منظمة الصحة العالمية

التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة الحادية عشرة

دليل التنفيذ

دليل لصانعي القرار والقائمين على التنفيذ على المستوى الوطني

النسخة 2.0 2026

التصنيفات والمصطلحات

إدارة البيانات والصحة الرقمية والتحليلات والذكاء الاصطناعي

icd.who.int

منظمة الصحة العالمية

الاقتباس المقترح

التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة الحادية عشرة: دليل التنفيذ. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2026. الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

حقوق النشر والترخيص

© منظمة الصحة العالمية 2026. بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنَّف متاح بموجب ترخيص المشاع الإبداعي "نسب المصنَّف – غير تجاري – المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية" (CC BY-NC-SA 3.0 IGO). وبموجب شروط هذا الترخيص، يجوز نسخ المصنَّف وإعادة توزيعه وتكييفه للأغراض غير التجارية، شريطة الاستشهاد بالمصنَّف على النحو الملائم.

نبذة عن هذه الوثيقة

تحلّ هذه الوثيقة محل دليل التنفيذ أو المرحلة الانتقالية الخاص بالمراجعة الحادية عشرة (النسخ 2019–2025.1، x). وهي تعكس تجربة البلدان التي نفّذت المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض منذ عام 2022، وتطوّر مشهد الصحة الرقمية، وتطوير مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية. وهي محايدة إزاء البلدان والأقاليم. ويحدّد كل بلد تسلسل تنفيذ المراجعة الحادية عشرة وفقاً لأولوياته.

أُعِدّ هذا الدليل لصانعي القرار على المستوى الوطني ولجهات الاتصال التي تقود التنفيذ. وتُتاح التفاصيل التقنية في الموقع icd.who.int وفي الدليل المرجعي ومن خلال شبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية.

جدول المحتويات

لماذا المراجعة الحادية عشرة الآن 1

A.1 باختصار 2
A.2 جوهر المراجعة الحادية عشرة 3
A.3 ما تمثّله المراجعة الحادية عشرة وما لا تمثّله 5
A.4 تصحيح أربعة مفاهيم خاطئة شائعة 5
A.5 المراجعة الحادية عشرة مدخلاً إلى مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية 7
A.6 المراجعة الحادية عشرة في مشهد الصحة الرقمية 7
A.7 مخاطر تأخير التحوّل وتكلفة الفرصة البديلة 8
A.8 الجدوى: ما أثبتته البلدان المبكّرة في اعتماد المراجعة الحادية عشرة 9
A.9 محتوى هذا الدليل 11

ما تقدّمه المراجعة الحادية عشرة 12

B.1 دليل القراءة 13
B.2 التوثيق السريري 13
B.3 الوفيات 14
B.4 المراضة 16
B.5 حالات الاستخدام التخصصية والشاملة لعدة مجالات 18
B.6 مسار تَجَمُّعات الحالات المستند إلى مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية 19
B.7 التصنيف الدولي للتدخلات الصحية: طبقة الإجراءات 20
B.8 التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة، وأداء الوظائف 21
B.9 اللغات والترجمة والتدريب على الترميز 21
B.10 الصيانة والتحديثات والحوكمة 22
B.11 مجموعة التنفيذ: ما يحصل عليه البلد 23
B.12 التسلسل: التوسّع انطلاقاً من أقوى نقطة دخول 24

تنفيذ المراجعة الحادية عشرة 25

C.1 دليل القراءة 26
C.2 الحوكمة: إرساء الهيكل الوطني الملائم منذ البداية 26
C.3 التقييم الذاتي: ما ينبغي معرفته قبل صياغة الخطة 27
C.4 التخطيط: تحويل التقييم الذاتي إلى خريطة طريق 29
C.5 القوى العاملة: أطول وقت لازم للإعداد في الخطة 31
C.6 إشراك أصحاب المصلحة: كسب تأييد المنظومة بأكملها 32
C.7 الجاهزية التقنية: تكنولوجيا المعلومات والتكامل والعمل مع المورّدين 33
C.8 التحوّل في البلدان ذات النظم الموروثة: المعابر واستمرارية السلاسل الزمنية 35
C.9 دراسات الترميز المزدوج 39
C.10 الاختبار التجريبي والتعميم 41
C.11 رصد التنفيذ: المؤشرات والتقييم 42
C.12 دعم المنظمة وشبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية 43
C.13 نطاق هذا الدليل والموارد الأخرى 44

مواد مرجعية 45

الملحق 1 نموذج جدول زمني للتنفيذ 46
الملحق 2 المعابر ودراسات الترميز المزدوج: إرشادات تفصيلية وبيّنات 50
الملحق 3 مرجع الأدوات 54
الملحق 4 مسرد المصطلحات 56
الملحق 5 الموارد وأماكن الحصول عليها 59
الملحق 6 قائمة المراجع الموحَّدة 61

A
لماذا المراجعة الحادية عشرة الآن

في هذا الجزء

A.1 باختصار
A.2 ما تمثّله المراجعة الحادية عشرة
A.3 ما تمثّله المراجعة الحادية عشرة وما لا تمثّله
A.4 تصحيح أربعة مفاهيم خاطئة شائعة
A.5 المراجعة الحادية عشرة مدخلاً إلى مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية
A.6 المراجعة الحادية عشرة في مشهد الصحة الرقمية
A.7 مخاطر تأخير التحوّل وتكلفة الفرصة البديلة
A.8 الجدوى: ما أثبتته البلدان المبكّرة في اعتماد المراجعة الحادية عشرة
A.9 محتوى هذا الدليل

A.1 باختصار

المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض هي المعيار الدولي لتسجيل المعلومات الصحية والإبلاغ عنها ومقارنتها. وقد اعتمدتها جمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو 2019 بموجب القرار ج ص ع72-15.[1] وهي مراجعة التصنيف الدولي للأمراض التي تستخدمها الدول الأعضاء اعتباراً من 1 كانون الثاني/ يناير 2022. وتقتضي لوائح التسميات لعام 1967، المعتمدة بموجب المادتين 21(ب) و22 من دستور منظمة الصحة العالمية، أن تُعِدّ الدول الأعضاء إحصاءاتها الخاصة بالوفيات والمراضة وفقاً للمراجعة السارية من التصنيف الدولي للأمراض.

تستند المراجعة الحادية عشرة إلى المكوّن الأساسي. والمكوّن الأساسي نظام من المفاهيم الصحية، لكل منها اسم وتعريف. وتتولى المنظمة صيانته وفقاً لقواعد ثابتة. وتُسند المادة 2(ق) من الدستور إلى المنظمة مهمة وضع التسميات الدولية للأمراض والحالات الصحية وأسباب الوفاة ومراجعتها. ويؤدي المكوّن الأساسي هذه المهمة على نحو لم يكن في وسع المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض أن تؤديه. وتستمد المنظمة من المكوّن الأساسي نسخاً مجدولة تُسمّى عمليات التعبير في صورة خطية. وأهم عمليات التعبير في صورة خطية هي المراجعة الحادية عشرة لإحصائيات الوفيات والمراضة، وهي النسخة المستخدمة أيضاً للإبلاغ الإحصائي.

في البنية الوطنية للصحة الرقمية، توفّر المراجعة الحادية عشرة معنى البيانات المتعلقة بالتشخيصات والمشاكل الصحية ذات الصلة وأسباب الوفاة. وتحدِّد معايير التشغيل البيني، مثل معيار HL7 FHIR، طريقة انتقال البيانات بين النظم. أما المراجعة الحادية عشرة فتحدِّد ما تعنيه البيانات. والاثنان متكاملان، وتتولى صيانتهما هيئات مختلفة. وتخضع المراجعة الحادية عشرة لحوكمة المنظمة بموجب ولايتها الدستورية، وقد اعتمدتها الدول الأعضاء من خلال جمعية الصحة العالمية. وهي المعيار التشخيصي الوحيد الذي يتمتع بهذا الوضع. وتجري مواءمة مجموعات المصطلحات الصحية الأخرى مع المراجعة الحادية عشرة، لا مواءمة المراجعة الحادية عشرة معها. والمراجعة الحادية عشرة جزء من مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية. وتضم هذه المجموعة أيضاً التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة، والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية، والتصنيفات ذات الصلة، ومجموعات مصطلحات المنظمة. والمراجعة الحادية عشرة والتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية هي التصنيفات المرجعية الثلاثة. وهي تغطي الأجزاء الأساسية الثلاثة من السجل الصحي: الحالة، وأداء الشخص للوظائف، والتدخل.

ما تقدّمه المراجعة الحادية عشرة. مقارنةً بالمراجعة العاشرة، وبالنظم التي تفصل بين مجموعات المصطلحات السريرية والتصنيف الإحصائي، تتسم المراجعة الحادية عشرة بست مزايا مهمة لقرار التنفيذ.

1. **أحدث المعارف العلمية.** يعكس المحتوى الوبائيات والممارسة السريرية والبحوث في الوقت الراهن. وتحافظ دورة تحديث سنوية شفافة على مواكبته للمستجدات. ولم تعد البلدان تجري الترميز باستخدام قاعدة معارف يعود تاريخها إلى عام 1990.

2. **انخفاض تكلفة الترميز.** يؤدي البحث باللغة البسيطة، وقوائم المترادفات القابلة للتوسيع، والتفاصيل التي يتيحها المكوّن الأساسي، والتنسيق اللاحق (توليف الرموز) إلى تقليص وقت التدريب ووقت الترميز. كما تقلّل هذه العناصر الحاجة إلى برامجيات الترميز التجارية. وتتوقف الوفورات على سير العمل والتوثيق والتدريب والتكامل ومستوى التفصيل المطلوب. وأداة الترميز الخاصة بالمنظمة جزء من المعيار، وهي متاحة عبر الإنترنت ودون الإنترنت ومن خلال واجهة برمجة التطبيقات (API).

