Journal of Health Development
e2663-1776

Аналитическая справка для формирования политики в области здравоохранения

Перспективы внедрения Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) в системе здравоохранения Республики Казахстан

Кулкаева Г.У. [1], Шайхиев С.С. [2], Исмаилов Р.С. [3], Сатанова Ж.М. [4], Исаев Ж.Т. [5], Куанышбеков А.А. [6]*

Received: January 14, 2026
Revised: February 03, 2026
Accepted: February 11, 2026
Published: February 28, 2026

Citation: Gulnara Kulkayeva, Sain Shaikhiyev, Rashid Ismailov, Zhanat Satanova, Zhanibek Issayev, Alizhan Kuanyshbekov. Perspektivy vnedreniia Mezhdunarodnoi klassifikatsii boleznei 11-go peresmotra (MKB-11) v sisteme zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan (Prospects for the Implementation of the International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) in the Healthcare System of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. J Health Dev. 2026, 61 (1), jhd058. https://doi.org/10.32921/2663-1776-2025-61-1-jhd058

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

[1] Председатель Правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz
[2] Заместитель Председателя Правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: s.shaikhiyev@nrchd.kz
[3] Директор департамента стандартов электронного здравоохранения, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: r.ismailov@nrchd.kz
[4] Руководитель отдела методического обеспечения цифровизации здравоохранения, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: zh.satanova@nrchd.kz
[5] Главный специалист Управления методологического сопровождения цифровизации здравоохранения департамента стандартов электронного здравоохранения, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: zh.issayev@nrchd.kz
[6] Ведущий специалист, Управления методологического сопровождения цифровизации здравоохранения департамента стандартов электронного здравоохранения, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: a.kuanyshbekov@nrchd.kz

*** Корреспондирующий автор:** a.kuanyshbekov@nrchd.kz

Резюме / Ключевые положения

Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) является современным международным стандартом учета заболеваний, причин смерти и состояний, связанных со здоровьем, и играет важную роль в развитии систем здравоохранения. Внедрение МКБ-11 в Казахстане зависит от наличия устойчивой нормативной базы, уровня цифровизации медицинских информационных систем (МИС) и готовности работать с большими объемами структурированных медицинских данных, включая электронный паспорт здоровья (ЭПЗ), клиническую и статистическую информацию.

Данная аналитическая справка предназначена для лиц, принимающих управленческие решения в сфере здравоохранения, а также для специалистов в области медицинской статистики и цифровизации. Ее цель – содействовать научно обоснованному внедрению МКБ-11 и повышению качества медицинских данных в национальной системе здравоохранения.

В чем заключается проблема?

Основные сложности внедрения МКБ-11 связаны не с самой концепцией классификации, признанной Всемирной организацией здравоохранения современным инструментом, а с практическими трудностями перехода. МКБ-11 содержит около 55 000 кодов, тогда как МКБ-10 — около 14 000, и имеет более сложную цифровую многоуровневую структуру. Это требует адаптации

существующих медицинских информационных систем, разработки таблиц сопоставления кодов и модернизации цифровой инфраструктуры, включая систему e-Densaulyq.
Дополнительные сложности связаны с нехваткой подготовленных кадров. Переход потребует обучения значительного числа медицинских работников и подготовки специалистов по медицинскому кодированию. Существенную роль играют и финансовые факторы — модернизация информационной системы, обучение персонала и проведение пилотных проектов потребуют дополнительных ресурсов. Также внедрение осложняется региональными и языковыми особенностями: различиями в уровне цифровизации между крупными городами и сельскими регионами, а также необходимостью обеспечения корректной работы с казахской и русской версиями классификации.
Варианты политики
Вариант 1. Быстрое внедрение (до 2029 года). Предусматривает переход в течение трех лет с опорой на цифровую платформу e-Densaulyq. В 2026–2027 гг. планируется обновление информационных систем и запуск пилотных проектов в крупных городах (Астана, Алматы, Шымкент). В 2028 г. проводится масштабное обучение врачей и медицинских кодеров. В 2029 г. предполагается завершение внедрения в пилотных регионах и подготовка к масштабированию.
Вариант 2. Поэтапное внедрение (до 2031 года). Включает адаптацию информационных систем, перевод и валидацию казахской версии МКБ-11, сопоставление кодов МКБ-10 и МКБ-11, обучение специалистов и проведение пилотных проектов в нескольких регионах с последующим постепенным масштабированием
Вариант 3. Отложенное внедрение (после 2032 года). Предусматривает мониторинг международного опыта внедрения МКБ-11, стабилизацию существующих систем МКБ-10 и постепенную подготовку инфраструктуры к будущему переходу.
Видение по реализации вариантов политики
Предложенные подходы позволяют комплексно учитывать нормативно-правовые, технические, организационные, финансовые и кадровые аспекты внедрения. Их реализация обеспечит поэтапный и управляемый переход на МКБ-11 с минимальными рисками для системы здравоохранения.

Ключевые слова: МКБ-11, международные стандарты, цифровизация здравоохранения, медицинская статистика, структурированные медицинские данные, управление качеством кодирования.

1. Введение

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) представляет собой глобальный норматив для систематизации медицинской информации. Она служит основой для сбора данных, заполнения клинической документации и ведения статистики в здравоохранении. МКБ применяется в эпидемиологических исследованиях, управлении отраслью, планировании медицинских услуг, распределении финансирования, оценке качества и безопасности, а также в других сферах [1].

