



Всемирная организация  
здравоохранения

## Руководство по внедрению или переходу на МКБ-11

© World Health Organization 2019

Some rights reserved. This work is available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO license

(CC BY-NC-SA 3.0 IGO [creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/)).

Under the terms of this license, you may copy, redistribute the work for non-commercial purposes, provided the work is appropriately cited, as indicated below. In any use of this work, there should be no suggestion that WHO endorses any specific organization, products or services. The use of the WHO logo is not permitted. You are not allowed to adapt the work. If you create a translation of this work, you should add the following disclaimer along with the suggested citation: “This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition”.

Any mediation relating to disputes arising under the license shall be conducted in accordance with the mediation rules of the World Intellectual Property Organization..

**Suggested citation.** МКБ-11 Implementation or Transition Guide, Geneva: World Health Organization; 2019; License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Third-party materials.** If you wish to reuse material from this work that is attributed to a third party, such as tables, figures or images, it is your responsibility to determine whether permission is needed for that reuse and to obtain permission from the copyright holder. The risk of claims resulting from infringement of any third-party-owned component in the work rests solely with the user.

**General disclaimers.** The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by WHO in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by WHO to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall WHO be liable for damages arising from its use.

# О настоящем документе

версия 1.05

Настоящий документ является частью подготовленного Всемирной организацией здравоохранения пакета инструментов для внедрения МКБ-11<sup>1</sup>. Он, в частности, содержит справочную информацию о разработке МКБ-11 и его компонентов. В нем раскрываются основные вопросы, которые страны должны учесть в процессе подготовки к переходу и собственно перехода от существующей системы МКБ к МКБ-11.

В силу существенных различий в местных условиях и степени их сложности, а также большой разницы между отдельными регионами в настоящем руководстве предлагается лишь общий обзор мероприятий, связанных с переходом на МКБ-11 и ее внедрением. Оно предназначено в помощь директивным органам, планирующим внедрение новой МКБ-11 в своих юрисдикциях.

Все элементы МКБ-11 доступны на веб-сайте [icd.who.int](http://icd.who.int), и читателям предлагается совершить виртуальный тур и лично ознакомиться с системой.

Настоящий документ состоит из двух частей: часть 1 содержит обзор и справочную информацию по МКБ 11-го пересмотра, а в части 2 рассматриваются мероприятия, связанные с переходом на нее.

## ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Настоящее руководство было составлено при неоценимом содействии и поддержке многочисленных организаций, институтов и отдельных лиц. При его подготовке были учтены существующие потребности на местах, и в его разработке приняли участие все региональные бюро ВОЗ, центральные подразделения ВОЗ, Сеть по WHO-FIC<sup>2</sup> и государства-члены<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Пакет инструментов для внедрения МКБ-11 включает классификационную систему, инструмент кодирования данных, браузер и все вспомогательные документы, в том числе Справочное пособие и Руководство по внедрению, а также набор других соответствующих инструментов.

<sup>2</sup> <https://www.who.int/classifications/network/collaborating>.

<sup>3</sup> Аргентина, Австралия, Бангладеш, Бутан, Канада, Чили, Китай, Колумбия, Коста-Рика, Куба, Чешская Республика, Дания, Доминиканская Республика, Эквадор, Эстония, Фиджи, Франция, Грузия, Германия, Гана, Гватемала, Гондурас, Индия, Индонезия, Италия, Япония, Камбоджа, Казахстан, Кения, Корея, Кыргызстан, Лаос, Либерия, Малайзия, Мексика, Монголия, Мьянма, Намибия, Непал, Нидерланды, Никарагуа, Нигерия, Норвегия, Панама, Парагвай, Перу, Филиппины, Польша, Португалия, Россия, Руанда, Сенегал, Соломоновы Острова, Южная Африка, Шри-Ланка, Швеция, Танзания, Таиланд, Тимор-Лешти, Турция, Туркменистан, Уганда, Соединенное Королевство, Уругвай, США, Венесуэла, Вьетнам, Замбия.



<b>Краткая информация по МКБ-11 .....</b>	<b>7</b>
<b>Общая информация по МКБ .....</b>	<b>9</b>
<b>Часть 1 Введение в МКБ.....</b>	<b>11</b>
1.1 МКБ-11.....	13
1.1.1 Пересмотренная классификационная система .....	13
1.1.2 Цифровой инструмент .....	13
1.2 Преимущества МКБ-11 .....	14
1.2.1 Новейшие научные знания.....	14
1.2.2 Усовершенствования и дополнения .....	15
1.2.3 Простота использования .....	16
1.2.4 Сферы применения, соответствующие приоритетным задачам систем здравоохранения .....	16
1.2.5 МКБ-11 и ее компоненты.....	17
1.2.6 Совместимость с системами цифрового здравоохранения и оперативное сопряжение с системами медицинской информации .....	18
1.2.7 Связь с другими классификациями и терминологией .....	19
1.2.8 Поддержание МКБ в актуальном состоянии.....	20
<b>Часть 2 Внедрение МКБ или переход от существующих систем МКБ .....</b>	<b>23</b>
2.1 Особые вопросы, связанные с внедрением МКБ-11 .....	23
2.1.1 Кодирование данных о смертности.....	23
2.1.2 Кодирование данных о заболеваемости.....	24
2.2 Роль стран, первыми вводящими в действие МКБ-11, и проведение пилотного тестирования.....	25
2.3 Участие заинтересованных сторон и договоренности с ними.....	26
2.4 Основные рекомендованные меры.....	26
2.4.1 Создание национальных ведущих центров .....	26
2.4.2 Поддержание существующих систем в актуальном состоянии на период перехода к МКБ-11 .....	26
2.4.3 Управление проектом и стратегическое планирование.....	27
2.4.4 Самооценка .....	28
2.4.5 Обеспечение соответствия (мапирование) и сопоставимости данных .....	30
2.4.6 Анализ двойного кодирования .....	31
2.4.7 Использование МКБ-11 в сочетании с терминологией и системами электронного медицинского учета.....	32
2.4.8 Технические требования и сроки проведения адаптации систем медицинской информации, инструментов кодирования данных о смертности и заболеваемости и систем составления типологии больных .....	32

<b>Часть 3 Дополнения.....</b>	<b>35</b>
3.1 Дополнение: шаблон для определения сроков внедрения.....	35
3.2 Дополнение: содержание пакета для внедрения классификации .....	39
3.3 Дополнение: обзор процесса разработки МКБ-11 .....	40
3.4 Дополнение: глоссарий терминов.....	43

## **Краткая информация по МКБ-11**

Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) – это международный стандарт для систематизированной регистрации, учета, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости. МКБ 11-го пересмотра (МКБ-11) является результатом сотрудничества со специалистами в области медицины, статистики, эпидемиологии, кодирования, классификации и информационных технологий во всем мире. МКБ-11 представляет собой научно обоснованную систему, в которой точно отражена современная медико-санитарная практика и которая является значительным усовершенствованием по сравнению с классификациями предыдущих пересмотров.

МКБ-11 предназначена для идентификации и ведения учета наиболее актуальных с точки зрения стран проблем для здоровья населения путем применения современной клинической классификационной системы. В МКБ-11 каждое патологическое состояние, заболевание или травма имеют свой код, что упрощает сбор данных для использования государственными органами в целях разработки эффективной политики общественного здравоохранения, измерения ее результатов, распределения ресурсов, улучшения лечебно-профилактической работы и ведения клинического учета.

МКБ впервые выпускается в полностью электронной форме и в настоящее время содержит 17 000 диагностических категорий, включающих свыше 100 000 диагностических индексных терминов. Основанный на использовании индексов поисковый алгоритм МКБ способен интерпретировать более 1,6 миллиона терминов. Благодаря бесплатному программному обеспечению контейнерного типа МКБ-11 легко устанавливается и может работать как в режиме онлайн, так и режиме офлайн.

Благодаря применению современной технологии МКБ-11 проще в использовании, стоимость кодирования данных является низкой и собираемые данные являются более точными, что способствует получению высококачественного результата. Инновационная структура и цифровой формат обеспечивает операционную совместимость системы с существующей инфраструктурой ИКТ.

МКБ-11 может применяться в самых разных целях, включая ведение клинического учета, сбор и изучение статистики смертности и заболеваемости, проведение эпидемиологических исследований, анализ типологии больных, планирование и осуществление мероприятий в области качества и безопасности, оказание первичной медико-санитарной помощи и т.д.

МКБ-11 представляет собой систему, которая предназначена не только для диагностики заболеваний в статистических целях, но и для кодирования признаков, наблюдений, причин травматизма и вредных воздействий, редких заболеваний, медицинских изделий, медикаментов, анатомических и гистопатологических данных, оценок тяжести состояний, профессиональной или спортивной активности и т.д. Она увязывает клиническую терминологию со статистикой.

## Руководство по внедрению или переходу на МКБ-11

Внедрение МКБ-11 стало возможным с ее принятием Всемирной ассамблеей здравоохранения 25 мая 2019 г.

Справочное пособие содержит полную подробную информацию о МКБ-11, поддержании системы в актуальном состоянии, основных изменениях, внесенных в классификацию, а также различиях между МКБ-10 и МКБ-11<sup>4</sup>.

МКБ-11 и пакет инструментов для ее внедрения [доступны в режиме онлайн на безвозмездной основе](#) в форме, готовой для использования. Никакие дополнительные инструменты или терминология не требуются.

---

<sup>4</sup> <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>.

