關注意事項。

2. 編碼實作與病歷書寫檢討

- (1) 以三個次專科之出院病歷，各次專科連續編碼 2 個月並進行系統登錄，編碼完成後，按比例抽樣交叉互審（5 抽 1），進行問題彙整及統計分析並定期開會檢討相關編碼問題，檢討改善及追蹤目標達成情形。
- (2) 邀請三個次專科各一位醫師擔任種子醫師，提供編碼相關專業諮詢，並於編碼導入期間，每個月一次針對病歷書寫問題與疾病分類人員開會檢討，完成病歷書寫規劃。

3. 組成專案小組擬定資訊系統導入對策

邀集資訊部主管及醫師組成專案小組，進行現況分析，包括 ICD-10-CM 及 ICD-10-PCS 編碼能力、相關資訊系統（包括疾病分類人員使用之 ICD-10-CM 及 ICD-10-PCS 編碼查詢及登錄功能、醫療人員使用之 ICD-9-CM 及 ICD-10-CM/PCS 對照查詢功能、疾病歸類、手術及處置系統功能），擬定對策及評估，包括：

- (1) 疾病分類人員使用之 ICD-10-CM 及 ICD-10-PCS 編碼查詢功能：依照衛生署開發之 ICD-10-CM 及 ICD-10-PCS 編碼查詢系統為基礎，討論出嵌入醫院現有醫療資訊系統之編碼查詢功能。
- (2) 醫療人員使用之 ICD-9-CM 及 ICD-10-CM/PCS 對照查詢功能：因醫療人員無法在短期間由 ICD-9-CM 過渡至 ICD-10-CM/PCS，需要在現有醫療人員使用之醫療資訊系統中，提供方便 ICD-9-CM 對照 ICD-10-CM/PCS 之系統功能，讓醫療人員逐步熟悉 ICD-10-CM/PCS 編碼系統。

- (3) 同時處理 ICD-9-CM 及 ICD-10-CM/PCS 編碼之機制：ICD-10-CM/PCS 全面導入實施後，原有 ICD-9-CM 編碼系統資料仍會存在於醫療資訊系統內，資訊系統需具有同時處理新舊編碼系統之能力。
- (4) 疾病歸類、手術及處置系統功能：現有系統對於疾病歸類之功能大都撰寫在程式內，需要逐一檢視各相關程式，提出與申請單位再確認 ICD-10-CM/PCS 正確之疾病分類代碼。

七、效果確認及標準化

1. 教育訓練

- (1) 以本院參與台灣病歷資訊管理學會承接之 100 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」之核心人員及種子師資，以健保局公告之 ICD-10-CMPCS 教育訓練教案及編碼指引為教材，針對本院內部疾病分類人員之編碼教育訓練共八場次（如表二），內容包含相關的編碼原則、注意事項及案例演練（如表三），詳如附錄一。

表二 ICD-10-CM/PCS 疾病分類人員教育訓練時間表

場次	月份	日期	星期	時間	地點	參與人數
1	2 月	11 日	六	9:00~12:00	向上大樓	61
2				13:30~16:30	S011 室	
3	2 月	25 日	六	9:00~12:00	向上大樓	61
4				13:30~16:30	S011 室	
5	3 月	10 日	六	9:00~12:00	向上大樓	55
6				13:30~16:30	S011 室	
7	3 月	24 日	六	9:00~12:00	向上大樓	57
8				13:30~16:30	S011 室	