Актуальность внедрения МКБ-11 обусловлена тем, что переход на новую классификацию выходит за рамки простого обновления кодов и требует системных изменений в нормативно-правовом регулировании, архитектуре медицинских информационных систем, процессах медицинского кодирования и подготовке кадров. Международный опыт показывает, что без продуманной стратегии внедрения страны сталкиваются с техническими и организационными трудностями, включая сложность адаптации существующих информационных систем, устаревшую инфраструктуру, проблемы с качеством и дублированием данных в процессе перехода, а также нехватку обученного персонала и документации для МКБ-11 [2].

2. Описание проблемы

Анализ международного опыта

По состоянию на декабрь 2025 года ни одна страна мира, включая регион Центральной Азии и СНГ, не перешла полностью на МКБ-11 в обязательном национальном масштабе для всей системы здравоохранения. Всемирная организация

здравоохранения (ВОЗ) отмечает, что из 132 стран на разных стадиях внедрения только 14 собирают или отчитываются данными по МКБ-11 в отдельных реестрах или пилотах, но без 100% покрытия.

США. В США переход на МКБ-11 рассматривается как внедрение многомерной модели медицинских данных, основанной на механизмах кластеризации и посткоординации, что обеспечивает более детализированное отражение этиологии, клинических характеристик и степени тяжести заболеваний без необходимости создания национальных модификаций [3]. Ключевым элементом стратегии выступает интеграция МКБ-11 со стандартом SNOMED CT (на англ: Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms) и протоколами интероперабельного обмена медицинскими данными, формирующими технологическую основу для автоматизации клинического кодирования и последующего внедрения решений на основе искусственного интеллекта. Вместе с тем реализация перехода сопровождается существенными вызовами, обусловленными ограниченной сопоставимостью кодов МКБ-10 и МКБ-11, что создает потенциальные риски для устойчивости систем возмещения медицинских затрат, сохранения статистической преемственности и проведения лонгитюдных исследований [4]. В целях минимизации указанных рисков Национальный комитет по медицинской статистике (на англ: National Committee on Vital and Health Statistics) инициировал формирование централизованного механизма управления переходом, охватывающего вопросы нормативного регулирования, защиты данных и лицензирования [5].

Великобритания. В Великобритании переход на МКБ-11 использует поэтапный подход подготовки и тестирования, при этом официальным стандартом для кодирования заболеваемости и причин смерти в настоящее время остается МКБ-10, а полный переход не ожидается ранее 2026 года в рамках планов Национальной службы здравоохранения (на англ: National Health Service (NHS)) и связанных информационных систем здравоохранения в Англии — это отражено в документах по подготовке внедрения, где указывается, что МКБ-11 официально вступила в силу с января 2022 г., но ее обязательное применение в NHS еще не установлено и требует разработки детального плана внедрения и согласования с ключевыми стейкхолдерами и цифровыми платформами здравоохранения [6]. В отдельных частях Соединенного Королевства, например в Шотландии, уже приняты целевые меры по использованию МКБ-11 для некоторых областей клинической практики: с 1 ноября 2022 г. Секция психических, поведенческих и нейроразвитийных расстройств МКБ-11 применяется в системе психиатрической помощи, что иллюстрирует поэтапный и дифференцированный подход к пилотному внедрению новой классификации в рамках Национальной службы здравоохранения Шотландия (на англ: NHS Scotland) [7].

Российская Федерация. В Российской Федерации (РФ) перспективы внедрения МКБ-11 были предметом рассмотрения на государственном уровне в 2021 году, когда Правительством РФ был утвержден официальный план мероприятий по переходу на МКБ-11 на 2021–2024 годы. Документ предусматривал перевод и методологическую адаптацию классификации, модернизацию медицинских информационных систем, интеграцию с Единой государственной информационной системой здравоохранения (ЕГИСЗ), а также подготовку кадров в области медицинского кодирования [8]. Однако практическая реализация столкнулась с нормативными, организационными и общественно-политическими барьерами. В 2024 году действие плана было приостановлено решением Правительства РФ на фоне широкой общественной дискуссии и заявлений о несоответствии отдельных положений МКБ-11 национальным социокультурным и правовым установкам, что привело к сохранению МКБ-10 в качестве действующего стандарта [9]. Дополнительным сдерживающим фактором стала позиция экспертного сообщества, указывающего на высокий риск нарушения сопоставимости многолетних статистических рядов заболеваемости и смертности при ускоренном переходе на МКБ-11 без развернутого переходного периода и валидированных механизмов маппинга [10].

Франция. Во Франции координация внедрения МКБ-11 осуществляется при участии Агентства технической информации по госпитализации во взаимодействии с профильными структурами, вовлеченными в деятельность Семейства международных классификаций Всемирной организации здравоохранения (на англ: World Health Organization Family of International Classifications, WHO-FIC). Эти институты обеспечивают перевод классификации, ее методологическую адаптацию и оценку готовности

медицинских информационных систем. Французская модель ориентируется на поэтапное пилотное внедрение МКБ-11 в стационарной помощи и системе медицинской статистики с одновременным тестированием сопоставимости данных МКБ-10 и МКБ-11, что позволяет снизить риски для национальных регистров и механизмов финансирования здравоохранения. Особый акцент делается на подготовке специалистов по медицинскому кодированию и интеграции МКБ-11 в существующие цифровые платформы без немедленного отказа от действующих классификаторов. Кроме того, Франция активно использует механизмы международного взаимодействия в рамках сети WHO-FIC, обеспечивая согласованность национальных решений с общеевропейскими и глобальными стандартами классификации заболеваний [4,11,12].