## Общая информация по МКБ

МКБ служит общим языком для классификации болезней, травм и причин смерти, а также для стандартизированной регистрации и учета патологических состояний и заболеваний. Она позволяет соотносить патологические состояния и специфические отклонения с соответствующими общими категориями, присваивая им индивидуальные коды, содержащие до шести знаков. Эти данные образуют базу, которая используется для сравнения сведений и обмена информацией между соответствующими поставщиками медицинских услуг, регионами или странами и периодами времени.

В дополнение к данной важной функции МКБ позволяет получать информацию для широкого диапазона другой взаимосвязанной деятельности. Классификация используется для целей возмещения расходов в системе медицинского страхования; для управления национальными программами здравоохранения; в работе специалистов по сбору данных и научно-исследовательских работников; для контроля над прогрессом в области глобального здравоохранения; и для распределения ресурсов, выделенных на здравоохранение. МКБ также позволяет получать важную информацию о безопасности пациентов и качестве лечения.

Пересмотренные варианты МКБ разрабатываются ВОЗ на циклической основе и затем представляются Всемирной ассамблее здравоохранения для принятия и внедрения в национальные системы сбора данных и отчетности. ВОЗ поддерживает МКБ в актуальном состоянии и ежегодно публикует небольшие изменения к классификации, а каждые три года – более существенные обновления.

МКБ обеспечивает международную совместимость систем сбора, обработки, классификации и представления статистических данных по здравоохранению и медицинской информации в целом. Однако качество данных напрямую зависит от того, насколько классификационная система соответствует требованиям, и при использовании МКБ-10, которая была принята Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1990 г. и содержание которой морально устарело, начали возникать все большие проблемы. В долгосрочной перспективе она все меньше будет отвечать целям ведения точной и значимой классификации. Кроме того, используемые по всему миру многочисленные параллельные, но не согласующиеся между собой модификации системы, ограничивают возможности сопоставления данных на международном уровне. Последнее обновление МКБ-10 запланировано на 2019 г., после чего ВОЗ прекратит заниматься ее поддержанием в актуальном состоянии.

В настоящее время данные о причинах смерти поступают в ВОЗ от 117 стран. На базе МКБ осуществляется распределение 70% выделяемых во всем мире ресурсов на здравоохранение. Классификация используется для регистрации данных по онкологическим заболеваниям и фармакологического надзора, и ссылки на МКБ-10 содержатся в более чем 20 тыс. научных статей.

Значительное бремя болезней приходится на страны с низким или средним уровнем дохода, системы здравоохранения которых ограничены в ресурсах для обеспечения

лечения и профилактики болезней и сбора информации для планирования охраны здоровья. С внедрением МКБ-11 задача сбора и использования медицинской информации упростится, вследствие чего также упростится процесс принятия решений на основе количественных данных.

Наряду с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФОЖЗ) и Международной классификацией медицинских услуг (МКМУ) МКБ является одной из основных классификаций Системы международных классификаций ВОЗ.

## Часть 1 Введение в МКБ

МКБ-11 – это новейшая версия классификации, при создании которой были учтены реалии XXI века и значительный прогресс, достигнутый в науке и медицине за последние 30 лет, и которая предназначена для использования с цифровыми программами и информационными системами в области здравоохранения. Эти системы играют важную роль в регистрации данных с использованием МКБ-11 и позволяют производить цифровые документы с очень высокой степенью детализации при сохранении простоты структуры для кодирования данных на бумажных носителях. Цифровая платформа МКБ-11 доступна для бесплатного использования в режиме онлайн или дистанционной загрузки и работает на нескольких языках в формате онлайн-браузера. МКБ-11 позволит впервые параллельно кодировать диагнозы традиционной и общей медицины, а также оценивать степень инвалидности в соответствии со Шкалой оценки инвалидности ВОЗ (WHODAS).

С учетом того, что МКБ является международным общественным благом и ВОЗ были приняты обязательства в отношении прозрачности и сотрудничества с заинтересованными сторонами, процесс 11-го пересмотра МКБ был впервые изначально открыт для участия всех заинтересованных сторон. Группа по классификационной работе ВОЗ получила через свою онлайн-платформу предложения от сотен специалистов из более чем 270 учреждений в 99 странах. Предложения касались содержания классификации, а платформа позволяла участникам вести дискуссии, а также четко документировать всю проделанную работу и принимаемые решения.

Справочное пособие представляет собой главную всеобъемлющую инструкцию по использованию классификации. В нем разъясняются основные компоненты, таксономические аспекты и отличия от МКБ-10. Страны смогут вносить в справочное пособие дополнительную информацию о стандартах и требованиях, касающихся ведения учета на национальном уровне при сохранении согласованных на международном уровне кодов и статистической отчетности.

МКБ-11 проще использовать в условиях как высокого, так и низкого обеспечения ресурсами, что позволяет собирать более точные данные, а также осуществлять контроль за состоянием здравоохранения в стране и улучшать его при меньших затратах.

## Часть 1 Для чего нужна МКБ-11?

Использование МКБ в сфере сбора медицинских данных имеет своей целью получение сопоставимых между странами медицинских данных. Кроме того, коды МКБ используются для целей возмещения расходов и распределения ресурсов в связи с 70% мировых расходов на здравоохранение; основанные на МКБ данные о причинах смерти систематизировано используются для осуществления планирования и мониторинга в сфере здравоохранения в 110 странах, насчитывающих 60% населения планеты; и только МКБ-10 цитируется в более чем 20 тыс. научных публикаций. Полезность этих важных данных обеспечивается именно наличием надежной и точной системы классификации.

МКБ-11:

- проще использовать, и она обеспечивает более высокое качество кодирования данных при меньших затратах;

- имеет обновленную структуру и содержание, отражающие современное состояние науки;

- имеет более высокую практическую ценность: содержит отдельные разделы по антимикробной резистентности и по безопасности пациентов, для функциональной оценки и более эффективного представления причин травм, по онкологическим заболеваниям, по медицинским изделиям, по медикаментам, по веществам, для установления степени тяжести и т.д.;

- легко встраивается в любое программное обеспечение;

- обеспечивает кодирование данных без потерь информации или нарушения повседневных операций, выполняемых клиницистами;

- включает полный пакет инструментов и руководств для внедрения МКБ-11.

Необходимость в 11-ом пересмотре МКБ давно назрела – МКБ 10-го пересмотра была принята в 1990 г.

Кроме того, наличие многочисленных адаптированных к местным условиям вариантов МКБ ограничивало возможности сопоставления данных, разработки руководств и привязки к информационным базам, а также вело к несогласованности переведенных терминов. Возникла очевидная необходимость в стандартной международной системе, которая точно отражала бы современную практику и позволяла бы получать максимально точные и полезные данные. Однако в МКБ-11 также коренным образом изменен порядок классификации и кодирования в клинических условиях обстоятельств, влияющих на здоровье.

Как и в случае предыдущих пересмотров, ВОЗ провела обзор всех существующих классификаций и используемых в них категорий и кодов для отражения передовых научных знаний и практики. МКБ-11 была представлена Всемирной ассамблее

здравоохранения в мае 2019 г. для принятия и введения в действие взамен всех предыдущих пересмотров начиная с 1 января 2022 г.

## **1.1 МКБ-11**

Если говорить коротко, то МКБ-11 является:

- пересмотренной классификационной системой, которая не ограничивается одними заболеваниями; и
- цифровым инструментом.

### **1.1.1 Пересмотренная классификационная система**

На основе тщательного анализа существующих классификаций и текущих исследований и разработок, а также с учетом предложений экспертов и результатов широких общественных консультаций в ходе 11-го пересмотра МКБ была создана новая структура классов и новая система индексов. Она включает свыше 55 тыс. наименований.

Помимо болезней, МКБ включает патологии, травмы, внешние причины, признаки и симптомы, вещества, медикаменты, анатомические и гистопатологические данные, оценки тяжести состояний и многое другое, а также 120 тыс. клинических терминов (способна кодировать миллионы терминов) наряду с тысячами новых категорий и обновленными классификационными схемами, и она должна заменить МКБ 10-го пересмотра, которая была разработана 28 лет тому назад и с клинической точки зрения морально устарела.

Новая структура кодов также позволяет применять их более гибко в сравнении с предыдущими версиями, и состояния здоровья могут быть описаны с любой степенью детализации на основе различных сочетаний кодов. Возможно как простое кодирование данных, так и сложное кодирование детальной клинической информации.

### **1.1.2 Цифровой инструмент**

Новый пересмотренный вариант МКБ, в отличие от предыдущих, имеет цифровой формат и включает инструменты и программы, позволяющие использовать классификацию для составления точных описаний обстоятельств, влияющих на здоровье. Для того чтобы не создавать дополнительного уровня административного управления системой, предусмотрена возможность интеграции МКБ-11 с используемыми на местах медицинскими информационными системами. МКБ-11 может использоваться как в режиме онлайн, так и режиме офлайн в случаях, когда соединение с Интернетом не столь стабильно. Базовая функциональность и поддержка обеспечиваются применением стандартного интерфейса прикладного программирования. МКБ-11 совместима с системами цифрового и электронного здравоохранения, а также может взаимодействовать с медицинскими информационными системами. За счет интеграции с местной ИКТ-инфраструктурой классификация также превращается в систему сбора данных, в которой вместо нескольких последовательных этапов преобразования данных с бумажных носителей используется браузер для получения правильного кода, вносимого напрямую в систему учета. Более нет необходимости искать или запоминать коды – для получения

правильного кода работнику клиники или кодировщику данных достаточно ввести соответствующий термин в инструмент кодирования.