表三 ICD-10-CM/PCS 疾病分類人員教育訓練課程表

場次	課程內容
1	◎ ICD-10-CM 概論 ◎ 一般編碼原則 ◎ 主診斷選取 ◎ 感染症與寄生蟲疾病分類規則 ◎ 腫瘤疾病分類規則

	◎血液、造血器官和免疫系統疾病分類規則
2	◎內分泌、營養和代謝疾病分類規則 ◎精神與行為疾患疾病分類規則 ◎神經系統疾病分類規則 ◎眼及附屬器官的疾病分類規則 ◎耳與乳突的疾病分類規則 ◎循環系統的疾病分類規則
3	◎呼吸系統的疾病分類規則 ◎消化系統的疾病分類規則 ◎皮膚及皮下組織的疾病分類規則 ◎肌肉骨骼系統及結締組織的疾病分類規則 ◎泌尿生殖系統的疾病分類規則 ◎妊娠及分娩相關狀況的疾病分類規則
4	◎源於週產期病況的疾病分類規則 ◎先天畸形、變形及染色體異常的疾病分類規則 ◎症狀、徵候與臨床及實驗室的異常發現，他處未歸類者的疾病分類規則 ◎傷害、中毒與外因造成之其他影響結果的疾病分類規則 ◎導致罹病之外因的疾病分類規則
5	◎ICD-10-PCS 概論、架構介紹 ◎內外科處置編碼指引 (Excision、Resection、Detachment、Destruction、Extraction)
6	◎內外科處置編碼指引 (Drainage、Extirpation、Fragmentation、Division、Release、Transplantation、Reattachment、Transfer、Reposition、Restriction、Occlusion、Dilation、Bypass)
7	◎內外科處置編碼指引 (Insertion、Replacement、Supplement、Change、Removal、Revision、Inspection、Map、Control、Repair、Fusion、Alteration、Creation)
8	◎內外科相關處置編碼指引 ◎輔助性處置編碼指引

(2) 依據現況分析蒐集之資訊，分別針對三個次專科進行導入相關教育訓練，共計三場次（如表四），內容包括 ICD-10-CM/PCS 概念介紹、該科常見診斷與處置之 ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 差異，以及病歷書寫的相關注意事項（如表五），詳如附錄二。

表四 科部教育訓練時間表

科別	月份	日期	星期	時間	地點	參加醫師人數
----	----	----	----	----	----	--------

神經內科	3	2	二	12:30-13:30	內科討論室	10
心臟內科	7	11	三	07:30-8:30	心內討論室	12
泌尿外科	9	6	四	07:00-08:00	N021 會議室	12

表 五 科部教育訓練內容

課程內容	時段
(1)ICD-10-CM/PCS 概論介紹	參閱前項表四
(2)該科常見診斷與處置之 ICD-10-CM/PCS 與 ICD-9-CM 差異	
(3)ICD-10-CM/PCS 病歷書寫及編碼注意事項	

2. 編碼實作與病歷書寫檢討

- (1) 以三個次專科之出院病歷，各次專科連續編碼 2 個月並進行編碼及系統登錄，統計如表六，詳如附錄三。

表 六 各次專科編碼結果統計

科別	執行期間	總病歷本數	總 ICD-10-CM 編碼數	總 ICD-10-PCS 編碼數
神經內科	101/03-101/04	285	1930	95
心臟內科	101/05-101/06	423	2804	953
泌尿外科	101/07-101/08	408	1236	796

- (2) 按比例抽樣交叉互審（5 抽 1）各次專科連續編碼 2 個月並進行系統登錄，編碼完成後，按比例抽樣交叉互審（5 抽 1），分析編碼結果如表七：

表 七 各次專科編碼互審結果分析

科別	執行期間	互審總病歷本數	互審總 ICD-10-CM 編碼數	互審總 ICD-10-PCS 編碼數	一致率
神經內科	101/03-101/04	57	370	20	91.28%
心臟內科	101/05-101/06	84	611	186	93.60%
泌尿外科	101/07-101/08	81	244	161	93.09%

- (3) 邀請三個次專科各一位醫師擔任種子醫師，提供編碼相關專業諮詢，並於編碼導入期間，針對病歷書寫問題與疾病分類人員開會檢討，完成病歷書寫規劃，各科討論會議決議如表八，詳如附錄四。