Китай. Вклад Китая во внедрение МКБ-11 проявляется через стратегическое сотрудничество с ВОЗ, масштабную цифровую интеграцию и практическую апробацию классификации на национальном уровне. Китай впервые стандартизировал и внедрил модуль традиционной медицины (Глава 26, МКБ-11), интегрируя его в международный стандарт для статистики и клинических исследований. В рамках национальных пилотных проектов более 58 крупных больниц успешно интегрировали МКБ-11 в свои информационные системы (ИС), обеспечив точность кодирования более 92 %. Китай также демонстрирует лидерство в психиатрии через Шанхайский центр психического здоровья (на англ: Shanghai Mental Health Center), участвующий в разработке клинических описаний и диагностических рекомендаций. Широкое применение цифровых инструментов и программных интерфейсов приложений для автоматизированного маппинга и контроля качества данных позволяет минимизировать ошибки при переходе с предыдущих версий, а опыт страны активно транслируется международным партнерам, создавая передовые практики внедрения МКБ-11 [13-15].

Дания. Лидерство Дании во внедрении МКБ-11 обусловлено сочетанием централизованного управления, развитой цифровой инфраструктуры и активного участия в международных проектах: Датское управление данных здравоохранения координирует весь процесс, включая перевод терминологии, адаптацию и интеграцию в национальные реестры. В рамках Национального проекта «Modnings projekt» проводится оценка готовности ИС, разрабатываются инструменты автоматизированного сопоставления существующих классификаций с МКБ-11, а пилотные группы специалистов апробируют новые механизмы «посткоординации». Дания также активно участвовала в полевых испытаниях ВОЗ, что позволило на раннем этапе выявить сложности маппинга и внедрить клинические инструменты, включая Международный опросник по травмам (на англ: International Trauma Questionnaire) для диагностики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и комплексного ПТСР. Широкая интеграция с электронными медицинскими записями и стандартом SNOMED CT обеспечивает высокую автоматизацию кодирования и точность отчетности, создавая основу для эффективного использования классификации в клинической практике и эпиднадзоре [16-19].

Сингапур. Опыт Сингапура во внедрении МКБ-11 основан на глубокой интеграции классификации в национальную цифровую экосистему здравоохранения и обеспечении полного охвата медицинских данных через Национальную электронную медицинскую запись (англ.: National Electronic Health Record (NEHR)). МКБ-11 встроена в архитектуру электронных медицинских карт с использованием международных стандартов интероперабельности (FHIR, DICOM) и официальных программных интерфейсов приложений, что позволяет применять механизмы посткоординации и кластеризации в реальном времени. Законодательно закрепленная обязанность медицинских организаций передавать данные в NEHR формирует единое информационное пространство для клинической помощи, эпиднадзора и аналитики. Дополнительным преимуществом выступают регуляторные «песочницы» для ИИ-решений в медицине и национальная система киберсертификации медицинских устройств, обеспечивающие безопасное внедрение автоматизированного кодирования и высокий уровень доверия к данным при использовании МКБ-11 [20-23].

3. Анализ текущего состояния в Республике Казахстан

Республика Казахстан находится на начальной стадии системного перехода на МКБ-11. Утвержденная Дорожная карта на 2024–2028 годы свидетельствует о наличии стратегического планирования, реализация в настоящий момент затрагивает подготовительные мероприятия [24].

За прошедшие 2 года получены следующие результаты:

- завершен перевод всех 28 классов на казахский язык с верификацией и публикацией на платформе ВОЗ, что создает языковую основу для внедрения [25];

- создана Межведомственная рабочая группа для обеспечения координации между Министерством здравоохранения РК, подведомственными медицинскими организациями и ВУЗами;

- адаптированы первые 20 клинических протоколов и выполнено сопоставление МКБ-9/10 с МКБ-11 — заложена методическая база;

- обучены 20 специалистов ВОЗ-тренерами, разработаны методические рекомендации.

Текущее положение:

Работа выполнена на ~20% от плана Дорожной карты. Основной прогресс достигнут на этапе подготовки (перевод, методология). Наступает период практического внедрения. Предстоят масштабные ресурсно-затратные мероприятия, в том числе:

-организация проведения пилотных проектов в отдельных регионах;

-подготовка медицинских информационных систем к модификации;

-планирование массового обучения медицинского и немедицинского персонала работе с МКБ-11;

-продолжить реформирование и совершенствование нормативно-правовой базы.

Вывод: Наличие утвержденного плана и подготовительных работ создает благоприятные предпосылки, но для успешного перехода требуется переход от подготовительного этапа к практическим испытаниям и масштабированию.

4. Факторы, лежащие в основе проблемы

1. *Нормативно-правовые факторы*

Утвержден План мероприятий по переходу на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, одиннадцатого пересмотра на территории Республики Казахстан, однако для эффективного осуществления необходимо дальнейшая разработка и внедрение других нормативных документов (инструкций, положений, методических рекомендаций, требований и др.).

2. *Технические факторы*

Необходимость адаптации ИС к значительно расширенной структуре кодов и новым методам их комбинирования.

3. *Менеджмент факторы*

Необходимость построения системы координации между государственным органом, подведомственными организациями, управлениями здравоохранения городов и областей, задействованных в пилотных проектах с дальнейшим масштабированием по Республике Казахстан.

4. *Кадровые факторы*

Необходимость подготовки большого числа специалистов к работе с новой системой кодирования.