Главное структурное новшество МКБ-11 связано с ее базовым компонентом, т.е. базой онтологических данных, которая включает все используемые в МКБ наименования: патологические состояния, заболевания, травмы, симптомы и т.д., от самых общих до весьма детальных. Данное содержание эквивалентно табличному списку и алфавитному указателю в МКБ-10. Содержание базы структурно стандартизовано для упрощения регистрации данных в пунктах оказания помощи, служит терминологической основой учета патологических состояний и заболеваний и упрощает интеграцию с цифровыми системами медицинской информации.

Модель содержания – это структурированная основа для определения стандартным способом каждого наименования в МКБ, что позволяет автоматизировать работу с ними. Элементы, используемые в других классификациях Системы международных классификаций ВОЗ, были согласованы или увязаны с ними для обеспечения максимально возможной гармонизации, а также соответствия с другими классификациями и терминологией. Более традиционная статистическая классификация смертности и заболеваемости является частью базового компонента МКБ-11 и имеет форму табличного списка. Для ограничения объема содержания при сохранении возможности подробного описания наименований заболеваний используются коды расширения.

## **1.2 Преимущества МКБ-11**

### **1.2.1 Новейшие научные знания**

Медицина – это постоянно развивающаяся прикладная наука, осваивающая новые технологии беспрецедентными темпами. Поэтому МКБ должна быть в состоянии отражать данный прогресс и точно регистрировать соответствующую клиническую информацию.

За время, прошедшее с первого издания в 1900 г. до 10-го пересмотра в 2016 г., МКБ расширилась со 179 до более чем 12 тыс. категорий, что свидетельствует о прогрессе, произошедшем в области медицинских знаний и технологий. МКБ 11-го пересмотра содержит более чем 55 тыс. уникальных наименований и 120 тыс. терминов, составленных на основе новейших научных знаний и текущей практики и диагностических концепций. Эти наименования соотносятся приблизительно с 17 тыс. категорий. Высокая гибкость и точность МКБ-11 позволяет использовать получаемую медицинскую информацию для решения широкого круга задач, включая повышение эффективности лечения и безопасности пациентов, улучшение качества медицинских анализов, составление отчетности по здоровью населения, организация комплексной медико-санитарной помощи, стратегическое планирование и обеспечение услуг здравоохранения. Ее онтологическая структура позволяет кодировать миллионы клинических терминов, используя комбинации вышеуказанных категорий и наименований при сохранении целостности системы для значимого агрегирования данных с учетом различных областей применения МКБ.

### 1.2.2 Усовершенствования и дополнения

В ходе глубокого анализа и пересмотра содержания и структуры МКБ работавшая в штаб-квартире ВОЗ группа по МКБ получила свыше 10 тыс. предложений в отношении 11-го пересмотра МКБ, и беспрецедентно широкое участие в работе ее совещаний, а также в работе по подготовке предложений приняли работники сферы здравоохранения. Ниже приведены некоторые из основных областей и концепций, проработанных и включенных в МКБ-11:

- приняты новые концепции первичной медико-санитарной помощи в случаях постановки простых диагнозов;
- полностью пересмотрены и системно испытаны положения раздела о регистрации событий, касающихся безопасности пациентов. Предусмотрен сбор всех необходимых данных в соответствии с принципами ВОЗ в отношении обеспечения безопасности пациентов;
- вводится отсутствовавшее в МКБ-10 кодирование данных по антимикробной резистентности для обеспечения регистрации и анализа данных в соответствии с Глобальной системой по надзору за устойчивостью к противомикробным препаратам (GLASS);
- актуализировано кодирование данных по ВИЧ с введением новых подразделов и исключением устаревшей информации, а также введены коды для дифференциации ВИЧ в сочетании с малярией или туберкулезом;
- вводится новый дополнительный раздел по функциональной оценке. Этот раздел предназначен для контроля функционального статуса путем регистрации данных до и после вмешательства, а также расчета совокупного показателя функционального статуса на основе Инструкции ВОЗ по оценке инвалидности в версии 2.0. (WHODAS 2.0) или Типового опросника по инвалидности (MDS) (для соответствующей области или в целом);
- в результате работы, проделанной в сотрудничестве с рядом партнеров, включая OrphaNet, в МКБ-11 включены все редкие заболевания. Только некоторые из них имеют индивидуальный код, но каждое из них имеет собственный унифицированный идентификатор ресурса (URI), позволяющий регистраторам и исследователям редких заболеваний использовать детальные эпидемиологические данные об интересующих их состояниях;
- применение URI упрощает использование других инструментов и номенклатур для обмена информацией;
- во многих странах, таких как Китай, Индия, Япония и Республика Корея неотъемлемой частью здравоохранения является традиционная медицина. Она никогда не основывалась на стандартной классификации, и органы здравоохранения не могли осуществлять мониторинг или сравнения на международном или региональном уровне. Новый дополнительный класс по традиционной медицине содержит стандартизированные описания для сбора данных и позволяет осуществлять мониторинг на уровне стран в рамках системы двойной регистрации данных на основе традиционной и классической медицины, а также осуществлять международные сопоставления.

### 1.2.3 Простота использования

Кодирование данных стало более простой процедурой благодаря применению новой технической инфраструктуры МКБ-11. Ее цифровая структура позволяет встраивать инструмент кодирования в используемые на местах системы цифрового учета и ИКТ на основе поставляемой ВОЗ локальной или интернет-версий системы (интерфейс прикладного программирования, ИПП). Клиницисты могут составлять запросы на поиск диагнозов на основе естественного языка или предпочтительных терминов, которые затем преобразуются в правильные технические коды (без необходимости их запоминания работниками). Интеграция в существующие цифровые системы учета обеспечивает объединение учета с кодированием, благодаря чему уменьшается число необходимых этапов для полного документирования и повышается соблюдение требований пользователями. Это также ведет к сокращению затрат времени и ресурсов на обучение кадров.

Онтологическая основа МКБ-11 может быть быстро расширена для включения новых терминов, синонимов и понятий или для более четкого управления работой пользователей во всех языковых версиях. Специально адаптированные версии упрощают использование в отделениях с особой практикой, например отделениях, занимающихся проблемами психического здоровья. В случаях, когда используются документы на бумажных носителях, для быстрого определения кодов могут использоваться распечатки справочных указателей или их соответствующих разделов.

### 1.2.4 Сферы применения, соответствующие приоритетным задачам систем здравоохранения

Исторически МКБ предназначалась для регистрации данных о смертности, но начиная с шестого пересмотра классификация постепенно начинает использоваться и для сбора данных о заболеваемости. Это отражает растущие потребности общественного здравоохранения в таких данных, используемых в разных сферах, включая:

- составление международной отчетности о заболеваемости и смертности;
- составление отчетности по первичному здравоохранению при любом уровне обеспечения ресурсами;
- эпидемиологическая ситуация и здоровье населения;
- научные исследования;
- оценка работы системы здравоохранения;
- безопасность пациентов и качество услуг; и
- выделение финансирования на основе типологии больных или реализуемой деятельности.

В МКБ предыдущих пересмотров эти задачи решались путем специальных подходов, которые были ограниченными, негибкими и морально устаревали. МКБ-11, напротив, изначально разрабатывалась с учетом этих потребностей и обеспечивает возможно точный и высококачественный учет заболеваемости.

МКБ-11 позволяет собирать данные с такой степенью детализации, с какой это необходимо для различных целей клинической практики и ведения научных исследований: получаемая информация может быть весьма общей или детальной, в зависимости от ее использования для ведения эпиднадзора, определения типологии больных или решения других административных задач. Это обеспечивается путем сочетания кодов базовой классификации с факультативными кодами в форме кодов расширения, например для учета анатомических и гистопатологических сведений, медикаментов, оценок тяжести состояний и травм.

### **1.2.5 МКБ-11 и ее компоненты**

#### **1.2.5.1 Браузер МКБ-11**

Используемый интернет-браузер позволяет пользователям определять понятия путем поиска по диагностическим терминам, анатомическим данным или другим параметрам в МКБ-11. Браузер МКБ-11 включает контекстные подсказки, которые раскрываются путем нажатия на соответствующую икону в различных разделах программы. Браузер также позволяет пользователям участвовать в процессе непрерывного обновления и усовершенствования МКБ путем размещения предложений на соответствующей платформе. Все предложения и замечания анализируются на предмет их использования при ежегодных обновлениях.

#### **1.2.5.2 Инструмент кодирования МКБ-11**

Инструмент кодирования работает методом поиска по контенту МКБ при введении пользователем какого-либо термина, например «новообразование». При этом он создает (и динамически обновляет) три вида данных: список слов, список наименований со ссылкой на соответствующий раздел браузера и список классов, к которым относится искомый термин.

#### **1.2.5.3 Базовый компонент: справочный указатель**

Базовый компонент – это основополагающий «архив» или база всех используемых в МКБ наименований. Эти наименования охватывают заболевания, отклонения, травмы, внешние причины травм, признаки и симптомы и взаимосвязи между ними. По своему значению эти наименования могут быть очень широкими или узкими и не обязательно взаимоисключающими, но каждое из них имеет полное определение. Базовый компонент охватывает все содержание МКБ, а табличный список и алфавитный указатель были получены именно на его основе. Для упрощения регистрации данных в местах оказания медико-санитарной помощи структура содержания базового компонента МКБ-11 была стандартизована. С этой целью содержание и терминология для заболеваний и патологических состояний были объединены с необходимой структурой для интеграции с цифровыми системами медицинской информации.