3. **رقمية بالكامل: برامجيات تُبنى مرة واحدة وتُستخدم في كل مكان.** تُتاح المراجعة الحادية عشرة من خلال واجهة برمجة تطبيقات واحدة وموحَّدة، مع ترميز معياري للبيانات، ودعم لمعيار FHIR، ومحتوى متعدد اللغات، وإمكانية التشغيل دون الإنترنت. ومن ثمّ يُمكن إعادة استخدام البرامجيات التي تُبنى مرة واحدة للمراجعة الحادية عشرة في مختلف البلدان واللغات وأماكن تقديم الرعاية دون الحاجة إلى إعادة هندستها، مع أن تدفقات البيانات الوطنية والأمن والواجهات ومنتجات المورّدين لا تزال تتطلب التهيئة والاختبار (انظر C.7). وبذلك تُعدّ المراجعة الحادية عشرة مكوّناً جاهزاً للتشغيل البيني في البنية التحتية العامة الرقمية للصحة التي تبنيها البلدان في إطار المبادرة العالمية بشأن الصحة الرقمية والبنية المرجعية المشتركة بين المنظمة والاتحاد الدولي للاتصالات.

4. **بيانات تُسجَّل مرة واحدة وتُستخدم لأغراض متعددة.** تخدم التفاصيل السريرية المسجَّلة في نقطة تقديم الرعاية أغراض الإحصاءات واسترداد التكاليف والبحوث والإبلاغ عن السلامة انطلاقاً من إدخال واحد. ويشمل الإبلاغ عن السلامة الأجهزة والأدوية والأحداث الضارة ومقاومة مضادات الميكروبات. والتفاصيل التي كانت التعديلات السريرية الوطنية تضيفها أصبحت بالفعل جزءاً من المراجعة الحادية عشرة.

5. **لا تكلفة للترخيص، وصيانة مشتركة.** المراجعة الحادية عشرة منفعة عامة رقمية عالمية. وتوفّر المنظمة المحتوى وجميع الأدوات الداعمة مجاناً للاستخدام التجاري وغير التجاري. وتتمثل هذه الأدوات في أداة التصفح، وأداة الترميز، وواجهة برمجة التطبيقات، وأداة المضاهاة، وأدوات الوفيات والجودة، وأدوات التدريب. وتجري الصيانة على منصّة مفتوحة وشفافة عبر الإنترنت وفق عمليات مفتوحة. ويتقاسم مجتمع المستخدمين العالمي العمل، ولا يتحمّله أي بلد بمفرده.

6. **قابلية المقارنة بحكم التصميم.** البيانات المرمَّزة وفق المراجعة الحادية عشرة قابلة للمقارنة بين جميع الدول الأعضاء، لأن سلطة واحدة تتولى حوكمة المحتوى والتحديثات السنوية ومضاهاة مجموعات المصطلحات الأخرى بالمراجعة الحادية عشرة. ويمنح المكوّن الأساسي كل مفهوم معرِّفاً دائماً. وتشير النسخ اللغوية الوطنية والامتدادات الوطنية وعمليات المضاهاة من مجموعات المصطلحات الأخرى جميعها إلى المفهوم الدولي نفسه. وقابلية المقارنة جزء من المعيار، ولا يلزم إعادة بنائها لاحقاً من خلال جداول مضاهاة وطنية.

وتؤدي هذه الخصائص الست مجتمعةً إلى خفض التكلفة الإجمالية للملكية، وتحسين القيمة المستمدة من البيانات السريرية نفسها، وتحقيق التشغيل البيني بحكم التصميم.

حتى وقت إعداد هذه النسخة المنقَّحة من دليل التنفيذ في عام 2026، كانت أكثر من 130 دولة من الدول الأعضاء في المنظمة في مراحل مختلفة من التحوّل.[2] ومعظم هذه الدول في طور الإعداد أو الترجمة أو الاختبار التجريبي. ويتزايد عدد البلدان التي تنشر إحصاءات وطنية للوفيات أو لمراضة المستشفيات مرمَّزة وفق المراجعة الحادية عشرة. وقد وُثِّقت التطبيقات الأولى في مجالات الرعاية الأولية والتأمين والطب التقليدي وسلامة المرضى والتوثيق السريري. ولا يزال إصدار شهادات سبب الوفاة هو الاستخدام الإحصائي الأساسي، إلى جانب الاختيار المؤتمت للسبب الأساسي للوفاة باستخدام أداة DORIS (الاختيار الرقمي لسبب الوفاة القائم على قواعد مفتوحة متكاملة) الخاصة بالمنظمة. وهذا هو الاستخدام الذي تقدّم الدول الأعضاء تقاريرها بشأنه بموجب المادة 64 من دستور منظمة الصحة العالمية.

يستند التنفيذ إلى مبدأ واحد: الترميز المعياري في المصدر. تُسجَّل التشخيصات وأسباب الوفاة وفق المراجعة الحادية عشرة في نقطة تقديم الرعاية، من قِبل الطبيب السريري أو المرمِّز، باستخدام المحتوى الدولي كما تنشره المنظمة. ويترتب على ذلك ثلاث نتائج بالنسبة إلى الخطة الوطنية. أولاً، تُستخدم المراجعة الحادية عشرة كما هي منشورة. فالمكوّن الأساسي والتنسيق اللاحق وآليات الامتداد في المراجعة الحادية عشرة تلبي الاشتراطات الوطنية التي لم يكن بالإمكان تلبيتها في المراجعات السابقة إلا من خلال التعديلات السريرية الوطنية. ومن ثمّ يُمكن للبلدان تكييف المراجعة الحادية عشرة وفق احتياجاتها من خلال هذه الآليات المدمجة بدلاً من التعديلات السريرية الوطنية، وهذا ما يُبقي البيانات المكيَّفة وطنياً قابلة للمقارنة الدولية بالكامل، على النحو الذي تقتضيه لوائح التسميات. ثانياً، حيثما يستخدم البلد مجموعة مصطلحات سريرية أخرى للتوثيق، تُستمد رموز المراجعة الحادية عشرة من خلال مضاهاة ترتكز على المكوّن الأساسي وتخضع لضمان الجودة من جانب المنظمة. وبهذه الطريقة تظل البيانات المرمَّزة والإحصاءات الناتجة عنها على السواء قابلة للمقارنة مع بيانات البلدان الأخرى وإحصاءاتها. ويكتسي ذلك أهمية متزايدة، لأن المراجعة الحادية عشرة تُستخدم في نظم دعم القرار والنظم المؤتمتة، حيث يؤثر أي خطأ في المضاهاة على رعاية المرضى وليس على الإحصاءات فحسب. ثالثاً، يقرّر البلد بنفسه المضاهاة والتجميع المحليين لرموز المراجعة الحادية عشرة لأغراض التحليل أو استرداد التكاليف أو تَجَمُّعات الحالات. ولا يثير ذلك أي مسألة تتعلق بقابلية المقارنة.

أُعِدّ هذا الدليل لصانعي القرار الذين يُعدّون للانتقال إلى المراجعة الحادية عشرة في بلدانهم، ولجهات الاتصال الوطنية التي ستقود العمل. وهو يشرح ماهية المراجعة الحادية عشرة، وما تقدّمه، وكيفية تنفيذها. وتُتاح التفاصيل التقنية والموارد الخاصة بكل بلد في الموقع icd.who.int وفي مركز موارد التنفيذ (Implementation Hub). وتُقدَّم التفاصيل السريرية للممارسين في الصفحات المخصّصة للأطباء السريريين في الموقع نفسه. ويظل الدليل نفسه في حدود المستوى الذي يحتاج إليه وزير الصحة أو مدير الإحصاءات أو رئيس إدارة الصحة الرقمية لاتخاذ القرار وتوجيه تنفيذه.

والدليل محايد إزاء البلدان والأقاليم. وتبيّن الأمثلة المستمدة من البلدان المبكّرة في اعتماد المراجعة الحادية عشرة ما هو ممكن ومفيد. ولا تفرض هذه الأمثلة مساراً واحداً. ويحدّد كل بلد تسلسل تنفيذ المراجعة الحادية عشرة وفقاً لأولوياته.

A.2 جوهر المراجعة الحادية عشرة

المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض نظام متكامل واحد يؤدي وظيفتين في آن واحد: فهي مجموعة مصطلحات سريرية[1]، وهي تصنيف. وقد صُمِّمت في كلا الدورين بحيث تكون قابلة للتطبيق في مختلف الثقافات: إذ جرى إعداد محتواها واختباره ميدانياً بمشاركة أطباء سريريين ومرمِّزين من جميع أقاليم منظمة الصحة العالمية، وهو متاح بلغات متعددة، بحيث يُمكن تطبيق الفئات نفسها على نحو متسق في مختلف النظم الصحية والسياقات الثقافية. والمراجعة الحادية عشرة دولية ومفتوحة، وتدعمها آلية شفافة للتحديث والصيانة.

[1] وفقاً للتعاريف الواردة في المعيار ISO 1087 والمعيار المشتق منه ISO 17117-1، يُعدّ المكوّن الأساسي مجموعة المصطلحات الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض بالمعنى الدقيق، أي مجموعة من المفاهيم (كيانات ذات تعاريف وخصائص) والتسميات (العناوين والمترادفات ومصطلحات الفهرس) لمجال الأمراض وأسباب الوفاة والمشاكل الصحية ذات الصلة. ولأن العناوين والمترادفات والتعاريف تُصاغ وفقاً للقواعد المحدَّدة سلفاً في نموذج المحتوى الخاص بالمراجعة الحادية عشرة وأعراف الأسلوب المتَّبعة، فإنه يستوفي أيضاً تعريف *نظام التسميات (nomenclature)*.

وبوصفها **مجموعة مصطلحات**، تضم المراجعة الحادية عشرة نحو 85 000 كيان سريري وأكثر من 130 000 مصطلح طبي مع التعاريف والمترادفات والمختصرات السريرية الشائعة والأوصاف السريرية.[2][3] ويُمكن الوصول إليها من خلال البحث باللغة البسيطة، مع دعم متعدد اللغات وعناصر معروضة للاستدلال السريري (مصطلحات الإدراج ومصطلحات الاستبعاد والتعاريف وملاحظات الترميز) عند كل مفهوم. ويُمكن للأطباء السريريين والمرمِّزين والبرامجيات العثور على المفهوم الصحيح بكتابة ما يُقال في الممارسة السريرية – "سكتة دماغية في الشريان الدماغي الأمامي الأيسر"، "سقوط من مرتفع مع ارتجاج"، "ألم في الصدر عند بذل الجهد" – والحصول على النتيجة الصحيحة سريرياً.