5. Пути решения проблемы

Вариант 1. «Быстрое внедрение» (2029 год)

Этот подход предполагает ускоренное утверждение МКБ-11 в качестве национального стандарта и одновременное внедрение во всех медицинских организациях страны. Включает масштабную модернизацию информационных систем, параллельное обучение и сертификацию кадров, а также активное использование цифровых инструментов для автоматизации кодирования. Преимущество — быстрое получение национальной статистики и унификация данных, однако риск ошибок и перегрузки систем выше из-за ограниченного времени на подготовку.

Вариант 2. «Поэтапное внедрение» (к 2031 году)

Предполагает постепенный переход с МКБ-10 на МКБ-11 через пилотные проекты, поэтапную интеграцию в информационные системы и параллельное обучение специалистов. На каждом

этапе проводится оценка совместимости данных и корректировка процессов финансирования и отчетности. Преимущество — снижение рисков ошибок и перегрузки систем, возможность адаптации методических рекомендаций и цифровых инструментов в ходе внедрения.

Вариант 3. «Отложенное внедрение» (2032 +)

Предполагает длительный подготовительный период для доработки нормативно-правовой базы, цифровой инфраструктуры и подготовки кадров. Используются результаты международных практик и пилотных проектов других стран для минимизации рисков при внедрении. Преимущество — высокая стабильность и согласованность с национальными стандартами, однако срок получения единой статистики и преимуществ МКБ-11 откладывается на длительное время.

6. Видение по реализации трех вариантов политики

Для эффективного внедрения МКБ-11 в Республике Казахстан требуется поэтапное и комплексное использование трех стратегических подходов. Эти варианты политики взаимосвязаны и формируют логическую последовательность, при которой каждый последующий этап опирается на опыт и результаты предыдущего.

Вариант 1 позволяет оперативно получить единые национальные статистические данные и унифицировать процессы кодирования по всей стране. Вариант 2 способствует постепенному накоплению практического опыта, снижению вероятности ошибок и подготовке инфраструктуры для последующего масштабного внедрения классификации. Вариант 3 обеспечивает максимальную стабильность и согласованность реализации, однако получение единой статистики и всех преимуществ МКБ-11 откладывается на более длительный срок.

7. Потенциальные барьеры

Потенциальные барьеры для варианта политики 1:

1) масштабная модернизация ИС и Электронного паспорта здоровья требует тщательной координации сроков — возможны задержки, которые скажутся на точности кодирования и отчетности;

2) обучение и сертификация специалистов по работе с МКБ-11, включая освоение кластеризации кодов, потребует значительных усилий, чтобы все успели подготовиться в сжатые сроки;

3) ускоренный переход может создать дополнительную нагрузку на процессы финансирования, клинико-статистические группы и систему возмещения затрат, а также вызвать естественное неприятие резких изменений среди медицинских организаций и специалистов.

Потенциальные барьеры для варианта политики 2:

1) использование параллельного периода с МКБ-10 замедляет формирование единой национальной статистики;

2) разные регионы и учреждения могут иметь различный уровень цифровой готовности и кадровой подготовки;

3) часть организаций может адаптироваться быстрее, чем другие, что создает фрагментацию данных и временные несоответствия;

4) поэтапный подход требует регулярного мониторинга, что увеличивает административную нагрузку.

Потенциальные барьеры для варианта политики 3:

1) страны теряют возможность оперативного получения унифицированной статистики и применения новых аналитических инструментов;

2) задержка внедрения может привести к необходимости модернизировать уже обновленные цифровые системы, если международные стандарты МКБ-11 будут изменены;

3) страна может отставать в обмене данными и опыте с другими государствами, активно использующими МКБ-11;

4) длительное ожидание может ослабить заинтересованность кадров в подготовке и освоении новой классификации.

https://doi.org/10.32921/2663-1776-2026-61-1-jhd058

8. Потенциальные возможности

Потенциальные возможности для внедрения варианта политики 1:

1) Ускоренный сценарий перехода на МКБ-11 открывает стратегические возможности для интеграции с отчетностью ВОЗ;

2) Подготовка к переходу на МКБ-11 уже активно ведется — выполнен и верифицирован перевод всех 28 классов на казахский язык, что создает твердую основу для быстрого старта;

3) Формирование единой национальной медицинской статистики в кратчайшие сроки, что повышает сопоставимость данных на международном уровне и усиливает позиции страны в глобальных эпидемиологических исследованиях;

4) Быстрое внедрение кластерного кодирования, позволяющее более точно отражать тяжесть, этиологию и клинические характеристики заболеваний;

5) Создание базы для внедрения ИИ-решений в автоматизированном клиническом кодировании и аналитике.

Потенциальные возможности для внедрения варианта политики 2:

1) Снижение рисков системных ошибок за счет параллельного использования МКБ-10 и МКБ-11 и тестирования сопоставимости данных;

2) Накопление национального экспертного опыта через пилотные проекты и центры компетенций;

3) Гибкая адаптация нормативной базы с учетом результатов пилотных проектов и обратной связи от пользователей - врачей, методологов, статистиков;

4) Постепенная подготовка кадров, включая обучение тренеров, аналитиков и специалистов по интероперабельности.

Потенциальные возможности для внедрения варианта политики 3:

1) Сохранение МКБ-10 высвобождает значительные ресурсы здравоохранения для приоритетных направлений цифровизации, позволяя сосредоточиться на устранении кадрового дефицита и стабилизации системы без отвлечения на срочную трансформацию классификатора;

2) Максимальное снижение социальных и институциональных рисков за счет опоры на уже устоявшиеся международные практики;

3) Использование зрелых технологических решений, включая готовые API-интерфейсы МКБ-11 и инструменты автоматического маппинга;

4) Стабильная интеграция с международными стандартами интероперабельности (FHIR, SNOMED CT) без повторных доработок;

5) Формирование устойчивой системы управления данными, ориентированной на долгосрочные исследования и прогнозирование.