#### **1.2.5.4 Линейные форматы статистики смертности и заболеваемости (ССЗ)**

Подрубрики, на основе которых созданы справочные табличные списки для статистики смертности и заболеваемости (ССЗ), а также специализированные версии МКБ (например, для психических и поведенческих расстройств и инфекционных заболеваний), являются частью базового компонента.

Линейные форматы аналогичны классическим печатным версиям табличных списков МКБ (например, тому I МКБ-10 или другим предыдущим выпускам), могут иметь различную степень детализации и могут использоваться в самых разных целях, например в сфере первичной медико-санитарной помощи, лечебной работы или научных исследований. Поскольку линейные форматы всегда генерируются на основе цифрового базового компонента, обеспечивается последовательность использования МКБ.

### 1.2.5.5 Функция перевода

Функция перевода, являющаяся частью служебной платформы МКБ-11, позволяет центрам пользователей на определенных языках создавать переводные версии, которые не отличаются от оригинала. Данная функция также формирует уведомления об изменениях, рассылаемые другим зарегистрированным переводчикам, и обеспечивает получение единого набора продуктов на разных языках. Для использования функции пользователи должны быть зарегистрированы в ВОЗ, с тем чтобы вся работа была прозрачна и верифицирована. На момент составления настоящего документа наибольший прогресс был достигнут в переводе МКБ-11 на испанский язык, за которым следует китайский язык, а также была начата работа по ее переводу на несколько других языков.

### 1.2.5.6 Интерфейс прикладного программирования (службы ИПП)

ИПП МКБ<sup>5</sup> открывает доступ к функциям программирования в системе международной классификации болезней (МКБ). Пользователи, прошедшие регистрацию на веб-сайте, получают доступ к новейшей документации по использованию ИПП, а также к программированию ключей для использования ИПП.

## 1.2.6 Совместимость с системами цифрового здравоохранения и оперативное сопряжение с системами медицинской информации

Базовый компонент МКБ-11 обеспечивает стандартизованный сбор данных в местах оказания медико-санитарной помощи за счет того, что его содержание в целом соответствует табличному списку и алфавитному указателю в МКБ-10. Он содержит термины для заболеваний и патологических состояний и имеет необходимую структуру для интеграции с цифровыми системами медицинской информации.

Каждое наименование в МКБ-11 является строго индивидуальным, обладает унифицированным идентификатором ресурса (URI) и увязано с окончательными веб-службами для обеспечения легкого доступа к текущему содержанию МКБ. Благодаря использованию URI возможна также увязка с внешней терминологией. Независимо от числа последующих обновлений, URI остается привязанным к определенному наименованию.

МКБ-11 разрабатывалась с учетом задачи упрощения и повышения точности кодирования данных как с точки зрения применения классификации, так и

---

<sup>5</sup> См. на веб-сайте <https://icd.who.int/icdapi>.

использования информационных технологий путем введения определенных опций. Например:

- инструмент оценки внедрения и обучения кодированию диагностических терминов в МКБ-11 и МКБ-10 на различных языках;
- веб-службы для функций полномасштабного поиска и кодирования в любой программе;
- онлайн-службы, позволяющие использовать МКБ-11 без локальной установки программы;
- офлайн-службы, имеющие одинаковый функционал с веб-службами и предназначенные для установки на локальных компьютерах и сетях. Регулярные плановые обновления возможны через Интернет;
- инструментарий для формирования файлов в форматах, отвечающих потребностям пользователей (например, форматы «Comma separated value» (CSV), «Classification mark-up language» (ClAML), интерфейса прикладного программирования (ИПП) и т.д., если необходимо);
- переходные таблицы (таблицы соответствий) для просмотра классификаций заболеваний в формате МКБ-10 и преобразования данных в целях сопоставления с МКБ-11;
- инструмент для подачи замечаний и предложений желающими участвовать в обсуждениях;
- формирование уведомлений о внесенных изменениях.

#### **1.2.7 Связь с другими классификациями и терминологией**

МКБ-11 включает следующие классификации и терминологии или связана с ними посредством своего базового компонента:

- Международная классификация болезней – онкология (МКБ-О);
- Международная классификация внешних причин травм (ICECI);
- Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ);
- Международная классификация первичной медицинской помощи (ICPC);
- другие терминологии, такие как OrphaNet и SNOMED-CT.

Одним из примеров того, каким образом в МКБ-11 была реализована связь с другими классификациями, служит входящий в класс 24 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения, и обращения в учреждения здравоохранения» раздел, посвященный функционированию и категориям, который привязан к МКФ. Он служит для описания повседневного функционирования человека с помощью набора вопросов, предназначенных для расчета соответствующего совокупного показателя.

Всемирная организация семейных врачей (WONCA<sup>6</sup>) и ВОЗ совместно работали над устранением пробелов в предыдущих пересмотренных вариантах МКБ в отношении первичной медико-санитарной помощи и семейной медицины. Разрабатываемые в WONCA новые версии ICPC должны иметь общий с МКБ-11 набор категорий. Таким образом, появляется возможность обеспечения в будущем межсекторальной сопоставимости при использовании разных систем, например для семейной медицины, первичной медико-санитарной помощи и вторичной медико-санитарной помощи в стационарных условиях.

### **1.2.8 Поддержание МКБ в актуальном состоянии**

Все классификационные системы нуждаются в регулярном обслуживании и актуализации в свете требований пользователей к их содержанию и терминологии. МКБ-11 разрабатывалась с учетом непрерывно и быстро развивающейся области медицинской науки и задачи дальнейшего обеспечения международной сопоставимости.

#### **1.2.8.1 Надзор за процессом поддержания в актуальном состоянии**

Поддержание МКБ-11 в актуальном состоянии – это открытая и прозрачная международная работа, которую ведет ВОЗ в сотрудничестве с Системой международных классификаций ВОЗ в области здравоохранения (WHO-FIC). Участниками WHO-FIC являются, главным образом, представители стран, которые осуществляют надзор за классификационной работой в своих странах.

Работа по поддержанию классификации в актуальном состоянии включает в себя осуществление надзора и обеспечение экспертных заключений и рекомендаций консультативными органами, созданными в процессе подготовки 11-го пересмотра МКБ. В число этих консультативных органов входят Консультативный комитет по классификации и статистике (КККС), деятельность которого, в свою очередь, поддерживает Научно-медицинский консультативный комитет (НМКК), Справочная группа по смертности (MRG) и Справочная группа по заболеваемости (MbRG). При изучении предложений в отношении МКБ-11 КККС в случае необходимости также запрашивает рекомендации и экспертные заключения по технически сложным вопросам у других групп, пользующихся широким признанием.

Являясь главным консультативным комитетом по МКБ-11 при ВОЗ, КККС также предоставляет рекомендации по актуализации других классификаций ВОЗ, в частности Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и Международной классификации медицинских услуг (МКМУ);

Членами MRG и MbRG являются участники Сети WHO-FIC, которые готовят и предоставляют тематические рекомендации по конкретным предложениям. Эти справочные группы консультируют КККС по вопросам поддержания МКБ в актуальном состоянии в том, что касается классификации и кодирования данных о смертности и заболеваемости.

---

<sup>6</sup> Всемирная организация национальных коллегий, академий и академических ассоциаций врачей общей практики/ семейных врачей.

НМКК состоит приблизительно из 18 научных экспертов по разным областям. НМКК консультирует ККС по научному и медицинскому содержанию МКБ-11.

#### 1.2.8.2 Платформа для внесения предложений

Для поддержания классификации в актуальном состоянии и ее дальнейшего обновления задействована та же процедура, что и при разработке МКБ-11, в основе которой используется постоянно действующая интернет-платформа для сбора предложений по содержанию МКБ. Данная платформа теперь будет использоваться для непрерывного обновления МКБ-11 на протяжении всего срока ее службы. Данный механизм имеет следующие преимущества:

- он доступен всем заинтересованным сторонам и позволяет вносить предложения, а также комментировать предложения других участников;
- материалы, размещенные на платформе, доступны в течение всего года, а не только в определенные сроки;
- создана функция цифрового куратора для стимулирования обсуждений и анализа;
- любые окончательные изменения в классификации доступны в цифровом формате с возможностью распечатки;
- обеспечена функция перевода на разные языки в одной платформе, что способствует увеличению числа участников обсуждений в дополнение к преимущественно англоязычным участникам, а также разработаны форматы вывода информации, адаптированные ко всем языкам;
- выгоды от подачи предложений через платформу для улучшения международной классификации получают все страны, так как это облегчает представление экспертных заключений и оценок государствами – членами ВОЗ и обмен реальным опытом между ними.

#### 1.2.8.3 Актуализация

В процессе использования МКБ применительно к особым страновым системам может потребоваться включить в МКБ-11 дополнительные элементы, например, ввиду особых положений или требований системы возмещения расходов. Такие изменения и обновления будут вноситься в рамках единого международного процесса, предусмотренного для всех изменений в МКБ, с тем чтобы не вводить региональных различий и сохранить единство международной классификационной системы. Данные дополнения будут становиться частью базового компонента, в идеале до их внедрения в запрашивающей стране.

Некоторым странам может потребоваться разработать стандарты или руководства по использованию специальных опций МКБ-11 для обеспечения согласованного кодирования данных о смертности и заболеваемости (в том числе в области первичной медико-санитарной помощи) и представления отчетности на национальном и международном уровнях.

Руководство по внедрению или переходу на МКБ-11

Более подробная информация по всем процедурам, структуре и содержанию приводится в Справочном пособии по МКБ-11.