ومن خلال **التنسيق اللاحق (توليف الرموز) الاختياري**، تجمع المراجعة الحادية عشرة بين الرموز الجذعية ورموز أخرى ورموز الامتداد عبر 41 محوراً محدَّداً (التشريح، والجانبية، والوخامة، والعوامل، وعلم الأمراض النسيجي، والأجهزة، والظروف، وغيرها)، مما يُمكِّن نظم دعم الترميز المؤتمت من التعرّف على ما يصل إلى 2 مليون مصطلح طبي.[3]

وبوصفها **تصنيفاً**، توفّر المراجعة الحادية عشرة طرق عرض مجدولة موحَّدة (عمليات التعبير في صورة خطية) مستمدة من المحتوى الأساسي نفسه. ويمثّل التعبير في صورة خطية لإحصائيات الوفيات والمراضة، الذي يضم نحو 17 000 فئة، المرجع الدولي للإبلاغ الإحصائي. وتدعم طرق عرض أخرى الرعاية الأولية والصحة النفسية والاستخدامات التخصصية. وتُدرَج كل حالة في خانة واحدة بالضبط في طريقة العرض التصنيفية، والخانات شاملة – فلا يقع شيء خارج نطاق العدّ.

والطبقتان ليستا منتجين منفصلين. فهما طريقتان لعرض المحتوى نفسه، تخضعان للحوكمة معاً، وتُحدَّثان معاً، ويُتاح الوصول إليهما من خلال البنية التحتية الرقمية نفسها. والطبيب السريري الذي يوثّق باستخدام المراجعة الحادية عشرة ينتج بيانات ذات دلالة سريرية عند سرير المريض وقابلة للاستخدام الإحصائي على المستويين الوطني والدولي في آن واحد، دون الحاجة إلى خطوة ترميز ثانية أو إلى عمليات مضاهاة.

وهذا التكامل هو ما يميّز المراجعة الحادية عشرة عن المراجعات السابقة للتصنيف الدولي للأمراض، وعن النظم التي تفصل بين مجموعات المصطلحات السريرية والتصنيف الإحصائي.

المراجعة الحادية عشرة أداةً تشخيصية وسريرية على جميع مستويات الرعاية. مع أن المراجعة الحادية عشرة هي في المقام الأول المعيار الدولي لتسجيل بيانات الوفيات والمراضة والإبلاغ عنها وتحليلها وتفسيرها ومقارنتها بطريقة منهجية، فإنها توفّر أيضاً دعماً مباشراً للتشخيص السريري واتخاذ القرار. ومن الأمثلة الرئيسية على ذلك الفصل 6 بشأن الاضطرابات النفسية والسلوكية واضطرابات النمو العصبي، الذي ترافقه *الأوصاف السريرية والمتطلبات التشخيصية* الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة التي وضعتها المنظمة. وقد صُمِّم هذا الكتيّب لدعم أخصائيي الصحة النفسية، والمهنيين الصحيين غير المتخصصين المؤهلين، في التعرّف على الاضطرابات النفسية والسلوكية واضطرابات النمو العصبي وتشخيصها بدقة وموثوقية في الأماكن السريرية.

وتوفّر المراجعة الحادية عشرة أيضاً نقطة مرجعية مهمة للمبادئ التوجيهية للممارسة السريرية. فمن خلال تحديد فئات تشخيصية وأوصاف سريرية ومتطلبات تشخيصية موحَّدة دولياً، تساعد المراجعة الحادية عشرة على ضمان أن تشير المبادئ التوجيهية ومسارات الرعاية ومواد التدريب وحزم الخدمات ومؤشرات جودة الرعاية إلى الحالات الصحية نفسها بطريقة متسقة. ولا يعني ذلك أن المراجعة الحادية عشرة في حد ذاتها مبدأ توجيهي للممارسة السريرية؛ بل إنها توفّر الأساس التشخيصي والدلالي الذي يُمكن أن تُستند إليه مواءمة الإرشادات السريرية وتنفيذها ورصدها ومقارنتها في مختلف الأماكن. وتصف المنظمة المراجعة الحادية عشرة بأنها المعيار العالمي للمعلومات الصحية التشخيصية وأداة مصمَّمة لتحسين التوثيق السريري ورعاية المرضى.

A.3ما تمثّله المراجعة الحادية عشرة وما لا تمثّله

ما تمثّله المراجعة الحادية عشرة

- مجموعة مصطلحات سريرية وتصنيف إحصائي في نظام واحد.
- منفعة عامة رقمية، يُمكن استخدامها مجاناً في كل دولة من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، ومتاحة في 15 لغة منشورة (اللغات الرسمية الست للأمم المتحدة – العربية والصينية والإنكليزية والفرنسية والروسية والإسبانية – وتسع لغات أخرى)، ويجري حالياً العمل على 25 لغة إضافية.[2][4]
- المدخل إلى مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية – المراجعة الحادية عشرة للحالات الصحية، والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية للتدخلات، والتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة لأداء الوظائف والإعاقة – التي تتقاسم أساساً دلالياً واحداً.
- يُمكن الوصول إليها من خلال واجهة برمجة التطبيقات (API) القائمة على REST وخدمات FHIR الموثَّقة، مع خيارات للنشر عبر الإنترنت وللنشر المحلي وإرشادات منشورة بشأن التكامل، ومع إتاحة الشفرة البرمجية المرجعية وأنماط تكامل أداة التصفح وأداة الترميز للعموم.
- تخضع للصيانة وفق دورة تحديث سنوية شفافة من خلال شبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية، مع معرّفات ثابتة عبر النسخ تتيح تفسير السجلات من أي سنة دون لبس.

ما لا تمثّله المراجعة الحادية عشرة

- ليست "المراجعة العاشرة مع مزيد من الرموز." فالبنية والمحتوى والبنية التحتية الرقمية جديدة.
- ليست نظاماً للإحصاءات فقط. فالاستخدام السريري قدرة أصيلة فيها، وليس إضافة لاحقة.
- لا تعتمد في أدائها على مجموعة مصطلحات سريرية منفصلة. فالمراجعة الحادية عشرة تتضمن في حد ذاتها طبقة المصطلحات السريرية.
- لا تعتمد على خادم مصطلحات منفصل. فواجهة برمجة التطبيقات الخاصة بالمنظمة توفّر خدمات المصطلحات مباشرة، بما في ذلك نقاط نهاية FHIR؛ ويُمكن لخوادم المصطلحات الوطنية القائمة أن تقدّم محتوى المراجعة الحادية عشرة حيثما تكون مستخدَمة بالفعل.
- لا تخضع لترخيص لكل بلد أو لكل مستخدم. فالتصنيف وأدواته متاحة بشكل مفتوح في إطار حوكمة المنظمة.

A.4تصحيح أربعة مفاهيم خاطئة شائعة

تتداول مناقشات سياسات الصحة الرقمية عدداً من المقولات بشأن المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض لا تصمد أمام التمحيص. ويتناول هذا القسم هذه المقولات مباشرةً، لأن صانعي القرار المسؤولين عن الاستثمارات الوطنية في الصحة الرقمية يحتاجون إلى أن يبنوا خياراتهم على معلومات دقيقة.

المقولة 1: "لا تستطيع المراجعة الحادية عشرة الترميز بمستوى التفصيل الذي يحتاج إليه الطبيب السريري."

هذا غير صحيح. فالمراجعة الحادية عشرة تضم نحو 85 000 كيان بمستوى تفصيل يعكس الممارسة السريرية الحالية، وتدعم التنسيق اللاحق (توليف الرموز) الاختياري عبر 41 محوراً – أي الجمع بين رمز أساسي ورموز إضافية للوخامة والتشريح والجانبية والآلية والعوامل والأجهزة وغيرها من الأبعاد ذات الأهمية السريرية. وقد أثبتت دراسات خضعت لاستعراض الأقران في كندا[5] وجمهورية كوريا[6] والكويت[7] وماليزيا[8] إمكانية الترميز بمستوى تفصيل الطبيب السريري في نقطة تقديم الرعاية، بما في ذلك للحالات المعقدة التي تشمل أجهزة متعددة من أجهزة الجسم. وأفادت التجارب الميدانية في جمهورية كوريا بأن مستوى التفصيل في المراجعة الحادية عشرة أعلى منه في التعديلات الوطنية للمراجعة العاشرة

[2] *الأرقام الواردة في هذا الدليل بشأن محتوى المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض، وتوافر اللغات، واستخدام واجهة برمجة التطبيقات (API)، وعمليات التنزيل للاستخدام دون الإنترنت، ونشاط الاقتراحات، هي الأرقام المسجَّلة حتى أواخر عام 2026. وتُتاح الأرقام الحالية على icd.who.int.*

للتصنيف الدولي للأمراض في نحو 58٪ من أزواج الرموز.[9] وتوصلت أعمال مقارنة أُجريت في الصين بشأن ترميز الأورام إلى أن 67.8٪ من رموز ICD-10-CCM يُمكن تمثيلها تمثيلاً كاملاً في المراجعة الحادية عشرة، مع إمكانية التعبير عن 7٪ إضافية من خلال معرّفات الموارد الموحَّدة (URI) في المكوّن الأساسي.[10] والمكوّن الأساسي، الذي تُستمد منه جميع عمليات التعبير في صورة خطية، هو في حد ذاته قاعدة معارف سريرية – إذ يحمل كل كيان معرّفاً ثابتاً وتعريفاً وأوصافاً سريرية يُمكن للطبيب السريري استخدامها للتأكد من الملاءمة.

المقولة 2: "المراجعة الحادية عشرة أقل تفصيلاً من الناحية السريرية من مجموعات المصطلحات البحتة."