9. Заключение

Переход Казахстана на МКБ-11 сопряжен с рядом системных трудностей: это и технические сложности, связанные с четырехкратным усложнением системы кодирования, и нехватка квалифицированных кадров, и финансовые затраты. Дополнительными барьерами выступают различия в готовности регионов и отсутствие необходимых нормативных документов, несмотря на наличие полного перевода классификации на казахский язык, подготовленного в 2025 году.

Анализ зарубежной практики (где, по данным ВОЗ, Франция и Дания являются лидерами внедрения, а Россия временно приостановила процесс) подтверждает, что наиболее эффективной стратегией является постепенный, поэтапный переход с запуском пилотных проектов и привлечением экспертной поддержки ВОЗ.

Краткий обзор возможных стратегий перехода:

- Вариант 1 (Ускоренный, к 2029 г.): Акцент на интеграции с цифровой платформой «e-Densaulyq». Преимущество — быстрое достижение международной совместимости данных. Недостаток — высокие риски операционных сбоев из-за сжатых сроков.
- Вариант 2 (Поэтапный, к 2031 г.): Стратегия, направленная на минимизацию рисков через апробацию в 3-5 пилотных регионах. Это позволяет наработать внутреннюю экспертизу и адаптировать процессы.
- Вариант 3 (Отложенный, после 2032 г.): Консервативный подход, позволяющий сэкономить ресурсы и учесть мировой опыт. Однако он чреват отставанием в качестве медицинской статистики и эпидемиологических данных.

https://doi.org/10.32921/2663-1776-2026-61-1-jhd058

Синергия и комбинированная стратегия:

Представленные сценарии не исключают, а дополняют друг друга. В связи с этим оптимальным видится гибридный подход, который объединяет элементы всех вариантов:

1. На начальном этапе (до 2027 г.) — полностью реализовать подготовительные меры по Варианту 3: мониторинг мирового опыта и обучение необходимого количества специалистов-тренеров.
2. Затем (в 2028-2029 г.г.) — запустить пилотные проекты в ключевых регионах (Астана/Алматы) по модели Варианта 2.
3. При успешной апробации пилотных проектов — перейти к ускоренному масштабированию на всю страну (к 2032 г.) по принципам Варианта 1.

Такой путь позволяет совместить рациональное использование ресурсов с управлением рисками, используя существующую Дорожную карту перехода на МКБ-11 в качестве фундамента.

Ключевые рекомендации:

1. Проводить мероприятия согласно принятой Дорожной карты перехода на МКБ-11 при координации Министерства здравоохранения РК и других заинтересованных медицинских организаций;
2. Партнерство с ВОЗ для получения таблиц соответствия кодов (картирования) и потенциальной грантовой поддержки.
3. Внедрение начинать в регионах с развитой цифровой инфраструктурой для последующего масштабирования успешного опыта.

Данный гибридный подход позволит Казахстану занять лидирующую позицию в Центральной Азии в области медицинской статистики, повысить качество эпидемиологического надзора и эффективность системы ОСМС, избежав при этом серьезных системных нарушений.

Конфликт интересов. Авторы заявляют, что у них нет профессиональных или коммерческих интересов, имеющих отношение к данной аналитической справке.

Финансирование. Нет.

Вклад авторов. Концептуализация – К.Г.У., Ш.С.С., И.Р.С.; методология – И.Ж.Т.; формальный анализ – С.Ж.М.; подготовка оригинального черновика – К.А.А.; рецензирование и редактирование – К.Г.У. Все авторы прочитали, одобрили окончательную версию рукописи и согласились нести ответственность за все аспекты работы. Данная аналитическая справка утверждена решением экспертного совета ННЦРЗ.

Декларация об использовании ИИ. При подготовке данной аналитической справки авторы использовали инструмент на базе ИИ Elicit. Это позволило обработать массив из 57 публикаций, выявить ключевые тематические кластеры и извлечь данные по опыту зарубежного опыта. Полученные результаты были верифицированы исследователями вручную для исключения фактических ошибок.

Литература

1. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) Factsheet [in Russian]. Website. [Cited 05 Jan 2026]. Available from URL: https://icd.who.int/ru/docs/icd11factsheet_ru.pdf

2. Ooi, E. C. W., Isa, Z. M., Manaf, M. R. A., Fuad, A. S. A., Sidek, H. F., Ahmad, A., Mustapa, M. N., Kharie, M. F., Shith, S. A., & Marzuki, N. M. (2025). Facilitators and challenges to ICD-11 implementation: a qualitative study using the consolidated framework for implementation science. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *25*(1), 314. https://doi.org/10.1186/s12911-025-03157-7

3. Feinstein, J. A., Gill, P. J., & Anderson, B. R. (2023). Preparing for the International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) in the US health care system. *JAMA Health Forum*, *4*(7), e232253. https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2023.2253

4. Boussat, B., Jakob, R., Boyer, L., & Romano, P. S. (2025). Strategic pathways to International Classification of Diseases, 11th Revision, adoption in France and the United States. *Health Affairs Scholar*, *3*(7), qxaf099. https://doi.org/10.1093/haschl/qxaf099