## **Часть 2 Переход к МКБ-11**

Задача ВОЗ при разработке МКБ-11 состояла в том, чтобы создать новейшую классификацию, отражающую текущую практику и, кроме того, медицинские понятия таким образом, чтобы она была совместима с современными информационными системами. Обеспечение максимально точной классификации проблем, связанных со здоровьем, позволяет получать более точную информацию для разработки инициатив в области здравоохранения, учитывающих потребности населения.

Несмотря на то что переход на новую классификационную систему неизбежно сопряжен с трудностями и сопротивлением переменам, долгосрочные выгоды заключаются в возможности выявления макротенденций и микротрендов и сокращении непроизводительных расходов на уровне клиник. Принимая решения об осуществлении перехода на раннем этапе, особенно об участии в пилотных проектах и испытаниях, организации здравоохранения смогут более точно определить существующие проблемы и потребности на местном уровне, предвосхитить препятствия и разработать стратегии управления преобразованиями.

## **Часть 2 Внедрение МКБ или переход от существующих систем МКБ**

Страны, в которых применяется МКБ-10 (или ее адаптированные или предыдущие версии) именуется странами, имеющими системы предыдущего поколения. Требуемый срок для осуществления процедур, необходимых для перехода к классификации и сбору данных в соответствии с МКБ-11, называется переходным периодом. Предполагается, что этот срок составит от двух до трех лет с момента начала перехода до полного внедрения МКБ-11 в качестве основной системы. Однако важно отметить, что он будет зависеть от существующих на местах систем и инфраструктуры здравоохранения, а также от потребностей в переводе материалов и в рабочей силе.

Страны, не использующие систем предыдущего поколения, могут выбрать вариант ускоренного внедрения МКБ-11, так как им в меньшей степени необходимо согласовывать ее с существующей инфраструктурой или менять ее.

### **2.1 Особые вопросы, связанные с внедрением МКБ-11**

#### **2.1.1 Кодирование данных о смертности**

Данные о смертности представляются в соответствии с международными стандартами уже много лет. Для сохранения этой практики в период перехода на МКБ-11 требуется принятие ряда важных, но достаточно четких мер. Минимальные требования к отчетности о смертности в МКБ-11 определены на уровне базовых кодов.

В области составления данных о смертности на основании МКБ осуществляется давнее международное сотрудничество, результатом которого стала разработка минимальных обязательных требований к представляемым в ВОЗ национальным медицинским

данным. В настоящее время ряд стран использует автоматизированные системы кодирования данных и указания причин смерти, например систему кодирования причин смерти IIRIS-ICD, которые позволяют идентифицировать и указывать первопричины смерти, что служит основой для международного анализа данных о смертности.

Другие страны используют упрощенный перечень смертности (SMoL) МКБ-10, предназначенный для упрощенного кодирования данных и указания первопричин смерти.

В ряде стран, включая Австралию, Германию и США, были разработаны детальные процедуры перехода от МКБ-9 к МКБ-10 для кодирования данных о смертности, и этот опыт может быть использован в процессе перехода в других странах. Международное сотрудничество в рамках МКБ-11, направленное на оказание помощи странам в процессе перехода, началось с обновления таблиц принятия решений и правил кодирования данных о смертности Справочной группой по смертности ВОЗ.

Переход от систем, в которых в настоящее время используется SMoL, будет основан на переносе данных из свидетельств о смерти с помощью специальной программы (DHIS2), в которой регистрируются точные формулировки врача. Таким образом, переход на МКБ-11 может быть осуществлен в любое время без каких-либо сбоев в учете данных.

Следует отметить, что в тех случаях, когда в порядке исключения ведется устная фиксация процедуры аутопсии для определения причины смерти, может быть использован разработанный ВОЗ перечень причин, соответствующий МКБ-11, который предназначен для использования в сочетании с Инструментом вербальной аутопсии ВОЗ.

### **2.1.2 Кодирование данных о заболеваемости**

В отличие от кодирования данных о смертности, системы кодирования данных о заболеваемости развивались в разных странах по-разному, в зависимости от текущих потребностей и местной здравоохранительной практики. Таким образом, переход на МКБ-11 в случае стран, использующих системы предыдущих поколений, потребует специально адаптированных к их условиям подходов, учитывающих различия в процедурах отчетности, правилах и кодировании данных, с тем чтобы получать сопоставимую на международном уровне отчетность. Другие специально адаптированные подходы могут потребоваться в случаях, когда используются видоизмененные версии МКБ-10 или другие классификационные системы, например в сфере первичной медико-санитарной помощи или других особых областях.

Несмотря на то, что разработка механизма уведомления ВОЗ о заболеваемости в мире еще не завершена, в свете опыта работы с МКБ-10 были внесены изменения в базовое правило относительно представления данных о заболеваемости. Минимальным требованием в отношении заболеваемости станет представление данных на уровне базовых кодов МКБ-11 в сочетании с описанием основного патологического состояния (как указано в Справочном пособии). В идеале, по мере развития системы международного уведомления и реализации всего статистического потенциала

глубокого содержания МКБ-11, будут представляться и более подробные сведения, а не только базовые коды. Если в национальных системах классификации будут применяться международные стандартные правила кодирования диагностических данных, то появится возможность создать согласованные на международном уровне надежные системы типологии больных.

Широкое применение МКБ-11 для сбора данных о заболеваемости может послужить основой для совместной международной разработки инструментов анализа и отчетности, например для составления показателей безопасности пациентов и качества лечения.

МКБ-11 разрабатывалась таким образом, чтобы она была достаточно гибкой и адаптируемой для целей кодирования данных о заболеваемости, предвосхищая необходимость в коррективах на национальном уровне. Предполагается, что проведение в переходный период анализа двойного кодирования позволит особо выделить этот аспект и дополнительно проверить полноту МКБ-11 (см. ниже в настоящем документе раздел «Анализ двойного кодирования»). Любые потребности в адаптации классификации, выявленные на местном уровне, должны быть представлены через платформу предложений МКБ-11, с тем чтобы не нарушать международных стандартов отчетности.

В некоторых конкретных условиях можно использовать уникальное содержание МКБ-11, применив его в системах отчетности о безопасности пациентов, в традиционной медицине или при составлении рекомендаций по вопросам диагностики в области психического здоровья.

## **2.2 Роль стран, первыми вводящими в действие МКБ-11, и проведение пилотного тестирования**

Некоторые страны уже начали переходить на МКБ-11. Например, в 2017 г. Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ) провела в сотрудничестве с ВОЗ серию системных самооценок для 15 стран с целью определить потребности в классификации и текущий статус перехода от МКБ-10 к МКБ-11. Такой же анализ был проведен в ходе нескольких практикумов с участием других регионов. Полученные результаты были сведены воедино и представлены в дополнении 3.1 к настоящему документу. Хотя это служит прекрасной основой для того, чтобы начать планировать внедрение, всем странам рекомендуется провести свою собственную оценку.

Во всех регионах было проведено централизованное пилотное тестирование с использованием версии браузера и учебных материалов МКБ-11, таких как сценарии кодирования на английском языке, которое было дополнено общим тестированием на местах и проведением оценок МКБ-11 в ряде стран во всем мире. Таким образом, были получены результаты от 28 стран, в которых были выполнены 61 065 заданий, а также были собраны отзывы 600 участников, проводивших оценку системы. Эти результаты, в свою очередь, были использованы для уточнения структуры и содержания МКБ-11 и могут быть полезны для других сторон при определении их потребностей на переходный период.

Во всех регионах есть страны, которые с начала 2019 г. первыми приступили к введению в действие МКБ-11.

### **2.3 Участие заинтересованных сторон и договоренности с ними**

ВОЗ начала сотрудничество с заинтересованными сторонами в других секторах, первоначально сосредоточив внимание на распространении информации о МКБ-11, практическом опыте использования браузера и функции кодирования, а также на оценке затрат и выгод перехода на МКБ-11. Во всех регионах ВОЗ были проведены специализированные учебные семинары по использованию МКБ-11, и будет регулярно оказываться индивидуальная поддержка для содействия внедрению в государствах-членах.

На страновом уровне или уровне географических регионов сотрудничество с заинтересованными сторонами должно быть инициировано ответственными национальными сторонами в качестве отправной точки перехода и осуществляться на всех уровнях процесса внедрения. Это включает в себя необходимость углубленного сотрудничества с кодировщиками, клиницистами, потенциальными поставщиками, а также другими странами, в которых внедрение уже началось.

### **2.4 Основные рекомендованные меры**

Переход на новую систему требует тщательного планирования и предпочтительно должен быть частью системы управления проектом. Поскольку ответственность за сбор и обработку данных в соответствии с МКБ-11 и управление работой стационаров в разных странах несут разные организации, рекомендовать стандартный подход во всех ситуациях не представляется возможным. Тем не менее в нижеследующем разделе приводятся рекомендации, которые могли бы быть использованы при переходе на МКБ-11 для постепенного отказа от старой системы и внедрения новой.

#### **2.4.1 Создание национальных ведущих центров**

Для обеспечения координации и целенаправленного руководства странам настоятельно рекомендуется создать национальные ведущие центры. Они могут работать, например, на базе существующих центров сотрудничества с ВОЗ и иметь в своем составе сотрудников соответствующих ведомств, обладающих требуемой квалификацией и опытом.

Национальные центры обеспечивают должное внимание к процессу и его прозрачность на национальном уровне, а также централизованное руководство действиями. Они координируют участие заинтересованных сторон и способствуют обмену информацией о процессе внедрения со всеми участвующими сторонами и организациями.