表 八 各次專科病歷書寫建議事項

科別	會議日期	病歷書寫建議事項
神經內科	1010619	<p>(1)Cerebral infarction :</p> <p>1-1 明示是哪條血管引起的梗塞→ 如:carotid artery/basilar artery/vertebral artery/anterior cerebral artery/middle cerebral artery/posterior cerebral artery。</p> <p>1-2 有無進一步提及 due to embolism or thrombosis?</p> <p>(2) ICH/IVH/SAH/SDH/EDH :</p> <p>2-1 有無外傷導致應於病歷記錄。</p> <p>2-2 SDH 應記錄 acute or chronic or subacute。</p> <p>2-3 SAH 若有明示的血管所致，應明示確定的血管。</p> <p>(3) Old CVA(包含 stroke、infarction、ICH) :</p> <p>3-1 病歷記錄殘存症狀(如 hemiplegia(含側位別)/disturbance of vision/dysarthria/dysphagia/dysphasia/facial droop(面部下垂)/facial weakness/fluency disorder(流暢性障礙)。</p> <p>3-2 若併有 sequelae conditions，應明示是 Old CVA/Old infarction/Old cerebral hemorrhage/Old stroke。</p> <p>(4)Precerebral artery occlusion/Cerebral artery Occlusion :</p> <p>4-1 應明示阻塞的血管(carotid/basilar/vertebral/cerebral artery)。</p> <p>4-2 是否合併腦梗塞(infarction)。</p> <p>(5) Epilepsy :</p> <p>5-1 應識別 Seizure or Epilepsy。</p> <p>5-2 若為 Epilepsy 應記錄:</p> <p>a. Focal(localization related) or generalized。</p> <p>b. 是否為 intractable/poorly controlled/refractory or</p>

	<p>treatment resistant。</p> <p>c. 是否與 alcohol/drugs/hormonal changes/sleep/deprivation/stress 有關。</p> <p>(6) Dementia：</p> <p>6-1 是否和 Alcohol 有關。</p> <p>6-2 為 Senile/presenile。</p> <p>6-3 為 Vascular(multi-infarct)/有無合併 behavioral disturbance。</p> <p>(7) Parkinson's disease/Parkinsonism：</p> <p>7-1 為 Primary 或是 secondary。</p> <p>7-2 Secondary 應記錄=>due to drugs/arteriosclerosis (vascular)/encephalitis/syphilis。</p> <p>7-3 有無 with dementia。</p> <p>(8) Alzheimer's disease：</p> <p>8-1 為 early onset/late onset。</p> <p>8-2 有無合併 behavioral disturbance。</p> <p>(9) Encephalopathy：</p> <p>9-1 病歷記錄應明示為 Alcoholic/hypoxic/hepatic/hypertensive/hypoglycemic/metabolic/postcontusional/toxic。</p> <p>(10) Headache：</p> <p>10-1 為 menopausal/migraine/vascular。</p> <p>10-2 為 drug induced(有無 intractable)。</p> <p>10-3 tension(有無 intractable)。</p> <p>(11) Peripheral vertigo/Benign paroxysmal positional vertigo：</p> <p>11-1 病歷記錄明示 ear 側位別(左右耳、雙耳)。</p> <p>(12) Meningitis：</p>
--	---

		<p>12-1 應識別 bacterial/virus/aseptic or unspecified。</p> <p>12-2 病歷應記錄為 bacterial 或是 viral 引起，並記錄何種細菌或病毒感染。</p>
心臟內科	1010918	<p>一、ICD-10-CM:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CHF 分為 systolic 及 diastolic。 2. myocardia ischemia 有分 acute 及 chronic，acute 指四週內，要寫清楚。 3. DM foot with ulcer 應明示 ulcer 的位置(lower leg、foot、ankle、heel…)及側性(左、右、雙側)，且要描述 Ulcer 的 stage(bone necrosis、muscle necrosis、exposed fat layer)。 4. DVT 醫師病歷要記錄部位及側性。 5. Gouty arthritis 醫師病歷要記錄部位及側性。 6. DM 有使用 insulin 應在診斷後註明。 7. Osteoarthritis 應註明部位。 8. hearing loss 醫師病歷應記錄側性。 <p>二、ICD-10-PCS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. angiography 使用非離子顯影劑，是屬於 low osmolar(詢問本院心導管室)，應註明使用何種顯影劑。 2. 心導管要註明執行左、右或雙側。 3. stent 應註明是否為 Drug-eluting intraluminal device;不同血管執行不同的 stent 應分別記載及註明是否為 Drug-eluting。 4. EPS: <ol style="list-style-type: none"> (1) 處置有分側性。 (2) EPS 會注入診斷性藥物 (3) 注入的位置常見於 Central Vein。 執行 EPS 心電生理刺激及紀錄時，有時從 Central vein 或其它 vein 注入診斷性的藥物也要編碼，建議病歷要載明。 5. Pacemaker 放置的位置有分貼在<u>體表上</u>的及從靜脈進入的方式，依病程記錄醫師勾選的方式作編碼。