5. National Committee on Vital and Health Statistics (NCVHS). Website. [Cited 05 Jan 2026]. Available from URL: https://ncvhs.hhs.gov/wp-content/uploads/2024/05/NCVHS-ICD-11-Recommendation-Letter-for-website_508.pdf

6. Coded variables in NHS England datasets — UK LLC Dataset Documentation. Guidebook. [Cited 08 Jan 2026]. Available from URL: https://guidebook.ukllc.ac.uk/docs/linked_health_data/nhs_england/coding/coding_intro?utm_source

7. Mental health: implementing the International Classification of Diseases 11th edition. Website. [Cited 08 Jan 2026]. Available from URL: https://www.gov.scot/publications/mental-health-implementing-the-international-classification-of-diseases-11th-edition/?utm_source

8. Rasporyazhenie Pravitel'stva Rossiyskoy Federatsii ot 15 oktyabrya 2021 g. № 2900-r «Ob utverzhdenii plana meropriyatiy po vnedreniyu Mezhdunarodnoy statisticheskoy klassifikatsii bolezni i problem, svyazannykh so zdorov'em, odinnadtsatogo peresmotra (MKB-11) na territorii Rossiyskoy Federatsii na 2021–2024 gody» (Decree of the Government of the Russian Federation of 15.10.2021 No. 2900 (amended on 31.01.2024) <On the approval of the plan of measures for the implementation of the International Statistical Classification of Diseases and Health-related Problems, eleventh revision (ICD - 11) in the territory of the Russian Federation in 2021 - 2024>) [in Russian]. Website. [Cited 06 Jan 2026]. Available from URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_398603/

9. Rasporyazhenie Pravitel'stva Rossiyskoy Federatsii ot 31 janvarja 2024 g. № 200-r «O priostanovke plana meropriyatiy po vnedreniyu Mezhdunarodnoy statisticheskoy klassifikatsii bolezni i problem, svyazannykh so zdorov'em, odinnadtsatogo peresmotra (MKB-11) na territorii Rossiyskoy Federatsii na 2021–2024 gody» (Resolution of the Government of the Russian Federation dated 31.01.2024 No. 200-p <On the suspension of the plan of measures for the implementation of the International Statistical Classification of Diseases and Problems Related to Health, Eleventh Revision (ICD-11)>) [in Russian]. Website. [Cited 6 Jan 2026]. Available from URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_468644/

10. Starodubov, V. I., Kobjakova, O. S., Deev, I. A., Mirgorodskaja, O. V., & Polikarpov, A. V. (2023). Otechestvennyj i zarubezhnyj opyt vnedrenija MKB-11: problemy i vozmozhnye reshenija (Domestic and foreign experience of the ICD-11 implementation: problems and possible solutions) [in Russian]. Profilakticheskaja medicina, 26(7), 21-9. https://doi.org/10.17116/profmed20232607121

11. International Classification of Diseases (ICD). Website. [Cited 05 Jan 2026]. Available from URL: https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases

12. WHO - Family of international classifications network annual meeting, 2024. Website. [Cited 6 Jan 2026]. Available from URL: https://www.who.int/news-room/events/detail/2025/10/13/default-calendar/who-fic-network-annual-meeting-2025

13. Long, J., Zhong, N., Huang, J., Reed, G. M., Wang, Z., Xu, Y., & Zhao, M. (2024). Implementation of the ICD-11 CDDR in China. *World Psychiatry*, *23*(3), 448–449. https://doi.org/10.1002/wps.21251

14. Zhang, M., Wang, Y., Jakob, R., Su, S., Bai, X., Jing, X., Xue, X., Liao, A., Li, N., & Wang, Y. (2024). Methodologies and key considerations for implementing the International Classification of Diseases-11th revision morbidity coding: insights from a national pilot study in China. *Journal of the American Medical Informatics Association*, *31*(5), 1084–1092. https://doi.org/10.1093/jamia/ocae031

15. Reddy, B., & Fan, A. Y. (2021). Incorporation of complementary and traditional medicine in ICD-11. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *21*(S6), 381. https://doi.org/10.1186/s12911-022-01913-7

16. Sundhedsdata Styrelsen. ICD-11: Status og implementering i Danmark. Website. [Cited 08 Jan 2026]. Available from URL: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/indberetning/icd-11

17. ICD-11 modningsprojekt. Report. [Cited 08 Jan 2026]. Available from URL: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/media/15168/ICD11_modningsprojekt.pdf

18. Vang, M. L., Dokkedahl, S. B., Løkkegaard, S. S., Jakobsen, A. V., Møller, L., Auning-Hansen, M. A., & Elklit, A. (2021). Validation of ICD-11 PTSD and DSO using the International Trauma Questionnaire in five clinical samples recruited in Denmark. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1894806. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1894806

19. Karsberg, S., Elklit, A., Pedersen, M. M., Pedersen, M. U., & Vang, M. L. (2024). A nationally representative survey of ICD-11 PTSD among Danish adolescents and young adults aged 15–29. *Scandinavian Journal of Psychology*, *65*(5), 893–900. https://doi.org/10.1111/sjop.13032

20. *NEHR*. Website. [Cited 08 Jan 2026]. Available from URL: https://www.synapxe.sg/healthtech/national-programmes/national-electronic-health-record-nehr

21. All private hospitals in Singapore to connect to national EMR. Website. [Cited 08 Jan 2026]. Available from URL: https://www.healthcareitnews.com/news/asia/all-private-hospitals-singapore-connect-national-emr?utm_source