#### **2.4.2 Поддержание существующих систем в актуальном состоянии на период перехода к МКБ-11**

До полного внедрения МКБ-11, ее интеграции с местными системами и создания соответствующей инфраструктуры рекомендуется в течение определенного периода времени продолжать поддерживать в актуальном состоянии существующую классификационную систему и предусмотреть ее параллельную работу с новой системой по крайней мере в течение 18 месяцев.

Это обеспечит решение следующих важных задач:

- стабильное представление отчетности и, следовательно, непрерывность работы с данными в переходный период;
- возможность изучения переходного процесса и оценки последствий для длинных статистических рядов путем анализа данных;
- сбор данных для анализа двойного кодирования (см. ниже), результаты которого могут быть также использованы для определения необходимых кадровых изменений;
- перекрестное кодирование на основании различных пересмотренных вариантов и адаптированных страновых вариантов в целях обеспечения соответствия внутри временных рядов данных, систем типологии больных, схем распределения ресурсов и анализа стабильности для выявления областей, в которой может быть необходима большая степень детализации в МКБ-11;
- обнаружение ошибок и проблем, связанных с переходом или внедрением, а также выявление проблем, с которыми сталкиваются пользователи;
- продолжение работы существующих специалистов-кодировщиков в переходный период при возможности их обучения новой системе, а также подготовки новых специалистов-кодировщиков;
- оценка в потребностях обучения административных работников, врачей, сотрудников, работающих с данными, и других соответствующих работников.

#### **2.4.3 Управление проектом и стратегическое планирование**

Руководитель проекта и ведущая группа назначают главных лиц, в том числе уполномоченных принимать решения, которые несут ответственность за все аспекты проекта перехода на новую классификацию. Эта группа отвечает за тщательное инклюзивное планирование и надзор за проектом, а также за определение степени готовности и приоритезацию задач на этапе после самооценки. Целесообразно, чтобы управление процессом перехода включало четкое определение задач на этапе до перехода, в ходе внедрения и после внедрения классификации.

В стратегическом плане указываются цели внедрения и необходимые меры для достижения этих целей, включая затраты ресурсов на каждом этапе, и он должен разрабатываться в процессе совместной работы с учетом предложений и замечаний различных заинтересованных сторон и результатов обследования для определения потребностей на местах и сметы расходов. Полученный таким образом документ должен включать график перехода к внедрению классификации.

Стратегическое планирование основывается на существующих потребностях и анализе затрат и выгод возможных подходов к внедрению; оно включает разработку бюджета в разбивке по компонентам и потребностям в персонале. Оно также служит для того, чтобы проектная группа могла определить, выполнены ли все условия и соблюдены ли все критерии для успешного перехода, чтобы избежать определенных проблем.

В тех случаях, когда существуют серьезные препятствия для перехода, проектная группа также устанавливает приоритеты для минимальной начальной реализации и детальный график последующей полной реализации.

#### 2.4.4 Самооценка

Самооценка – это один из основополагающих элементов планирования любого переходного процесса, что, вероятно, особо справедливо в случае перехода от системы, основанной на использовании бумажных документов, к полностью цифровому функционалу МКБ-11. Самооценка позволяет руководителям проекта составить четкое представление о потребностях и необходимом темпе действий, выявить потенциальные препятствия и собрать информацию для анализа состояния дел до и после осуществления проекта. Она играет решающую роль при определении бюджетных и кадровых потребностей, а также для правильной оценки сроков.

Для проведения углубленной самооценки предлагается в качестве отправной точки поставить следующие вопросы:

1. Какова существующая система сбора информации и составления отчетности?
  - a. Требуется ли актуализация национальных норм и правил составления отчетности?
  - b. Требуется ли адаптация или создание инфраструктуры для интеграции систем, хранения данных и составления отчетности?
  - c. Наличие компьютерного оборудования и доступ к Интернету:
    - i. в больницах;
    - ii. во врачебных кабинетах;
    - iii. в учреждениях медико-санитарной помощи на первичном или общинном уровне;
    - iv. в местных административных органах, отвечающих за статистику здравоохранения;
    - v. в районных административных органах, отвечающих за статистику здравоохранения;
    - vi. в национальных или центральных административных органах, отвечающих за статистику здравоохранения.
  - d. Ограничения доступа к Интернету на национальном уровне, которые могут иметь последствия для внедрения, учитывая, что МКБ-11 может работать в режиме офлайн.
  - e. В какие сроки может быть проведена необходимая актуализация ИКТ-инфраструктуры?
  - f. Каковы потребности в переводе на местные языки?
2. Каков текущий статус внедрения МКБ и использования кодированных данных?

- a. Охарактеризуйте, где, как и кем она используется.
  - b. Какая версия МКБ используется и с каких пор?
3. Что бы вы хотели изменить в МКБ-10 (т.е. какие вы испытываете или могли испытывать в прошлом проблемы с собственно классификацией МКБ или с ее внедрением)?
4. Каковы потребности в подготовке кадров для успешного внедрения МКБ-11?
5. Какие новые функциональные возможности МКБ могут быть полезны стране?
6. Каковы потенциальные выгоды от внедрения МКБ-11?  
Входит ли в их число возможность согласования статистической информации по всему сектору здравоохранения, включая статистику смертности, госпитализации и первичной медико-санитарной помощи?  
Входит ли в их число возможность согласования и более эффективной увязки систем клинической информации, статистических систем, систем учета типологии больных или административных систем?
7. Какие меры должны быть приняты в стране для обеспечения бесперебойного перехода от МКБ-10 к МКБ-11?
8. Какие другие классификации WHO-FIC или иные классификации используются в настоящее время (например, МКФ, классификация медицинских услуг)?
  - a. Существуют ли возможности для упрощения использования классификаций WHO-FIC вместе с Международной классификацией медицинских услуг (МКМУ) или планируется их совместное использование в будущем?
  - b. Охарактеризуйте используемые классификации и то, где, как и кем они используются?
9. Что требуется сделать, чтобы адаптировать сбор статистической информации и ведение учета в стране для проведения международных статистических сравнений?
10. Какова сумма затрат на осуществление всех мер, связанных с переходом?  
Будет ли достигнута экономия в связи с использованием каких-либо возможностей МКБ-11 в сравнении с МКБ-10: например, в связи с необходимостью меньших модификаций для сбора данных о заболеваемости на местах?
11. Какие стороны в стране заинтересованы в переходе, и какова процедура принятия решений? Кто принимает решения по вопросам статистики смертности и заболеваемости?
12. Возможно ли проведение какой-либо работы по внедрению классификации в сотрудничестве с другими странами в целях экономии ресурсов, а также оптимального согласования и обеспечения возможности сопоставления статистической информации?

13. Каковы затраты на информационно-просветительскую работу (среди клиницистов, специалистов, занимающихся кодированием данных о смертности и заболеваемости, и других пользователей данных, сотрудников ИКТ-сферы, сотрудников административных органов здравоохранения и разработчиков графиков кодирования клинических данных)?
14. Каковы последствия для составления типологии больных или классификации финансирования на основе текущей деятельности, а также определения смет расходов?

Как указывалось ранее в настоящем документе, в дополнении 3.1 содержится резюме результатов проведенной в 2018 г. самооценки на страновом уровне.

#### **2.4.5 Обеспечение соответствия (мапирование) и сопоставимости данных**

Под обеспечением соответствия (мапированием) понимается процесс поиска эквивалентных кодов в классификациях двух разных версий (или двух разных выпусков), с тем чтобы пользователи данных могли интерпретировать сведения, зарегистрированные с использованием различных классификаций, например при изучении длинных статистических рядов. Мапирование особенно важно при анализе временных рядов данных и группировании данных с использованием программ составления типологии больных или программ составления диагностически связанных групп (ДСГ), так как каждая версия МКБ имеет свой особый набор кодов для диагнозов и вмешательств. Логика составления ДСГ вероятно потребует пересмотреть для принятия решений относительно возможности использования кластерного кодирования в рамках программ ДСГ или необходимости разукрупнения кластеров кодов.

Различают два основных подхода к мапированию: перспективный и ретроспективный. В обоих случаях коды могут определяться на основе «исторических» или «логических» соответствий.

- В рамках перспективного мапирования к кодам более ранней классификации подбираются соответствующие коды новой классификации. Перспективное мапирование используется для классификации старых данных с помощью нового классификационного программного обеспечения или сопоставления отчетов о смертности и использовании услуг здравоохранения.
- В рамках ретроспективного мапирования к кодам новой классификации подбираются коды более ранней классификации для того, чтобы можно было использовать предыдущую версию классификационного программного обеспечения или провести анализ временных рядов.
- Под историческим мапированием понимается выбор схемы кодов, с помощью которой обеспечивается надлежащее значимое с клинической точки зрения кодирование. Ввиду изменений, вносимых в процессе пересмотра классификаций, для решения данной задачи может использоваться от одного до нескольких кодов. Историческое мапирование общего назначения полезно при необходимости обеспечения соответствия больших массивов данных, но в

каждом случае следует вначале определить, насколько данный метод подходит для определенной подрубрики данных или вида анализа.

- Логическое (или специальное) мапирование может производиться для составления типологии больных. В данном случае к каждому коду подбирается наиболее равноценный с клинической точки зрения код в целях составления ДСГ.