		<p>6. Pacemaker 第五碼的手術途徑 Approach : Intermittent 與 Continuous 的使用時機，目前院內適用“continuous”。</p> <p>7. PCI: (1) dual 與 Bifurcation(第七位碼)之關聯，有無 Bifurcation 是指病兆的位置，非放置 STENT。 (2) 同一條血管可能會有裝設二個不同支架(例如:BMS 及 DES)或是遠端放汽球近端放支架，依放置的部位個別編碼。</p> <p>8. RFA 的 Body part 為 A-V node 會因診斷不同，執行在不同部位?(ex: ventricular)。</p>
泌尿外科	2012/11/15	<p>(1) TUI-BN : 執行 TUI-BN 卻沒有相關診斷? 若是因為 contraction 不能 recover，需用 TUI-BN 使其暢通，需加入診斷描述且用 release 編碼。</p> <p>(2) A double- J was placed into the ureter for drainage: D-J 是 1 側或 2 側應要書寫清楚。</p> <p>(3) Partial nephrectomy with drainage of retroperitoneal abscess ,right : 3-1 drainage device 是手術本來就會放的嗎?或是其它目的，另外執行的?若是手術本身已含，則不另編 0W9H00Z。 3-2 若是 drainage abscess, drainage 還是需要另外編碼，但若是引流血水則不需要另外編碼。</p> <p>(4) Transrectal prostate biopsy : 4-1 Transrectal prostate biopsy 的做法是經自然孔口合併內視鏡，approach 要編"經自然孔口合併內視鏡"(8)。</p> <p>(5) PCN-D : 5-1 PCN-D 未註明部位，已詢問醫師其 body part 應為 renal pelvic(依據泌尿科進階討論共識)，非 kidney，醫師書寫記錄時，應明示手術部位(body part)是 kidney or renal</p>

		pelvic?
--	--	---------

(4) 完成 ICD-10-CM/PCS 導入所需病歷寫作相關規劃報告，如附錄五。

3. 組成專案小組擬定資訊系統導入對策

(1) 邀集資訊部主管及醫師組成專案小組，進行現況分析，包括 ICD-10-CM 及 ICD-10-PCS 編碼能力、相關資訊系統（包括疾病分類人員使用之 ICD-10-CM 及 ICD-10-PCS 編碼查詢及登錄功能、醫療人員使用之 ICD-9-CM 及 ICD-10-CM/PCS 對照查詢功能、疾病歸類、手術及處置系統功能），共召開會議三場，各次會議時間及主要討論主題如表九，詳如附錄六。

表九 專案小組會議重要討論事項

日期	參與單位及人數	主題
8/24	資訊室、神經科、醫事部、病歷課、疾病分類暨申報組，共 10 人	<ol style="list-style-type: none"> 1. ICD-10-CM/PCS 國際研討會-專家會議，院內推動實施準備報告： <ol style="list-style-type: none"> (1)組織推動團隊 (2)計劃與衝擊分析 (3)實施 (4)實施後評估與持續推動 2. 醫師使用檢索系統問題。 3. 院內系統操作問題。 4. ICD-9 轉換為 ICD-10 資訊系統建置規劃。 5. 檢索系統有誤之問題。
10/31	資訊室、心臟內科、醫事部、病歷課、疾病分類暨申報組，共 9 人	<ol style="list-style-type: none"> 1. ICD-9 轉換為 ICD-10 資訊系統建置規劃之資訊部計劃與衝擊分析。 2. 醫院某些設控，例如:開某些藥物需搭配相關診斷，是否有影響。 3. 醫院內部系統，例如:原來依賴 ICD-9 建置的稽核/管理性報表，在 ICD-10 上線時，可能會發生異常。 4. 醫師使用檢索系統問題。 5. 侵入性處置結合 ICD-10-PCS 建置於