22. Singapore introduces landmark health information Bill. Website. [Cited 08 Jan 2026]. Available from URL: https://www.jdsupra.com/legalnews/singapore-introduces-landmark-health-8416484/?utm_source

23. Cifrovizacija mediciny: Kazahstan sozdast edinuju jekosistemu k 2026 godu (Digitization of medicine: Kazakhstan will create a unified ecosystem by 2026) [in Russian]. Website. [Cited 08 Jan 2026]. Available from URL: https://www.inform.kz/ru/tsifrovizatsiya-meditsini-kazahstan-sozdast-edinuyu-ekosistemu-k2026-godu-4c22e7

24. Международная классификация болезней 11-го пересмотра впервые представлена на казахском языке (The 11th revision of the International Classification of Diseases is presented for the first time in the Kazakh language) [in Russian]. Website. [Cited 9 Jan 2026]. Available from URL: https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm/press/news/details/938338?lang=ru

25. V Kazahstane sohranjaetsja deficit medicinskih kadrov: ne hvataet pochti 8,5 tys. specialistov (There is a shortage of medical personnel in Kazakhstan: there are not enough of almost 8,500 specialists) [in Russian]. Website. [Cited 8 Jan 2026]. Available from URL: https://pharmreviews.kz/novosti/novosti-kazahstana/v-kazakhstane-sokhranyaetsya-defitsit-meditsinskikh-kadrov-ne-khvataet-pochti-8-5-tys-spetsialistov

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау жүйесінде 11-ші қайта қарау ауруларының халықаралық жіктемесін (АХЖ-11) енгізу перспективалары

Кулкаева Г.У. [1], Шайхиев С.С. [2], Исмаилов Р.С. [3], Сатанова Ж.М. [4], Исаев Ж.Т. [5], Куанышбеков А.А. [6]*

[1] Басқарма төрайымы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz

[2] Басқарма төрайымының орынбасары, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: s.shaikhiyev@nrchd.kz

[3] Электрондық денсаулық сақтауды дамыту департаментінің директоры, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: r.ismailov@nrchd.kz

[4] Денсаулық сақтауды цифрландыруды әдістемелік қолдау бөлімінің басшысы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: zh.satanova@nrchd.kz

[5] Электрондық денсаулық сақтау стандарттары департаментінің денсаулық сақтауды цифрландыруды әдіснамалық сүйемелдеу басқармасының бас маманы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: zh.issayev@nrchd.kz

[6] Электрондық денсаулық сақтау стандарттары департаментінің денсаулық сақтауды цифрландыруды әдіснамалық сүйемелдеу басқармасының жетекші маманы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: a.kuanyshbekov@nrchd.kz

Түйіндеме/Түйінді ойлар

11-ші қайта қаралымдағы Аурулардың халықаралық жіктеушісі (АХЖ-11) ауруларды, өлім-жітім себептерін және денсаулыққа байланысты жағдайларды есепке алудың заманауи халықаралық стандарты болып табылады және денсаулық сақтау жүйелерін дамытуда маңызды рөл атқарады. Қазақстанда АХЖ-11-ді енгізу тұрақты нормативтік базаның болуына, медициналық ақпараттық жүйелердің (МАЖ) цифрландыру деңгейіне және электрондық денсаулық паспортын (ЭДП), клиникалық және статистикалық ақпаратты қоса алғанда, үлкен көлемдегі құрылымдалған медициналық деректермен жұмыс істеу дайындығына байланысты.

Аталған аналитикалық анықтама денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешімдер қабылдайтын тұлғаларға, сондай-ақ медициналық статистика және цифрландыру саласындағы мамандарға арналған. Оның мақсаты – АХЖ-11-ді ғылыми негізделген түрде енгізуге және ұлттық денсаулық сақтау жүйесіндегі медициналық деректердің сапасын арттыруға жәрдемдесу.

Мәселе неде?

АХЖ-11-ді енгізудегі негізгі қиындықтар ДДСҰ заманауи құрал ретінде таныған классификация концепциясына емес, ауысу кезеңіндегі практикалық кедергілерге байланысты. АХЖ-11-де 55 000-ға жуық код бар (АХЖ-10-да шамамен 14 000 болған) және оның цифрлық көпдеңгейлі құрылымы күрделірек. Бұл қолданыстағы медициналық ақпараттық жүйелерді бейімдеуді, кодтарды сәйкестендіру кестелерін әзірлеуді және e-Densaulyq жүйесін қоса алғанда, цифрлық инфрақұрылымды жаңғыртуды талап етеді. Қосымша қиындықтар дайындалған кадрлардың тапшылығымен байланысты. Жаңа жүйеге көшу көптеген медицина қызметкерлерін оқытуды және медициналық кодтау бойынша мамандар даярлауды қажет етеді. Қаржылық факторлар да маңызды рөл атқарады: АЖ-ні жаңғырту, персоналды оқыту және пилоттық жобаларды өткізу қосымша ресурстарды талап етеді.

https://doi.org/10.32921/2663-1776-2026-61-1-jhd058

Сондай-ақ, енгізу процесі өңірлік және тілдік ерекшеліктерге байланысты күрделене түсуде: ірі қалалар мен ауылдық аймақтар арасындағы цифрландыру деңгейінің айырмашылығы, сондай-ақ классификацияның қазақ және орыс тілдеріндегі нұсқаларымен жұмыстың дұрыс жүргізілуін қамтамасыз ету қажеттілігі туындайды.