В процессе мапирования происходит некоторая потеря информации, так как точность соответствия кодов МКБ различается между различными пересмотренными вариантами в зависимости от изменений в научном понимании и связанных с этим изменений в классификации: данные, перенесенные из МКБ-10 в МКБ-11, не будут точно эквивалентны данным, первоначально полученным с использованием МКБ-10. Например, код для «новообразования молочной железы» классифицирует данные в МКБ-10 только на основе локализации, в то время как в МКБ-11 они классифицируются на основе локализации и гистопатологии. Поэтому следует проявлять осторожность при интерпретации медицинских данных, собранных после введения пересмотренного варианта классификации. В случае анализа временных или региональных трендов при использовании нескольких классификационных систем необходимо внимательно контролировать объект исследования (например, при проведении исследований с двойным кодированием).

Странам, переходящим на МКБ-11, рекомендуется в течение двухлетнего периода использовать обеспечения системы кодов, прежде чем они смогут усовершенствовать свои системы классификации ДСГ. Для целей составления типологии больных необходимо систематически проверять соответствия кодов, что предполагает повторные корректировки перспективного и ретроспективного мапирования для обеспечения соответствий на уровне классификации ДСГ.

Корректировка систем:

- необходимость постоянного внесения изменений в используемые классификации на основе типологий больных или диагностически связанных групп (ДСГ) (главным образом в случаях, когда страны используют ДСГ для целей возмещения расходов);
- изменение работы сотрудников, занимающихся кодировкой данных;
- последствия для существующих статистических систем (например, статистики смертности, госпитализации, первичной медико-санитарной помощи);
- подготовка и обучение кодировщиков клинических данных, клиницистов и других пользователей и составителей исходной информации.

#### **2.4.6 Анализ двойного кодирования**

Анализ двойного кодирования предусматривает сопоставление данных о смертности или заболеваемости, полученных при кодировании информации об одном и том же эпизоде с использованием двух разных версий МКБ. Вначале анализ двойного кодирования может потребовать дополнительных затрат времени и ресурсов, но в

долгосрочной перспективе его результаты могут быть использованы для выявления расхождений в кодировании, что позволит определить необходимые изменения в работе сотрудников, занимающихся кодировкой данных, и понять преимущества от внедрения новой классификационной системы. Анализ двойного кодирования может также помочь получить информацию о влиянии мапирования на анализ трендов и типологии больных, а также потребностей в финансировании, что позволит установить факторы сопоставимости при проведении долгосрочного анализа трендов.

Двойное кодирование данных о смертности упрощается благодаря использованию во многих станах систем автоматического кодирования данных о смертности. Такие системы кодирования менее распространены для данных по заболеваемости, поэтому анализ двойного кодирования данных по заболеваемости представляется более сложным, но выполнимым.

### **2.4.7 Использование МКБ-11 в сочетании с терминологией и системами электронного медицинского учета**

МКБ-11 может быть использована в сочетании с системами электронного медицинского учета без какой-либо дополнительной адаптации. Нет необходимости в создании дополнительных инструментов, систем или терминологии для учета клинической информации таким образом, чтобы она была пригодна для использования клиницистами и была полностью интегрирована с оборотом клинической документации.

Однако в тех случаях, когда учет диагностической и иной соответствующей информации ведется с использованием терминологии третьих сторон, система может быть отлажена таким образом, чтобы установить соответствие и создать привязки к кодам третьих сторон непосредственно на уровне кодов МКБ-11 для получения соответствующей статистической и другой отчетности. Кроме того, при условии увязки МКБ-11 с терминологией третьих сторон в рамках локальных систем возможно также введение непосредственно кодов МКБ-11.

МКБ-11 создавалась в дополнение к существующим программам и системам ИКТ с целью упростить ведение электронного медицинского учета. Встроенные в МКБ-11 элементы оперативного сопряжения упрощают получение данных и интеграцию других функций, таких как получение фармацевтических и лабораторных данных. Ввиду новой структуры кодов и новых механизмов в МКБ-11 требуются определенные изменения в программных системах медицинской информации. Эти изменения включают в себя их адаптацию для использования новой структуры кодов МКБ-11, использование нового кодирующего ИПП (в режиме онлайн или офлайн, взамен существующего указателя), а также, в идеале, внедрение функций группирования данных.

### **2.4.8 Технические требования и сроки проведения адаптации систем медицинской информации, инструментов кодирования данных о смертности и заболеваемости и систем составления типологии больных**

Технические требования и сроки проведения адаптации будут сильно варьировать в зависимости местных условий, существующей инфраструктуры, инвестиций в

медицинские системы и наличия персонала. Создание единой системы, отвечающей всем требованиям, невозможно, и соответствующие требования должны быть сформулированы с учетом местных условий, определенных в процессе самооценки и стратегического планирования в контексте перехода к внедрению. Необходимые сроки должны быть определены и согласованы в рамках итерационных консультаций с персоналом и сотрудниками сферы ИКТ на местном и региональном уровнях.

Для обеспечения возможности интеграции с МКБ-11 потребуется внести изменения в существующие системы медицинской информации, используемые для сбора данных о смертности и заболеваемости. Как было указано выше, в данном процессе должны участвовать поставщики этих систем (с которыми ВОЗ вела диалог по вопросам внедрения МКБ-11), а также системы Iris.

Следует уделить определенное внимание роли существующих связей между терминологией МКБ-11 и других систем при внедрении классификации на местном уровне, а также необходимости воспроизведения существующих терминов или кластеров до и после проведения координации в целях обеспечения международной сопоставимости. Например, некоторые страны уже учитывают временные показатели по отношению к «моменту вынесения диагноза» (такие как «наличие при поступлении» или «выявлены после поступления»), которые не являются частью системы кодирования МКБ, но предусмотрены в МКБ-11 на уровне кодов расширения. Однако страны могут принять решение продолжать регистрировать эти показатели вне системы МКБ и объединять их для целей представления отчетности, а не регистрировать их в связи с внедрением МКБ-11.

Рекомендуется также запрограммировать систему таким образом, чтобы при электронном учете сохранялся URI терминов и статистический код. Это позволит сделать систему независимой от применяемой версии и сохранить всю клиническую информацию в том виде, в каком она была получена из первоисточника.

Еще один элемент, который необходимо учитывать, – это инструмент кодирования МКБ-11. Создание этого инструмента представляет собой важное усовершенствование МКБ, так как служит основой для немедленного внедрения во многих ситуациях. Он заменяет справочный указатель в печатном виде, который ранее использовался для кодирования данных, и обеспечивает значительную гибкость при поиске и регистрации событий.



## **Часть 3 Дополнения**

### **3.1 Дополнение: шаблон для определения сроков внедрения**

В данном разделе представлены основные этапы перехода к МКБ нового пересмотра.

Приводимая таблица была составлена в консультациях со странами. Особый вклад в составление данного раздела внесли государства Региона стран Америки ВОЗ при широкой поддержке со стороны Региональное бюро для стран Америки/ Панамериканской организации здравоохранения.

Мероприятие		Доступный инструментарий ВОЗ	Год 1				Год 2			
В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ: сформировать национальную группу, ответственную за внедрение, в которую должны войти представители всех заинтересованных сторон и которая должны пользоваться поддержкой на самом высоком государственном уровне.			Кв. 1	Кв. 2	Кв. 3	Кв. 4	Кв. 1	Кв. 2	Кв. 3	Кв. 4
<b>Приоритетная область 1: завершение подготовки к внедрению МКБ-11 на соответствующем языке</b>										
Завершить перевод классификации, инструментария и материалов	Функция перевода		X	X	X	X	X	X	X	X
Провести кодирование данных вручную и тесты на преобразование данных с использованием компьютерных систем для внесения необходимых изменений.	Платформа тестирования внедрения на местах (ICD-FIT)				X	X				
<b>Приоритетная область 2: наращивание потенциала</b>										
Оценка существующего в стране потенциала для кодирования данных в системе МКБ.	Платформа WHO-FIC		X	X						
Разработка программ обучения, адаптированных для различных специальностей (кодирование данных, обслуживание систем, анализ).	Функция обучения в МКБ-11				X	X				
Обучение использованию МКБ-11 и ее инструментария. Уровни: инструкторы по кодированию медицинской информации, кодировщики данных, статистики, аналитики, эксперты по вопросам общественного здравоохранения.	Функция обучения в МКБ-11		X	X	X	X	X	X	X	X
Обучение кодировщиков данных, статистиков и другого важного персонала работе с компьютерным инструментарием.	Информационный бюллетень		X	X	X	X	X	X	X	X
Обучение использованию и внедрению автоматизированной системы кодирования причин смерти (Iris).	Специализированное обучение		Подлежат определению государствами-членами							
Обучение анализу данных о смертности и заболеваемости и анализу качества информации.	Специализированное обучение				X	X	X	X		
Оценка влияния обучения кодировщиков данных, врачей и другого персонала на качество показателей.	ICD-FIT				X	X	X	X		