		報告系統之問題。
12/6	資訊室、泌尿外科、醫事部、病歷課、疾病分類暨申報組，共 7 人	1. 有關心臟內科侵入性檢查處置討論報告。 2. 醫師使用檢索系統問題。 3. ICD-10-PCS 相關選項 (如: approach)，是否建置於手術記錄單之問題。

(2) 完成 ICD-10-CM/PCS 導入資訊系統作相關規劃報告，如附錄七。

八、人力評估

1. 本院目前疾病分類人力共 7.5 人，主要負責疾病分類編碼工作，除出院疾病分類編碼工作外，尚負責住院中 DRG 案件編碼、疾病分類編碼品質提升活動 (疾病分類編碼互審與統計、體系醫院之疾分諮詢窗口、相關討論會議)、疾病分類資料檢索及統計、申報相關編碼之作業 (分段案件編碼、抽審案件疾病分類品質複核) …等工作，實際編碼作業時間約佔所有疾病分類業務的五分之四。每月平均編碼個案數共約 5000 筆資料，其中每月平均 ICD-9-CM 診斷代碼數共 25700 個代碼，ICD-9-CM 處置代碼數約 6500 個代碼，診斷數為處置代碼數之 4 倍。
2. 由此次參與 100 年度「特約醫院 ICD-10-CM/PCS 小型先驅計劃」的模擬編碼經驗發現，ICD-10-CM 與 ICD-9-CM 之架構、編碼原則較相近，唯其因代碼之細分，在執行編碼時需查閱更多相關記錄資料，加上對代碼之不熟悉 (字元數變多、又有文字、數字等多樣規格)，每個代碼編碼所耗費時間約為現行 ICD-9-CM 之 2~3 倍；而 ICD-10-PCS 與 ICD-9-CM 更因架構截然不同，其編碼對於術式之了解及判斷較 ICD-9-CM 花費時間，甚至需與醫師進行討論，每個代碼編碼所耗費時間約為現行 ICD-9-CM 之 4~5 倍，未來導入 ICD-10-CM/PCS 後，為確保編碼品質，持續甚至加重互審，勢必付出更多的時間與精神。
3. 以本院目前之編碼診斷代碼數與處置代碼數之比例，整體編碼所耗費時間約為現況之 2.9 倍，而以目前疾病分類人力 7.5 人，每月負責疾病分類編碼工作之時間約佔五分之四估算，預估 ICD-10-CM/PCS 全面導入實施後，所需人力約 17 人。