ينتظم هذان النوعان من النظم – التصنيف ومجموعة المصطلحات – بطريقتين مختلفتين، ويخدمان أغراضاً متداخلة ولكنها غير متطابقة؛ ولذا فإن المقارنة المباشرة بين أعداد المفاهيم لا تفيد بشيء. والمهم بالنسبة للاستخدام السريري هو ما إذا كانت البنية الوطنية للمعلومات قادرة على التعبير عن المفاهيم السريرية المطلوبة، والحفاظ على التجميع الإحصائي، ودعم الاستراتيجية التي اختارها البلد بشأن مجموعات المصطلحات. وفيما يتعلق بالتشخيصات، وأداء الوظائف (من خلال التصنيف الدولي للأمراض والتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة)، والتدخلات (من خلال التصنيف الدولي للتدخلات الصحية)، والأسباب الخارجية، تغطي مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية المجال السريري الأساسي، فيما توسّع التصنيفات المشتقة، مثل التصنيف الدولي للأمراض – علم الأورام، نطاق التغطية في مجال الأورام. وحيثما تقتضي حالات محدَّدة مستوى أدق من التفصيل، يوفّره التنسيق اللاحق والمكوّن الأساسي. وأمثلة التغطية الواردة في مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية – مقاومة مضادات الميكروبات، وأحداث سلامة المرضى، والأمراض النادرة، والطب التقليدي، وأداء الوظائف – هي أمثلة توضيحية على اتساع النطاق، وليست حصراً له. وحيثما يكون أحد المواقع السريرية مستخدِماً بالفعل لمجموعة مصطلحات تابعة لجهة خارجية، تُجرى المضاهاة بين المراجعة الحادية عشرة وهذه المجموعة في الاتجاهين عن طريق طبقة المكوّن الأساسي. ولا يتوقف استخدام المراجعة الحادية عشرة على اختيار مجموعة مصطلحات سريرية تابعة لجهة خارجية: إذ يُمكن للبلد أن ينفّذ المراجعة الحادية عشرة أولاً ثم يقرّر لاحقاً اعتماد مجموعة مصطلحات إضافية، أو ألا يعتمدها على الإطلاق، مع الاحتفاظ في الحالتين بالتشغيل البيني في البنية الوطنية للمعلومات الصحية.

المقولة 3: "المراجعة الحادية عشرة تُنتج الإحصاءات؛ ولا تدعم التوثيق السريري."

صُمِّمت المراجعة الحادية عشرة منذ البداية للاستخدامين السريري والإحصائي معاً. وتُعدّ أداة الترميز المزوَّدة بخاصية البحث باللغة المألوفة لدى الأطباء السريريين، وبنية التنسيق اللاحق، والأوصاف السريرية التي تتيح التحقق من مدى المطابقة، وواجهة برمجة التطبيقات (API) المتوائمة مع معيار FHIR، من سمات الاستخدام السريري. والإبلاغ الإحصائي هو أحد مُخرجات التوثيق السريري المفيد، وليس سير عمل منفصلاً. وفيما يلي أمثلة توضيحية مستمدة من مجموعة أكبر بكثير من البلدان التي تنفّذ المراجعة الحادية عشرة حالياً: رواندا (إبلاغ سريري كامل باستخدام المراجعة الحادية عشرة والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية)، والكويت (بيانات المراضة في المستشفيات، مع منهجية منشورة)،[7] وماليزيا (مستودع البيانات الوطني ونظم معلومات المستشفيات في 149 مستشفى تابعاً لوزارة الصحة منذ كانون الثاني/ يناير 2024)،[8] والصين (مشروع تجريبي وطني شمل 59 مستشفى من مستشفيات الرعاية الثالثية في 31 منطقة إدارية على مستوى المقاطعات، وأسفر عن 3 723 959 تشخيصاً مرمَّزاً لعدد 873 425 مريضاً خلال مرحلة امتدت شهرين)،[11] والهند (التأمين الوطني في إطار الهيئة الوطنية للصحة (NHA)، مع تعميم المراجعة الحادية عشرة والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية في مختلف الولايات)،[12] واسكتلندا (الصحة النفسية)، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا؛ 140 عيادة للرعاية الأولية تخدم 5.9 مليون لاجئ من لاجئي فلسطين، باستخدام سجل طبي إلكتروني قائم على الحوسبة السحابية)،[13] وغيرها.

المقولة 4: "يتطلب استخدام المراجعة الحادية عشرة خادم مصطلحات منفصلاً."

هذا غير صحيح. فمنظمة الصحة العالمية تشغّل خدمات المصطلحات الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة مباشرةً، من خلال واجهة برمجة التطبيقات الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة، مع نقاط نهاية REST ونقاط نهاية FHIR، وخاصية البحث المتعدد اللغات بمعالجة اللغات الطبيعية (NLP)، ودعم مجموعات القيم، وحزم الاستخدام دون الإنترنت للأماكن ضعيفة الاتصال. وتتلقى واجهة برمجة التطبيقات نحو 6 ملايين طلب يومياً من أداة التصفح وأداة الترميز وتطبيقات الجهات الخارجية التي تدمج المراجعة الحادية عشرة؛ وقد نُزّلت حزمة الاستخدام دون الإنترنت أكثر من 250 000 مرة.[14] ويُمكن للبلدان التي تشغّل بالفعل خوادم مصطلحات وطنية أن تقدّم محتوى المراجعة الحادية عشرة من خلالها، ولكن لا يحتاج أي بلد إلى اقتناء خادم مصطلحات أو التعاقد عليه لكي يستخدم المراجعة الحادية عشرة. فهذه البنية التحتية تُقدَّم بوصفها جزءاً من المنفعة العامة الرقمية. وحيثما تنشر البلدان المراجعة الحادية عشرة إلى جانب مجموعات مصطلحات أخرى (مثل بوابة Orphanet، وقاموس MedDRA (القاموس الطبي للأنشطة التنظيمية)، ومجموعة LOINC (الأسماء والرموز المعرّفة للملاحظات المنطقية)، ونظام SNOMED CT)، تعمل المنظمة مع الجهات القيّمة على كل مجموعة من هذه المجموعات، أو تستكشف سبل التعاون معها، من أجل إنشاء روابط التشغيل البيني وصيانتها.

وتكتسي التوضيحات المتعلقة بالمقولات 1–4 أهمية لأن المخططات الوطنية للصحة الرقمية، وعمليات شراء خوادم المصطلحات، ومواصفات المورّدين الخاصة بسجلات الصحة الإلكترونية (EHR) يجري إعدادها الآن. وينبغي أن تستند القرارات المتعلقة بموقع المراجعة الحادية عشرة

وطريقة تنفيذها في هذه الصكوك إلى معلومات دقيقة وسليمة من الناحية التقنية، مع احترام خيارات الحوكمة الوطنية، وسياقات الشراء، ومتطلبات السيادة على البيانات.

A.5 المراجعة الحادية عشرة مدخلاً إلى مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية

تحظى المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض بأقوى ولاية قانونية داخل مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية، ولكنها لا تمثّل سوى جزء واحد من بنية التصنيفات والمصطلحات اللازمة لنظام وطني شامل للمعلومات الصحية.

- **المراجعة الحادية عشرة** تغطي الأمراض، والإصابات، والأسباب الخارجية، والعلامات والأعراض، والطب التقليدي، ومقاومة مضادات الميكروبات، وأحداث سلامة المرضى، والأمراض النادرة، والتشريح، والأدوية، والوخامة، وغير ذلك. وهي الإجابة عن السؤال "ما هي حالة المريض".
- **التصنيف الدولي للتدخلات الصحية** يغطي التدخلات الجراحية، والتشخيصية، والعلاجية، والتأهيلية، والتمريضية، وتدخلات الصحة العمومية. وهو الإجابة عن السؤال "ما الذي أُجري". وتُجرى المضاهاة بين التصنيف الدولي للتدخلات الصحية ومجموعات مصطلحات الإجراءات الأخرى حيثما تكون مستخدَمة بالفعل على المستوى الوطني؛ غير أن مشكلة التجزؤ ذاتها التي أصابت المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض بسبب تعدّد التعديلات القُطرية تتكرر عندما يختار كل بلد مجموعة مختلفة من مصطلحات الإجراءات. واعتماد التصنيف الدولي للتدخلات الصحية إلى جانب المراجعة الحادية عشرة يُبقي التدخلات والحالات على الأساس الدلالي نفسه، بحيث تخضع للحوكمة والتحديث معاً، ويجنّب تراكم أعباء جديدة من المضاهاة على مستوى طبقة الإجراءات. وتعمل منظمة الصحة العالمية على تكييف نظام لتَجَمُّعات الحالات على هذا الأساس، باستخدام المحرّك والأدوات التي يوفّرها Nordic Casemix Centre (مركز بلدان الشمال الأوروبي لتَجَمُّعات الحالات) وتكييفها مع المراجعة الحادية عشرة والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية. ويفتح ذلك الطريق أمام استرداد التكاليف استناداً إلى المراجعة الحادية عشرة والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية دون الحاجة إلى تعديلات قُطرية خاصة بترميز الإجراءات.
- **التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة** يغطي وظائف الجسم، والأنشطة، والمشاركة، والعوامل البيئية، فيما يوفّر نظام المنظمة لتقييم الإعاقة 2.0 (WHODAS 2.0) درجات تقييم موجزة. وهو الإجابة عن السؤال "كيف هو أداء الوظائف لدى الشخص المصاب بحالة صحية".

وتتشارك التصنيفات الثلاثة أساساً دلالياً مشتركاً، ويُتاح الوصول إليها من خلال واجهة برمجة التطبيقات (API) نفسها. ويُمكن للبلد الذي ينفّذ المراجعة الحادية عشرة أن يستخدمها مدخلاً إلى بنية أوسع لمجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية، مع احتفاظه بسلطته التقديرية الوطنية فيما يخص مجموعات المصطلحات، وترميز الإجراءات، واسترداد التكاليف، وبنية الصحة الرقمية.