Разработка требований к специализации кодировщиков данных и их сертификации.	Программа WHO-FIC	X	X	X				
<b>Приоритетная область 3: инфраструктура ИКТ</b>								
Проведение оценки потребностей в информационной технике.		X	X					
Обеспечение необходимой компьютерной техникой (персональные компьютеры и надежный доступ к Интернету).		X	X	X	X			
Включение персонала ИКТ в группу по переходу на новую классификацию в целях разработки комплексного плана внедрения.				X	X	X	X	X
Адаптация национальных информационных систем (и подсистем) для внедрения МКБ-11 (например, пересмотр, актуализация каталогов).					X	X	X	X
Изучение оперативного сопряжения функции кодирования данных в МКБ-11 и национальных медицинских систем.				X	X	X	X	X
Первоначальное тестирование версий МКБ-11 для онлайн- и офлайн-применения.	МКБ-11 в онлайн-версии и контейнерной офлайн-версии				X	X	X	X
Внедрение автоматизированной системы кодирования причин смерти.	IRIS - другое	Подлежат определению государствами-членами						
Адаптация существующей информационной системы во избежание ненужных изменений.		Подлежат определению государствами-членами						
<b>Приоритетная область 4: обеспечение сопоставимости и качества данных</b>								
Мониторинг рекомендованных международных показателей качества информации о смертности и заболеваемости.	ANACOD 3	X	X	X	X	X	X	X
Обеспечение таблиц соответствия между МКБ-10 и МКБ-11.	Инструментарий МКБ-11				X			
Анализ последствий перехода от МКБ-10 к МКБ-11 в отношении данных о смертности и заболеваемости для: - схем возмещения расходов; - типологии больных; - статистики смертности и заболеваемости; - правовых систем.				X	X			

Руководство по внедрению или переходу на МКБ-11

Проведение сопоставительных исследований на примере отдельных случаев в разных областях для оценки качества кодирования данных.				X				
Проведение анализа перехода от МКБ-10 к МКБ-11 с использованием двойного кодирования в отношении приоритетных аспектов общественного здравоохранения.					X			
Мониторинг конкретных изменений, вносимых в рамках перехода к МКБ-11 или ее внедрения.								
<b>Приоритетная область 5: информационно-просветительская деятельность и распространение классификации</b>								
Создание и укрепление комитетов, советов и межучрежденческих центров (по вопросам здравоохранения, статистики, социального обеспечения и регистрации актов гражданского состояния) для распространения информации в сфере здравоохранения и информирования заинтересованных сторон.		X	X	X	X	X	X	X
Включение представителей профессиональных ассоциаций, технических и высших учебных заведений, врачей и др. в состав национальных комиссий для осуществления учебно-исследовательской деятельности.		X	X	X	X	X	X	X
Повышение информированности о важности правильного использования классификации для различных целей и в разных условиях.		Постоянная деятельность						
Разработка национального плана перехода от МКБ-10 к МКБ-11 или внедрения МКБ-11, согласованного с планом совершенствования охраны здоровья в стране.	Настоящая таблица	X	X	X	X	X	X	X

### **3.2 Дополнение: содержание пакета для внедрения классификации**

Набор инструментов и функций для упрощения внедрения и использования МКБ-11.

- **Информационно-просветительские материалы**
  - Информационный бюллетень по МКБ-11
  - Руководство по переходу на МКБ-11
- **Инструмент кодирования (многоязычный)**
  - Поиск в классификации на основе указателя
  - Различия в орфографии не вызывают трудностей
  - Версии для работы в режиме офлайн
- **ИПП (многоязычный интерфейс прикладного программирования)**
  - Программа доступа к МКБ-11
  - Версия для работы в режимах онлайн и офлайн
- **Браузер МКБ-11 (многоязычный)**
  - Сопоставление версий
  - Доступ ко всем информационным материалам и инструментам
  - Версия для работы в режимах онлайн и офлайн
- **Справочное пособие**
  - Рассказывает о том, что такое МКБ-11, как ею пользоваться и что нового в МКБ-11
  - Правила кодирования данных о смертности и заболеваемости
  - Медицинское свидетельство о смерти
- **Унифицированный идентификатор ресурса (URI) и комбинации кодов**
  - Учет всей детальной информации, созданной у источника, например по редким заболеваниям
  - Анализ и внесение в таблицы сложной информации
  - Взаимосвязь с другими системами
- **Платформа для внесения предложений**
  - Внесение предложений и их обсуждение
  - Уведомления
- **Платформа тестирования внедрения на местах (ICD-FIT)**
  - Кодирование диагностических терминов в МКБ-11 и МКБ-10
  - Тестирование перевода на разных языках
  - Тестирование качества обучения

- **Функция перевода**
  - Перевод на ваш язык
- **Таблицы соответствия с МКБ-10**
  - Загрузка таблиц

### **3.3 Дополнение: обзор процесса разработки МКБ-11**

Разработка МКБ-11 осуществлялась в несколько этапов с момента официального начала пересмотра в 2007 г., и в новой классификации были учтены многочисленные предложения и замечания клиницистов и научно-технических экспертов, а также пожелания будущих пользователей в статистической и клинической областях.

Во-первых, был составлен перечень известных проблем, связанных с использованием 10-го пересмотра Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), которые не могли быть решены на уровне структуры классификации, и были сформулированы возможные решения.

Во-вторых, были созданы тематические консультативные группы (ТКГ) для выработки руководящих указаний в ключевых тематических областях с упором на клинические вопросы. Были сформированы межсекторальные тематические консультативные группы для рассмотрения вопросов, касающихся смертности, заболеваемости, качества и безопасности, а также оперативных вопросов. Эксперты клинических ТКГ составили рекомендации по содержанию и структуре отдельных классов МКБ, в то время как технические ТКГ подготовили рекомендации по общим и межтематическим аспектам МКБ-11 с позиций пользователей.

На более поздних этапах разработки МКБ-11 в ВОЗ при содействии совместной целевой группы по МКБ-11 (СЦГ) было проведено централизованное редактирование классификации. В состав СЦГ вошли эксперты по использованию МКБ для кодирования данных о смертности и заболеваемости (по пациентам больниц и служб первичной медико-санитарной помощи), по сбору данных и представлению статистической отчетности. СЦГ также представила ВОЗ стратегические и технические рекомендации по завершению разработки классификации. В процессе разработки также использовались научные рекомендации, составленные в рамках СЦГ и ВОЗ.

На этих последних этапах ВОЗ и Комитет по международной классификации (WICSS) Всемирной организации национальных колледжей, академий и академических ассоциаций врачей общей практики и семейных врачей (WONCA) совместно работали над внедрением всех понятий, необходимых для ведения регистрации и учета в области первичного здравоохранения. В целом рекомендуется использовать всеобъемлющую международную справочную аналитическую таблицу, поскольку она содержит все понятия, включая те, которые имеют отношение к первичному здравоохранению. При этом подрубрики в основном посвящены понятиям общего характера. Это позволяет использовать классификацию в условиях ограниченных диагностических ресурсов и ведения документации на бумажных носителях.

Наконец, ВОЗ (при консультативной помощи СЦГ) рассмотрела расхождения в содержании, связанные с работой многочисленных самостоятельных групп экспертов на ранних этапах пересмотра. Была также проделана работа для обеспечения согласованной общей структуры МКБ-11 и простоты ее использования при составлении статистики о смертности и заболеваемости. Применение руководящих принципов для разработки надежной классификации имело важное значение, особенно на данном этапе.

Вариант МКБ-11 был распространен для получения замечаний и предложений государств-членов во время конференции по обзору МКБ, состоявшейся в Токио 12 октября 2016 г. После этого во второй половине 2016 г. были проведены целенаправленные испытания применения классификации на местах, организованные через сотрудничающие центры WHO-FIC, а в 2017 г. продолжались расширенные и более адресные испытания на местах.

Замечания и предложения государств-членов, полученные по итогам испытаний на местах, замечания статистиков, а также несколько последних предложений, представленных до истечения соответствующего срока, были использованы ВОЗ для разработки адаптированной к конкретным целям (т.е. для кодирования данных о смертности и заболеваемости, сбора и представления данных) МКБ-11, которая с июня 2018 г. готовится для внедрения.

МКБ была принята Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2019 г. и вступает в силу с 1 января 2022 г.



### 3.4 Дополнение: глоссарий терминов

**ИПП** – интерфейс прикладного программирования

**Мапирование** – процесс подбора совпадающих кодов и понятий в двух различных классификациях

**ККС** – Консультативный комитет по классификации и статистике

**Двойное или переходное кодирование** – сбор и сопоставление одинаковых данных о смертности и заболеваемости, кодированных с использованием двух (или более) версий МКБ

**МКБ-10** – Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра

**МКБ-11** – Международная классификация болезней 11-го пересмотра

**МКБ-11 ССЗ** – МКБ-11 для статистики смертности и заболеваемости

**Браузер МКБ** – интернет-приложение, предназначенное для поиска в МКБ-11

**Инструмент кодирования МКБ** – интернет-приложение, предназначенное для поиска категорий в МКБ

**Базовый компонент МКБ** – собрание всех наименований в МКБ

**МКФ** – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

**МКМУ** – Международная классификация медицинских услуг

**Внедрение** – ввод в действие МКБ-11 в качестве основной системы сбора данных ССЗ

**Страны, использующие системы предыдущих поколений** – страны, использующие системы сбора данных в соответствии с ранее созданными версиями МКБ

**МЬRG** – Справочная группа по заболеваемости

**ССЗ** – статистика смертности и заболеваемости

**Данные о заболеваемости** – данные о болезни, патологическом состоянии, травме или инвалидности

**Данные о смертности** – данные в разбивке по возрасту, полу и причине смерти, ежегодно сообщаемые государствами-членами в соответствии со сведениями, хранящимися в их системах регистрации актов гражданского состояния

**MRG** – Справочная группа по смертности

**НМКК** – Научно-медицинский консультативный комитет

**Переход** – этап подготовки перехода от существующей системы МКБ к более современной пересмотренной системе и ее внедрения, включающий всю соответствующую необходимую деятельность

**Актуализация** – изменение содержания или структуры в течение срока применения МКБ определенного пересмотра (например, МКБ-10)

**URI** – унифицированный идентификатор ресурса

**WHO-FIC** – Система международных классификаций ВОЗ в области здравоохранения