Саясат нұсқалары

1-нұсқа. Жылдам енгізу (2029 жылға дейін). e-Densaulyq цифрлық платформасына сүйене отырып, үш жыл ішінде толық көшуді қарастырады. 2026–2027 жылдары ақпараттық жүйелерді жаңарту және ірі қалаларда (Астана, Алматы, Шымкент) пилоттық жобаларды іске қосу жоспарлануда. 2028 жылы дәрігерлер мен медициналық кодерлерді ауқымды оқыту жүргізіледі. 2029 жылы пилоттық өңірлерде енгізуді аяқтау және ауқымды таратуға дайындық күтілуде.

2-нұсқа. Кезең-кезеңімен енгізу (2031 жылға дейін). Ақпараттық жүйелерді бейімдеуді, АХЖ-11-дің қазақша нұсқасын аударуды және валидациялауды, АХЖ-10 және АХЖ-11 кодтарын сәйкестендіруді, мамандарды оқытуды және бірнеше өңірде пилоттық жобалар өткізіп, кейіннен біртіндеп бүкіл елге таратуды қамтиды.

3-нұсқа. Кейінге қалдырылған енгізу (2032 жылдан кейін). АХЖ-11-ді енгізу бойынша халықаралық тәжірибені бақылауды, қолданыстағы АХЖ-10 жүйелерін тұрақтандыруды және болашақ ауысуға инфрақұрылымды біртіндеп дайындауды қарастырады.

Саясат нұсқаларын іске асыру жөніндегі көзқарас

Ұсынылған тәсілдер енгізудің нормативтік-құқықтық, техникалық, ұйымдастырушылық, қаржылық және кадрлық аспектілерін кешенді түрде ескеруге мүмкіндік береді. Оларды іске асыру денсаулық сақтау жүйесі үшін барынша аз тәуекелдермен АХЖ-11-ге кезең-кезеңімен және басқарылатын көшуді қамтамасыз етеді.

Түйін сөздер: АХЖ-11, халықаралық стандарттар, денсаулық сақтауды цифрландыру, медициналық статистика, құрылымдалған медициналық деректер, кодтау сапасын басқару.

Prospects for the Implementation of the International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) in the Healthcare System of the Republic of Kazakhstan

Gulnara Kulkayeva [1], Sain Shaikhiyev [2], Rashid Ismailov [3], Zhanat Satanova [4], Zhanibek Issayev [5], Alizhan Kuanyshbekov [6*]

[1] Chairperson of the Board, Salidat Kairbekova National Scientific Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz

[2] Deputy Chairperson of the Board, Salidat Kairbekova National Scientific Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: s.shaikhiyev@nrchd.kz

[3] Director of the Department of Electronic Health Standards, Salidat Kairbekova National Scientific Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: r.ismailov@nrchd.kz

[4] Head of the Division for Methodological Support for Digitalization of Healthcare, Salidat Kairbekova National Scientific Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: zh.satanova@nrchd.kz

[5] Chief specialist of the Health Digitization Methodological Support Division, Electronic Health Standards Department, Salidat Kairbekova National Scientific Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: zh.issayev@nrchd.kz

[6] Leading specialist of the Health Digitization Methodological Support Division, Electronic Health Standards Department, Salidat Kairbekova National Scientific Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: a.kuanyshbekov@nrchd.kz

Abstract/Key messages

The International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) is a modern international standard for recording diseases, causes of death, and health-related conditions. Its implementation plays an important role in improving healthcare systems and strengthening health data management. In Kazakhstan, successful implementation of ICD-11 depends on the development of a stable regulatory framework, the level of digitalization of Medical Information Systems (MIS), and the capacity to process large volumes of structured medical data, including Electronic Health Records (EHR), clinical, and statistical information.

This analytical brief is intended for healthcare decision-makers, as well as specialists in medical statistics and digitalization. Its aim is to support evidence-based implementation of ICD-11 and improve the quality and comparability of health data within the national healthcare system.

What is the problem?

The main challenges of implementing ICD-11 are related not to the classification itself—recognized by the WHO as a modern and effective tool—but to the practical complexities of transition. ICD-11 includes around 55,000 codes, compared to approximately 14,000 codes in ICD-10, and has a digital, multi-layered structure. This requires modernization of existing information systems, development of code-mapping tools, and integration with digital platforms such as e-Densaulyq. Another key issue is the shortage of trained personnel. The transition will require training a large number of healthcare professionals and developing expertise in medical coding. Financial challenges are also significant, as system upgrades, training programs, and pilot projects will require

additional investment. Implementation is further complicated by regional disparities in digital infrastructure and the need to ensure proper functioning of both Kazakh and Russian language versions of the classification.

Policy options

Option 1: Rapid Implementation (by 2029). Transition within three years through modernization of information systems, pilot projects in major cities (Astana, Almaty, Shymkent), and large-scale training of medical personnel.

Option 2: Phased Implementation (by 2031). Gradual transition including system adaptation, translation and validation of the Kazakh ICD-11 version, code mapping between ICD-10 and ICD-11, pilot projects in several regions, and step-by-step national scaling.

Option 3: Deferred Implementation (after 2032). Monitoring international experience, maintaining current ICD-10 systems, and preparing infrastructure for a future transition.

Vision for implementing policy options

These approaches address regulatory, technical, organizational, financial, and workforce challenges and allow for a controlled and phased transition to ICD-11 with minimized risks to the healthcare system.

Keywords: ICD-11, international standards, healthcare digitalization, medical statistics, structured medical data, coding quality management.

https://doi.org/10.32921/2663-1776-2026-61-1-jhd058