九、結論與建議

1. 經由「特約醫院 ICD-10-CM/PCS 小型先驅計劃」模擬編碼發現，於 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 最重要的是加強病歷書寫記錄，導入時雖透過教育宣導與討論使醫師了解 ICD-10-CM/PCS 並改變書寫習慣，但在實務上，仍需提供醫師方便之資訊輔助系統以使醫師熟悉 ICD-10-CM/PCS 及落實病歷書寫。
2. 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）亦提供相關編碼參考資訊，故除進行醫療科部之醫師宣導及教育訓練外，尚需收集其他相關醫療領域之記錄問題，進行回饋及溝通宣導，以使病歷內容更完整而詳實。
3. 本院資訊系統共有 80 個以上的系統，2660 個以上的功能，充滿在整個醫院的各個環節中，以支援病人照護、醫療品質監測及各行政部門工作，而本院資訊系統幾乎均由院內自行開發及維護，故在 ICD-10-CM/PCS 導入時，需逐一檢視原有的程式系統是否應調整，並與業務單位討論，其對於人力之衝擊甚巨，而資訊系統也必須有同時處理新、舊編碼並存的能力，考驗著每個程式設計師與各部門的使用者，以上種種均需盡早規劃以為因應。
4. 本院雖已有 100 年度「特約醫院 ICD-10-CM/PCS 小型先驅計劃」的推動經驗，但 ICD-10-CM/PCS 無論對於疾病分類人員或醫師均屬於較新及較陌生之編碼系統，醫師對於 ICD-10-CM/PCS 之接受度及配合度影響計劃之完成甚巨，故計劃案以醫師配合度高且個案數較少及 ICD-10-CM/PCS 編碼原則相對單純之科別進行模擬，然未來推廣至其餘各科時，其可能面臨之困難（包括編碼人員醫學知識不足、編碼原則無法取得共識、醫師配合度低…等）除疾病分類人員需持續進修，並與醫師間維持良好溝通，更須有醫院高層之支持，才能在 ICD-10-CM/PCS 推動上，發展出順暢且符合期待的作業模式。
5. 未來在 ICD-9-CM 轉換成 ICD-10-CM/PCS 時，除了醫院努力建置更完善且好用的系統外，期望健保局也能夠提供醫療院所一些相關的資訊檔案，例如：公告 ICD-10-CM 疾病分類稽核檔、ICD-10-CM 重大傷病與罕見疾病代碼內容、手術醫令對應 ICD-10-PCS 代碼內容…等等，讓醫療院所可以有所依據，藉以建置院內

更友善的操作系統。

6. 由國外文獻及此次計劃案發現，評估 ICD-9-CM 換成 ICD-10-CM/PCS 所造成的成本影響比千禧年(Y2K)對醫療產業的影響還大，目前醫院在健保總額及 DRG 制度下經營已非常困難，未來在 ICD-10-CM/PCS 導入所需接受之之相關人員教育訓練、人員生產力下降及資訊系統改版成本衝擊，對醫療院所經營更是雪上加霜，建議健保局在推動疾病分類改版的同時，應提供醫院相關經費補助，以使醫院能順利完成改版工作。
7. 健保局目前規劃民國 104 年將全面導入 ICD-10-CM/PCS，然目前公告採用之 2010 年版 ICD-10-CM/PCS 為草案版，部份代碼於規則或代碼說明有衝突或未盡完善者，於 2012、2013 年均已進行修訂，建議台灣未來正式實施時，應採用較新版之 ICD-10-CM/PCS，以減少編碼規則之衝突及問題並及早公告以利醫療院所因應。

貳、參考文獻

1. CMS(2009a).ICD-10-CM/PCS to ICD-9-CM Reimbursement Mappings.
2. CMS.Converting MS-DRGs 26.0 to ICD-10-CM and ICD-10-PCS.
3. Diagnosis Code Set General Equivalence Mappings(ICD-10-CM to ICD-9-CM and ICD-9-CM to ICD-10-CM 2010 Version Documentation and User's Guide) , CMS , 2010 。
http://www.cms.gov/ICD10/downloads/reimb_map_guide_2009.pdf. 2010/9/15
4. Medicare Severity Grouper with Medicare Code Editor Software,Installation and User's Manual, Software version 28.0 R1, PBL-030, September 2011.
5. ICD-10 Impact on provider reimbursement, May 2010.
6. ICD-10 Implementation Guide for Large Practices, May 2012.
7. CMS ICD-10 Conversion Activities Nation Teleconference – Including a lab case study, May 2011.
8. Navigating MS-DRG Through the ICD-10 Transition, June 2012.

參、附錄

- 一、疾病分類人員 ICD-10-CM/PCS 教育訓練簽到表及評量。
- 二、三個次專科 ICD-10-CM/PCS 教育訓練及簽到表。
- 三、三個次專科之出院病歷 ICD-10-CM/PCS 編碼與統計資料。
- 四、病歷書寫檢討會議議錄及簽到表。
- 五、ICD-10-CM/PCS 導入所需病歷寫作相關規劃報告。
- 六、專案小組會議議錄及簽到表。
- 七、ICD-10-CM/PCS 導入所需資訊相關規劃報告。