يستخدم هذا الدليل مصطلح الاحتياجات الوطنية بدلاً من "التعديلات الوطنية" عند تناول المتطلبات الخاصة بكل بلد. ولهذا التمييز أهميته. فالنسخ الوطنية من المراجعة الحادية عشرة ممكنة ومتوقعة: إذ يُمكن للبلدان أن تحدّد عمليات تعبير وطنية في صورة خطية، ومجموعات فرعية، ومجموعات قيم، وأن تضيف مصطلحات محلية ومتغيرات لغوية، وأن تستخدم رموز الامتداد والتنسيق اللاحق (توليف الرموز) لتسجيل التفاصيل التي تتطلبها نظمها – وكل ذلك مستمد من المحتوى الدولي نفسه ومُضاهى به. أما ما تُلغيه المراجعة الحادية عشرة فهو الحاجة إلى إنشاء نسخة وطنية منفصلة من التصنيف تُصان بعد ذلك على نحو مستقل: إذ إن مستوى التفصيل في المكوّن الأساسي، ورموز الامتداد، والتنسيق اللاحق تغطي معظم الأسباب التاريخية التي دعت إلى التعديلات القُطرية. وحيثما توجد حاجة وطنية حقيقية لم تُلبَّ بعد – كالفئات القانونية، أو متطلبات الإبلاغ المحدَّدة، أو الإضافات الخاصة بحالات مرتبطة بسياقات بعينها – فإن منصّة الاقتراحات الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة التابعة للمنظمة هي السبيل إلى ذلك. ويدخل المحتوى المضاف عبر هذا السبيل في المكوّن الأساسي ليستفيد منه الجميع، بدلاً من أن يتشعّب في شكل تعديل وطني يتطلب صيانته ومضاهاته الخاصتين.

A.6 المراجعة الحادية عشرة في مشهد الصحة الرقمية

جعلت الاستراتيجيات الوطنية للصحة الرقمية، والمخططات الإقليمية، والأطر الدولية والإقليمية لتبادل البيانات الصحية من مجموعات المصطلحات والتصنيف مسألة استراتيجية. وقد صُمِّمت المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض لتلائم هذا السياق.

معيار FHIR ومعايير HL7. توفّر واجهة برمجة التطبيقات (API) الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة خدمات مصطلحات متوائمة مع معيار FHIR، بما في ذلك العمليات التي تتوقعها تطبيقات معيار FHIR – $lookup، $expand، $validate-code. ومعرِّفات الموارد الموحَّدة (URI) المعيارية ثابتة وخاضعة لضبط النسخ. كما يُدعَم التعريف المزدوج لكيانات المكوّن الأساسي ورموز إحصائيات الوفيات والمراضة. وقد

عقدت منظمة الصحة العالمية، بالاشتراك مع HL7 International (منظمة HL7 الدولية)، أول فعالية مشتركة لاختبار الربط (connectathon) في أيار/ مايو 2026 في المقر الرئيسي للمنظمة في جنيف، لاختبار خدمات معيار FHIR الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة والتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة مع مطوّري خوادم المصطلحات والقائمين على تطبيق معيار FHIR من شتى أنحاء العالم، والتزمتا بتنظيم فعاليات اختبار الربط هذه بصفة منتظمة. والمراجعة الحادية عشرة جاهزة للعمل بمعيار FHIR، إذ تُطوَّر عمليات خدمات المصطلحات فيها وتُوسَّع تدريجياً بما يواكب تطوّر معيار FHIR نفسه.

الفضاءات الصحية للبيانات والتبادل عبر الحدود. تعتمد المبادرات من قبيل الفضاء الأوروبي للبيانات الصحية (EHDS)، والشبكات الإقليمية لتبادل المعلومات الصحية في أفريقيا والأمريكتين وآسيا، والاجتماعات العالمية بشأن الصحة الرقمية التي تُعقد في إطار المبادرة العالمية بشأن الصحة الرقمية (GIDH)، جميعها على دلالات مشتركة لتحقيق قابلية المقارنة. والمراجعة الحادية عشرة واحدة من التصنيفات السريرية القليلة المتفق عليها دولياً، والمرخَّصة ترخيصاً مفتوحاً، والمتعددة اللغات، والمستقرة من حيث النسخ – وهي خصائص تعتمد عليها فضاءات البيانات.

مجموعات البيانات وقواميس البيانات. تعتمد أطر التبادل على مجموعات دنيا متفق عليها من البيانات: ملخصات المرضى لأغراض الرعاية عبر الحدود (مثل الملخص الدولي للمريض)، وشهادات التطعيم والاختبار، ومجموعات بيانات البرامج المستمدة من المبادئ التوجيهية للمنظمة (على سبيل المثال في مجال صحة الأم والطفل)، ومجموعات بيانات الطب التقليدي، ومجموعات بيانات الترصّد. وتتوقف قابلية المقارنة بين الأماكن المختلفة على ربط عناصر الحالات في هذه المواصفات بالمراجعة الحادية عشرة، وكذلك بالتصنيف الدولي للتدخلات الصحية والتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة حسب الاقتضاء، وذلك من خلال مجموعات القيم ومعرّفات النسخ المتاحة من واجهة برمجة التطبيقات الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة. ويعني ذلك بالنسبة للقائمين على التنفيذ على المستوى الوطني أنه ينبغي تحديد الربط بالمراجعة الحادية عشرة عند اعتماد مجموعة بيانات وطنية أو قاموس بيانات وطني أو تنقيحهما، لا إضافته لاحقاً؛ إذ إن مجموعة البيانات المرتبطة بتصنيف آخر ستحتاج إلى إعادة المضاهاة عند كل عملية تبادل.

المنافع العامة الرقمية والمعايير المفتوحة. تقدّم المنظمة المراجعة الحادية عشرة بوصفها منفعة عامة عالمية متاحة بصورة مفتوحة، في ظل حوكمة شفافة وإتاحة عالمية. ويُمكن للسلطات الصحية التي تستثمر في البنية التحتية العامة الرقمية أن تعتمد على المراجعة الحادية عشرة بوصفها معيار البيانات الدلالي دون تعرّض لا داعي له لقيود الترخيص، أو لشروط وصول خاصة بولايات قضائية بعينها، أو لشروط تعاقدية قد تتفاوت بين الأماكن أو تتغير بمرور الوقت.

الذكاء الاصطناعي في التوثيق السريري ودعم القرار. يُمكن أن يستفيد التوثيق ودعم الترميز ودعم القرار بمساعدة الذكاء الاصطناعي من محتوى مجموعات المصطلحات والتصنيفات الخاضع لحوكمة دولية. وينبغي أن يقترن استخدام المراجعة الحادية عشرة في هذه الأدوات بالتحقق من الصحة، والمراجعة البشرية، وتقييم التحيّز، وضوابط الأمن السيبراني، والامتثال للمتطلبات الوطنية الخاصة بحماية البيانات وبحوكمة الذكاء الاصطناعي المسؤول.

ويتمثّل الأثر الاستراتيجي بالنسبة لتخطيط الصحة الرقمية على المستوى الوطني في أنه ينبغي النظر في المراجعة الحادية عشرة في وقت مبكر بوصفها مكوّناً دلالياً تأسيسياً في البنية الوطنية للصحة الرقمية. فالقرارات الوطنية المبكرة تعطي القائمين على التنفيذ والمورّدين إشارات أوضح وتحدّ من مخاطر التنفيذ؛ أما التأجيل فقد يزيد من التباين بين عمليات التنفيذ المحلية ومنتجات المورّدين.

A.7مخاطر تأخير التحوّل وتكلفة الفرصة البديلة

قد يكون تأخير تنفيذ المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض ضرورياً في بعض البلدان، ويجوز للبلدان أن تواصل استخدام المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض أثناء الإعداد. ومع ذلك فإن تكاليف الفرصة البديلة المترتبة على تأخير التحوّل تتزايد بمرور الوقت، وينبغي النظر فيها صراحةً في التخطيط الوطني.

- **لم تعد المراجعة العاشرة تخضع للصيانة على المستوى الدولي.** لا يُمكن تصنيف المفاهيم السريرية الجديدة – كالأمراض المستجدة، والعوامل الممرضة الجديدة، والإجراءات الجديدة، والتوليفات الجديدة من الحالات – تصنيفاً سليماً في المراجعة العاشرة. فتتكاثر الرموز المؤقتة والحلول البديلة الوطنية، مما يزيد التجزؤ المحلي بدلاً من الحدّ منه.
- **الفجوة في البيانات تتسع.** مع تزايد عدد البلدان التي تُبلغ بياناتها وفق المراجعة الحادية عشرة، يصبح أي بلد لا يزال يُبلغ وفق المراجعة العاشرة أقل قابلية للمقارنة مع نظرائه بصورة متزايدة. ويعتمد الإبلاغ إلى منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، وتقديم بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة (SDG)، وترصّد الجوائح، ومبادرات الصحة العالمية، اعتماداً متزايداً على بيانات المراجعة الحادية عشرة.
- **أعباء الترجمة والمضاهاة والإبلاغ مستمرة.** تتطلب كل مقارنة بين الولايات القضائية، وكل دراسة للربط، وكل تقديم دولي للبيانات من بلد يستخدم المراجعة العاشرة، عملاً مخصصاً للمضاهاة – وغالباً ما يتحمّل تكلفته البلد الذي لا يزال يستخدم المراجعة العاشرة.

- **الوقت اللازم لإعداد المورّدين طويل.** يحتاج مورّدو سجلات الصحة الإلكترونية (EHR) ونظم معلومات المستشفيات (HIS) إلى سنوات من الإعداد لإعادة تصميم النظم بما يلائم تصنيفاً جديداً. وكل سنة من التأخير تُضيّق الفترة الزمنية المتاحة وتزيد من مخاطر التنفيذ.
- **تحوّل القوى العاملة يمتد لعدة سنوات.** يستغرق تدريب المرمِّزين، وإعداد المناهج الدراسية، وبناء القدرات الوطنية في مجال إدارة المعلومات الصحية (HIM) ما بين سنتين وثلاث سنوات حتى في الأماكن الوافرة الموارد.
- **لا تزال المراجعة العاشرة تُدرَج في صكوك جديدة.** ما دام لم يُتخذ قرار وطني، تظل القوانين الجديدة، واللوائح الإحصائية، وجداول التعريفات، واستمارات الإبلاغ، ومواصفات الشراء، والواجهات البينية للنظم تنصّ على استخدام المراجعة العاشرة. ويجب لاحقاً في كل صك من هذه الصكوك:
  - تحديده وتعديله قبل أن يتسنى سحب المراجعة العاشرة.
  - ولذلك يتزايد عبء العمل المتعلق بالتحوّل مع كل صك يصدر خلال هذه الفترة،
  - كما أن حصر الصكوك المطلوب تعديلها يمثّل في الواقع العملي أكبر بند منفرد من بنود العمل المتعلق بالتحوّل في البلدان ذات النظم الإدارية الناضجة.
- **الفجوات في المحتوى السريري تتسع.** تعكس المراجعة العاشرة البيّنات الطبية التي كانت متاحة في أوائل تسعينيات القرن الماضي. أما المراجعة الحادية عشرة فتعكس الواقع السريري الحالي. وكل سنة يُستمر فيها في استخدام المراجعة العاشرة تُوسّع الفجوة بين ما يراه الأطباء السريريون وما يُمكن أن تعبّر عنه البيانات.
- **لا التحوّل ولا التأجيل خالٍ من التكاليف،** وتتوقف المقارنة بينهما على الظروف الوطنية. فالتحوّل يركّز الإنفاق في فترة محدَّدة ويتطلب اتخاذ قرار؛ ويتعيّن تقدير تكاليفه محلياً، مع افتراضات صريحة، ومخصصات للطوارئ، ومراجعة مع تقدّم العمل. أما التأجيل فيتجنّب هذا الإنفاق في الوقت الحاضر، لكنه ينطوي على تكاليف تتراكم تدريجياً: المضاهاة والربط الجِسري لأغراض الإبلاغ الدولي، وصيانة التعديلات الوطنية لتصنيف لم يعد يُحدَّث على المستوى الدولي، والتباعد عن البلدان التي تُبلغ بالفعل وفق المراجعة الحادية عشرة. ويُعدّ التأجيل، بالنسبة لبعض الدول الأعضاء، المسار الملائم ريثما تُستكمل استثمارات أخرى في مجال الصحة الرقمية؛ أما بالنسبة لدول أخرى، فإن التكاليف المتكررة للتأجيل تتجاوز بالفعل تكلفة التحوّل. ويحدّد هذا الدليل فئات التكاليف وطريقة التخطيط لكي تتمكن كل دولة عضو من إجراء المقارنة بما يلائم وضعها الخاص (انظر C.4 والملحق 1[32]).

A.8 الجدوى: ما أثبتته البلدان المبكّرة في اعتماد المراجعة الحادية عشرة

لم يعد السؤال المطروح هو ما إذا كان بالإمكان تنفيذ المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض في ظل القيود العملية التي تواجهها النظم الصحية. فتجربة التنفيذ المبكرة تُبيّن أن ذلك ممكن؛ وتتمثّل الأولوية الآن في دعم تنفيذ أمثل ومستدام يخضع لحوكمة رشيدة على المستوى القُطري.

الوفيات. أدخلت عدة بلدان ترميز أسباب الوفاة وفق المراجعة الحادية عشرة في نظم الوفيات في مرافقها الصحية باستخدام أداة DORIS، وهي أداة منظمة الصحة العالمية للاختيار المؤتمت لسبب الوفاة. ونشرت سيشيل تقاريرها السنوية عن الإحصاءات الحيوية لعامي 2023 و2024 مع ترميز أسباب الوفاة وفق المراجعة الحادية عشرة، وتضمّن كل منها ملاحظة صريحة مفادها أن تغيير التصنيف وممارسات الترميز يؤثر في المقارنات بين السنوات.[15] وتُبلغ الكاميرون بيانات الوفيات المرمَّزة وفق المراجعة الحادية عشرة لعدد 31 مرفقاً في 24 منطقة صحية موزّعة على جميع الأقاليم العشرة، مع إصدار الشهادات على الورق، والترميز من جانب مديري بيانات مدرَّبين في البرمجية الوطنية للمعلومات الصحية على مستوى المناطق 2 (DHIS2)، واستخدام أداة DORIS لاختيار السبب الأساسي للوفاة، وأداة ANACoD-3 لتحليل الجودة، وكتيّب رموز مختصر ثنائي اللغة للاستخدام دون الإنترنت.[16] وأدمجت السنغال واجهة برمجة التطبيقات (API) الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة وأداة DORIS في برمجية DHIS2، وسجّلت 533 شهادة مرمَّزة في الأشهر الثلاثة الأولى من التشغيل.[17] وأطلقت سورينام في آب/ أغسطس 2024 شهادة وفاة رقمية عبر الهاتف المحمول والإنترنت تتيح الاختيار المباشر من المراجعة الحادية عشرة، ودرّبت 198 طبيباً، وجعلت ملء الشهادة رقمياً إلزامياً اعتباراً من كانون الثاني/ يناير 2025، وأرجأت إدماج أداة DORIS إلى مرحلة لاحقة.[18] وأصدرت كينيا إجراءات تشغيل موحَّدة وطنية (2025) تحدّد سير العمل الخاص بإصدار الشهادات الطبية والترميز وفق المراجعة الحادية عشرة بدءاً من المرفق الصحي وصولاً إلى أداة KHIS Tracker على برمجية DHIS2، بما في ذلك أداة DORIS وأداة ANACoD-3.[19] وأدخلت غانا وملاوي وناميبيا الترميز وفق المراجعة الحادية عشرة في نظم الوفيات لديها، وهي بصدد توسيع نطاقه ليشمل المراضة. وتجمع أوغندا واليمن بين إصدار الشهادات في المرافق الصحية بالاستناد إلى أداة DORIS والتشريح اللفظي لتوسيع التغطية لتشمل الوفيات التي تحدث في المجتمع المحلي. وتختبر البرازيل أداة DORIS وتستعد لترميز الوفيات والمراضة وفق المراجعة الحادية عشرة، بما في ذلك الطب التقليدي. وسلسلة أدوات الوفيات – الشهادة الطبية الإلكترونية بشأن سبب الوفاة (eMCCD)، وأداة DORIS للاختيار المؤتمت للسبب الأساسي للوفاة، وأداة

ANACoD-3 لجودة البيانات، وأداة CodEdit لجودة الترميز، وواجهة برمجة التطبيقات الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة لتكامل النظم، والتشريح اللفظي لتغطية الوفيات في المجتمع المحلي – مستخدَمة فعلياً في العمل الروتيني.

المراضة والتأمين الصحي. نفّذت ماليزيا المراجعة الحادية عشرة لأغراض الوفيات والمراضة في شبكة مستشفيات وزارة الصحة في 1 كانون الثاني/ يناير 2024، مع التكامل مع مستودع البيانات الوطني، وبرنامج منظَّم لإصدار الشهادات للمرمِّزين السريريين.[8] واختبرت الكويت تجريبياً ترميز المراضة وفق المراجعة الحادية عشرة في أحد المستشفيات العامة الكبرى مع مستخدمين من الأطباء، ونشرت المنهجية والدروس المستفادة.[7] وأدخلت مصر والهند ورواندا المراجعة الحادية عشرة والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية في برامجها الوطنية للتأمين الصحي.[12] ونشرت اسكتلندا المراجعة الحادية عشرة لترميز بيانات الصحة النفسية. وأدخلت ناميبيا المراجعة الحادية عشرة لبيانات المراضة في المستشفيات، مع تحسين الدقة فيما يتعلق بفيروس العوز المناعي البشري والسل والملاريا. وتنشر نيبال بيانات المراضة الخاصة بالمرضى الداخليين حسب فصول المراجعة الحادية عشرة في تقريرها السنوي عن نظام المعلومات الصحية، وتغطي هذه البيانات 631 921 حالة خروج مرمَّزة في السنة المالية 81/2080 (24/2023)، أي نحو ثلث مجموع حالات الخروج المُبلغ عنها، وهو مثال على مُخرَج وطني مجمَّع يسبق اكتمال الترميز على مستوى المرافق.[20] وأدرجت كينيا حقول تشخيص الخروج وفق المراجعة الحادية عشرة في استمارة المطالبة القانونية المنصوص عليها في لوائح التأمين الصحي الاجتماعي (2024)، بحيث يتضمن صك الجهات الدافعة التصنيف منذ البداية.[19] وتستعد شيلي وفرنسا والنرويج وأوزبكستان وكازاخستان لإجراء مشاريع تجريبية على مستوى المستشفيات أو تنفّذها حالياً، في أعقاب الترجمة إلى لغاتها الوطنية.

الرعاية الأولية. رواندا والبرازيل وبوتان من بين البلدان التي نفّذت المراجعة الحادية عشرة، أو تعكف على تنفيذها، في نظام الرعاية الصحية الأولية لديها. وداخل منظومة الأمم المتحدة، كانت وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا) من أوائل النظم الصحية على الصعيد العالمي التي نشرت المراجعة الحادية عشرة في عياداتها البالغ عددها 140 عيادة للرعاية الأولية باستخدام سجل طبي إلكتروني قائم على الحوسبة السحابية، وهي تخدم 5.9 مليون لاجئ من لاجئي فلسطين.[13]

الترميز المزدوج والمعابر. أعدّ المعهد الكندي للمعلومات الصحية المعابر (المضاهاة) الأمامية والخلفية على السواء بين ICD-10-CA والمراجعة الحادية عشرة لإحصائيات الوفيات والمراضة، واستُخدمت هذه المعابر لتقييم أثر اعتماد المراجعة الحادية عشرة على الإبلاغ الوطني، وتَجَمُّعات الحالات، والنظام الكندي لترصّد التشوهات الخلقية.[21] وأسفر مشروع تجريبي وطني في الصين شمل 59 مستشفى من مستشفيات الرعاية الثالثية في جميع المناطق الإدارية على مستوى المقاطعات عن 3 723 959 تشخيصاً مرمَّزاً لعدد 873 425 مريضاً خلال مرحلة ترميز امتدت شهرين، وأدمج 58 مستشفى من أصل 59 برمجيات الترميز وفق المراجعة الحادية عشرة في نظم إدارة المعلومات الصحية لديها.[11] وقارنت التجارب الميدانية في جمهورية كوريا بين الترميز وفق المراجعة الحادية عشرة والترميز وفق التعديل الكوري للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، مع تحسين قواعد الترميز السريري لتوضيح أوجه عدم الاتساق.[9] ووثّقت الأعمال المقارنة بشأن ترميز الأورام في الصين المكاسب التي تحققها المراجعة الحادية عشرة من حيث البنية والقدرة التعبيرية مقارنةً بالتعديلات الوطنية للمراجعة العاشرة.[10]

تَجَمُّعات الحالات. تعمل المنظمة وشبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية، بناءً على طلب الدول الأعضاء، على تطوير نظام لتَجَمُّعات الحالات يستند إلى المراجعة الحادية عشرة والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية، باستخدام المحرّك والأدوات التي يوفّرها Nordic Casemix Centre (مركز بلدان الشمال الأوروبي لتَجَمُّعات الحالات). وقد أظهرت الأعمال الكندية المتعلقة بإعادة مضاهاة منطق التجميع أنه يُمكن تكييف برامجيات التجميع الخاصة بالمجموعات المرتبطة من حيث التشخيص (DRG) بدلاً من إعادة بنائها عند التحوّل إلى المراجعة الحادية عشرة.[21]

على نطاق واسع. تتلقى واجهة برمجة التطبيقات الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة نحو 6 ملايين طلب يومياً عبر أداة التصفح وأداة الترميز وتطبيقات الأطراف الثالثة التي تدمج المراجعة الحادية عشرة؛ وقد نُزّلت حزمة الاستخدام دون الإنترنت أكثر من 250 000 مرة؛ والمراجعة الحادية عشرة متاحة في 15 لغة منشورة، ويجري العمل على 25 لغة أخرى.[14] [4] وقد عولج أكثر من 18 000 اقتراح تحديث عبر منصّة الاقتراحات المفتوحة، بمشاركة مساهمين نشطين من 99 بلداً.[2]

ما تُظهره أيضاً البلدان المبكّرة في اعتماد المراجعة الحادية عشرة. خلص استعراض منهجي لبيّنات التنفيذ في جميع الدول الأعضاء البالغ عددها 192 دولة، أُجري في عام 2026، إلى أن معظم البلدان كانت في مرحلة الإعداد أو الترجمة أو الاختبار التجريبي، وأن نواتج وطنية منشورة وفق المراجعة الحادية عشرة لم تكن متوافرة إلا في عدد قليل من البلدان. ونادراً ما كانت العقبات الموثَّقة في ذلك الاستعراض كامنة في التصنيف أو في أدواته. بل كانت كامنة في الصكوك الوطنية التي لا تزال تنص على استخدام المراجعة العاشرة (القوانين، واللوائح الإحصائية، وجداول التعريفات، والاستمارات، ومواصفات النظم)؛ وفي نظم الجهات الدافعة والسجلات والترصّد التي تتحوّل بمعزل عن ترميز الوفيات وترميز بيانات المستشفيات؛ وفي المشاريع التجريبية التي لم تُنقل إلى مرحلة الإنتاج الروتيني؛ وفي التدريب الذي قُدِّم قبل سنوات من أن تصبح النظم والاستمارات قادرة على قبول رموز المراجعة الحادية عشرة؛ وفي الفجوة بين الإعلان عن الإطلاق وتوافر نواتج مرمَّزة يمكن التحقق منها. ولذلك يولي الجزءان B وC اهتماماً خاصاً للأساس القانوني للتحوّل، وللاستخدام المتوازي للمراجعات، وللجهات الدافعة والسجلات، وللاستمرارية بين المشروع التجريبي والقرار الوطني، وللبيّنات التي تميّز الإطلاق من الاستخدام الروتيني.

ويتمثّل النمط المشترك بين جميع عمليات التنفيذ هذه في أنه لم يختر بلدان اثنان نقطة الدخول نفسها. فقد اختار كل بلد حالة الاستخدام التي كانت فيها القيمة أوضح والجاهزية أقوى، ثم توسّع انطلاقاً منها. ولا يفرض هذا الدليل تسلسلاً بعينه؛ بل يعرض الاعتبارات التي يحتاج البلد إلى موازنتها عند اختيار تسلسله الخاص.

قراءة بيّنات التنفيذ. تجيب دراسة الجدوى، والامتحان التدريبي، وتعليقات المستخدمين، والتقرير الوطني عن الإنتاج عن أسئلة مختلفة. وينبغي قراءة النتائج مقرونةً بمعلومات عن سياقها، والإصدار المستخدَم، ومسار العمل، ونطاق التغطية، وحدودها. ولا يُثبت تعدّد المنشورات الصادرة عن مشروع واحد، أو انتماء المؤلفين إلى مؤسسات في عدة بلدان، وجود عدة عمليات تنفيذ وطنية مستقلة. وينبغي أن تستند الخطط الوطنية إلى التعلّم بقيادة القائمين على التنفيذ وإلى الاستعراض المستقل، وأن تختبر الفوائد والصعوبات في مسار العمل الخاص بها (انظر C.10 وC.11).[5,7,11,37]

A.9محتوى هذا الدليل

صُمِّم ما تبقى من هذا الدليل لدعم صانعي القرار وجهات الاتصال الوطنية في اتخاذ قرار التنفيذ وفي الأعمال التي تليه.

الجزء B – ما تقدّمه المراجعة الحادية عشرة يصف الاستخدامات السريرية والإحصائية والتخصصية للمراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض؛ والأدوات المتاحة من منظمة الصحة العالمية؛ والمسار نحو نظام لتَجَمُّعات الحالات مستند إلى مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية. وهو موجَّه إلى كبار القائمين على التنفيذ الذين يحتاجون إلى فهم قدرات النظام قبل الالتزام بخريطة طريق.

الجزء C – تنفيذ المراجعة الحادية عشرة يعرض المسار العملي: كيفية إنشاء برنامج وطني للجاهزية، وما ينطوي عليه إشراك أصحاب المصلحة، وكيفية تخطيط العمل التقني وتنمية القوى العاملة، وكيفية تعامل البلدان ذات النظم الموروثة مع الجوانب الخاصة بالتحوّل، بما في ذلك المعابر (المضاهاة) والترميز المزدوج. وهو موجَّه إلى مدير المشروع الوطني وفريق التنفيذ.

الملاحق تقدِّم نموذجاً لجدول زمني، ومرجعاً للأدوات، ومسرداً للمصطلحات، وإحالات إلى icd.who.int ومركز موارد التنفيذ (Implementation Hub) والدليل المرجعي والموارد الموجَّهة إلى الأطباء السريريين، كما تقدّم – في الملحق 2 – إرشادات تفصيلية بشأن المعابر ودراسات الترميز المزدوج، بما في ذلك تجارب البلدان، والمعلومات المتعلقة بالتكاليف، والمؤلفات المنشورة.

والمقصود أن تقرأ جهة الاتصال الوطنية هذا الدليل من أوله إلى آخره، وأن يقرأ صانعو القرار أجزاء مختارة منه – إذ يكفي الجزء A والعناوين التنفيذية للجزأين B وC لاتخاذ القرار على المستوى السياسي. وينبغي للأخصائيين التقنيين أن يتعاملوا مع هذا الدليل بوصفه أداة توجيه، وأن يرجعوا إلى الدليل المرجعي ووثائق واجهة برمجة التطبيقات (API) ومركز موارد التنفيذ للاطلاع على التفاصيل.

B
ما تقدّمه المراجعة الحادية عشرة

في هذا الجزء

B.1 دليل القراءة
B.2 التوثيق السريري
B.3 الوفيات
B.4 المراضة
B.5 حالات الاستخدام التخصصية والشاملة لعدة مجالات
B.6 مسار تَجَمُّعات الحالات المستند إلى مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية
B.7 التصنيف الدولي للتدخلات الصحية: طبقة الإجراءات
B.8 التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة، وأداء الوظائف
B.9 اللغات والترجمة والاختبار الميداني
B.10 الصيانة والتحديثات والحوكمة
B.11 مجموعة التنفيذ: ما يحصل عليه البلد
B.12 التسلسل: التوسّع انطلاقاً من أقوى نقطة دخول

B.1دليل القراءة

الجزء A عرض الحجج المؤيدة للمراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض وصحّح المفاهيم الخاطئة المتداولة. أما الجزء B فهو موجَّه إلى كبار القائمين على التنفيذ الذين قبلوا هذا التوجّه ويحتاجون الآن إلى معرفة ما يحققه التنفيذ. وهو يصف القدرات السريرية والإحصائية والتخصصية للمراجعة الحادية عشرة؛ وأدوات منظمة الصحة العالمية التي تدعم كل قدرة منها؛ والمسار نحو نظام لتَجَمُّعات الحالات مستند إلى مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية. وهو محايد إزاء البلدان. وتحيل الإشارات إلى الأدوات إلى icd.who.int وإلى مركز موارد التنفيذ (Implementation Hub) للاطلاع على النسخ الحالية وأنماط التكامل ونماذج الرموز البرمجية.

وتُعرض القدرات في خمسة ميادين: التوثيق السريري، والوفيات، والمراضة، وحالات الاستخدام التخصصية والشاملة لعدة مجالات، وتَجَمُّعات الحالات. ويحدِّد كل ميدان الأدوات التي تضعه موضع التطبيق العملي. والهدف هو إعطاء جهة الاتصال الوطنية صورة واضحة عن النظام الذي ستتولى تنفيذه – لا قائمةً بالخصائص، بل خريطةً عملية.

B.2التوثيق السريري

صُمِّمت المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض لكي يستخدمها الأطباء السريريون مباشرةً في نقطة تقديم الرعاية، من خلال البحث بلغة بسيطة والأوصاف السريرية، ولكي تُستخدم بالقدر نفسه في مسارات العمل القائمة على وساطة المرمِّزين وفي مسارات العمل الإحصائية والمؤسسية التي تستند إلى المحتوى نفسه. ويمثّل هذا التصميم المزدوج الفرق الرئيسي في القدرات مقارنةً بالمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض. وهو لا يغيّر في حد ذاته من يتولى التوثيق ومن يتولى الترميز؛ بل يوسّع نطاق الاختيار. ويقرّر كل بلد، في خطة التنفيذ الخاصة به، أي مسار عمل ينطبق في أي سياق – التوثيق من جانب الأطباء السريريين، أو الاستخلاص من جانب المرمِّزين، أو مزيج من الاثنين يتولى فيه الأطباء السريريون التوثيق ويتولى المرمِّزون التحقق – ويصمِّم التدريب وتهيئة النظم وضمان الجودة وفقاً لذلك. ولا يحل هذا الاختيار محل وظائف الترميز وإدارة المعلومات الصحية؛ بل يتحوّل دورها نحو التحقق والتنسيق اللاحق (توليف الرموز) وجودة البيانات.

شكل التوثيق السريري في المراجعة الحادية عشرة. يوثّق الطبيب السريري لقاءه بالمريض باستخدام لغة الممارسة السريرية. وتتلقى أداة الترميز، المتاحة عبر متصفح الويب أو المدمجة في السجل الصحي الإلكتروني، المصطلحات النصية الحرة التي يستخدمها الطبيب السريري، وتعرض المفاهيم ذات الصلة سريرياً مرتَّبةً حسب درجة ملاءمتها. ويؤكد الطبيب السريري المفهوم المطابق للحالة. وتُحفظ صياغة الطبيب السريري نفسه في السجل إلى جانب المفهوم المختار؛ ويتيح النظام التصنيف كاملاً من خلال البحث بدلاً من قائمة ثابتة من الخيارات (انظر C.7). وحيثما تكون التفاصيل الأدق مهمة – مثل الوخامة، والتشريح، والجانبية، والآلية، والعوامل، والأجهزة، والسمات الزمنية – يضيفها التنسيق اللاحق. وحيثما يغطي المفهوم الأساسي الحالة، لا حاجة إلى أي عمل إضافي. ويكون السجل المنظَّم الناتج في آنٍ واحد وثيقةً سريرية، ومُدخلاً إحصائياً مرمَّزاً، وأساساً للاستخدامات اللاحقة، بما في ذلك دعم القرار، وقياس الجودة، والبحوث، واسترداد التكاليف.

المكوّن الأساسي والتعبير في صورة خطية. يوثّق الطبيب السريري باستخدام مفاهيم ومصطلحات مرتبطة بالمكوّن الأساسي – أي قاعدة المعارف المتعدّدة التسلسل الهرمي التي تُستمد منها جميع طرق عرض التصنيف. ويحمل كل مفهوم معرّفاً ثابتاً هو معرّف الموارد الموحَّد (URI)، وتعريفاً، ومترادفات، ومصطلحات إدراج واستبعاد، وأوصافاً سريرية. ويمكن أن يندرج المفهوم تحت أكثر من أصل واحد (فسرطان المعدة هو سرطان ومرض من أمراض الجهاز الهضمي في آنٍ واحد)، لأن الواقع السريري متعدّد التسلسل الهرمي. وتُستمد طرق عرض التصنيف – أي إحصائيات الوفيات والمراضة لأغراض التجميع الإحصائي، وطرق العرض الخاصة بالتخصصات – من المكوّن الأساسي، وتجمّع التفاصيل السريرية في فئات متنافية وشاملة لأغراض العدّ. وتكفل الفئات المتبقية ("أخرى محدَّدة"، "غير محدَّدة") اكتمال العدّ. ولا يحتاج الطبيب السريري إلى التفكير في التعبير في صورة خطية وقت التوثيق؛ إذ يتولى النظام التجميع في المراحل اللاحقة.

التنسيق اللاحق. التنسيق اللاحق هو السمة البنيوية التي تتيح للمراجعة الحادية عشرة استيعاب التفاصيل على مستوى الطبيب السريري دون تضخيم عدد المفاهيم الأساسية. ويُجمع الرمز الجذعي (الحالة) مع رموز الامتداد (التفاصيل المعدِّلة) عبر 41 محوراً محدَّداً. فالتشخيص "سكتة دماغية إقفارية، الشريان الدماغي الأمامي الأيسر، مع خزل شقي" يُعبَّر عنه برمز جذعي مضافاً إليه رموز امتداد للتشريح والآلية والوخامة، وكل منها مفهوم مرمَّز في حد ذاته وله معرّف ثابت. ويتعرّف دعم الترميز المؤتمت على ما يصل إلى 2 مليون مصطلح من خلال بنية التوليف هذه. والتنسيق اللاحق اختياري في التوثيق الروتيني – إذ يُستخدم حيثما تكون التفاصيل السريرية مهمة للاستخدام المقصود، ويُستغنى عنه حيثما يكون المفهوم الأساسي كافياً. وينطوي ترميز مزيد من التفاصيل دائماً على تكلفة، من حيث الوقت ومن حيث قابلية التكرار. وينبغي أن تكون التفاصيل المرمَّزة هي التفاصيل التي يدعمها التوثيق ويتطلبها **الاستخدام المقصود**.

أدوات التوثيق السريري.

- **أداة الترميز في المراجعة الحادية عشرة.** تتيح البحث بلغة بسيطة، وهي متعدّدة اللغات، وترتِّب توليفات الرموز الجذعية ورموز الامتداد الملائمة سريرياً، ولا تعرض إلا المعدِّلات الصالحة، ويمكن الوصول إليها دون تسجيل على icd.who.int. وهي متاحة عبر الإنترنت وفي حزم الاستخدام دون الإنترنت للسياقات ذات الاتصال المحدود بالإنترنت.
- **أداة تصفح المراجعة الحادية عشرة.** التصنيف كاملاً، مع إمكانية البحث بالمصطلحات الدارجة لدى غير المختصين، ودعم لغات متعدّدة، وأوصاف سريرية وافية، والتنقل حسب التشريح والآلية. وهي متاحة دون تسجيل.
- **واجهة برمجة التطبيقات (API) الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة.** نقاط نهاية مستقرة من نوع REST ومتوائمة مع معيار FHIR لأغراض التكامل في سجلات الصحة الإلكترونية، ونظم التوثيق المحيطي، ونظم دعم القرار السريري. ومعرّفات موارد موحَّدة معيارية، وتحديد مزدوج لمفاهيم المكوّن الأساسي ومفاهيم إحصائيات الوفيات والمراضة، ونقاط نهاية مستقرة عبر النسخ، ونماذج رموز برمجية منشورة على icd.who.int/icdapi.
- **منصّة ICD-FIT.** منصّة منظمة الصحة العالمية الشبكية للتدريب على الترميز وفق المراجعة الحادية عشرة وللتقييم الذاتي. ويرمِّز المستخدمون ملخصات حالات موحَّدة ويتلقون تعليقات بالمقارنة مع الرموز المرجعية، بحيث يمكن اختبار دقة الترميز ورصدها على مستوى الأفراد أو المجموعات أو القوى العاملة الوطنية في مجال الترميز.

ما يحتاج الأطباء السريريون إلى معرفته. صُمِّمت المراجعة الحادية عشرة لكي يستخدمها الأطباء السريريون مباشرةً. ويمكن أن يعتمد التوثيق السريري الروتيني على توجيه مركَّز يناسب كل دور بدلاً من التدريب الكامل المخصص للمرمِّزين، شريطة أن يكون النظام متكاملاً وأن تُتاح للمستخدمين الممارسة تحت الإشراف والدعم. وينبغي أن يُحدَّد حجم التدريب وفقاً لمسار العمل والكفاءة المُثبَتة.[7] ولا يزال المرمِّزون بحاجة إلى التدريب للتعامل مع الحالات الصعبة والتنسيق اللاحق وقواعد الإبلاغ الإحصائي. ويتيح البحث بلغة بسيطة في أداة الترميز للطبيب السريري العثور على المفهوم الصحيح باستخدام المصطلحات السريرية بدلاً من مصطلحات الترميز. ويظل المرمِّزون المتخصصون مهمين للعمل المؤسسي والإحصائي، ولا سيما في سياقات النظم الموروثة ولأغراض تَجَمُّعات الحالات، غير أنه يمكن للأطباء السريريين أن يتولوا مباشرةً التوثيق السريري اليومي. ويمثِّل ذلك تحوّلاً جوهرياً عن الممارسة المتبعة في ظل المراجعة العاشرة في كثير من البلدان، ومسألةً تتعلق بالقوى العاملة يلزم أن تتناولها خطة التنفيذ صراحةً.

B.3 الوفيات

يمثِّل الإبلاغ عن بيانات الوفيات حالة الاستخدام ذات التاريخ الدولي الأطول والأدوات الأكثر نضجاً. وبالنسبة إلى البلدان التي لديها نظم راسخة للتسجيل المدني والإحصاءات الحيوية، يمكن أن يكون الانتقال إلى الإبلاغ عن الوفيات استناداً إلى المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض نقطة دخول أقل خطورة، وكثيراً ما يكون أول قدرة يبدأ تشغيلها الفعلي.

ما تحققه المراجعة الحادية عشرة في مجال الوفيات. مجموعة بيانات كاملة عن أسباب الوفاة قابلة للمقارنة دولياً، مرمَّزة على مستوى الطبيب السريري في نقطة إصدار الشهادة، مع اختيار مؤتمت للسبب الأساسي للوفاة يطبِّق قواعد منظمة الصحة العالمية على نحو متسق في جميع المرافق، ومدعومة برصد جودة البيانات في كل دورة إبلاغ. ويتمثَّل الحد الأدنى المطلوب للإبلاغ الدولي في مستوى الرموز الجذعية؛ ويمكن للبلدان إضافة تفاصيل رموز الامتداد حيثما تجعل الأولويات السريرية أو الوبائية ذلك مفيداً.

سلسلة أدوات الوفيات. توفّر المنظمة مجموعة كاملة ومختبَرة من الأدوات التي تعمل من البداية إلى النهاية، من الطبيب المُصدِر للشهادة إلى نواتج الإحصاءات الحيوية الوطنية. ولا تحتاج البلدان التي تنفّذ المراجعة الحادية عشرة في مجال الوفيات إلى البناء من الصفر.

- **الشهادة الطبية الإلكترونية بشأن سبب الوفاة (eMCCD).** إصدار شهادات رقمية منظَّمة عند حدوث الوفاة، مع قاموس بيانات موحَّد وترميز وفق المراجعة الحادية عشرة عند المصدر. وهي تحل محل الشهادات الورقية وأخطاء إعادة الإدخال التي تنجم عن الورق. وهي مصمَّمة للتكامل في نظم الإحصاءات الحيوية الوطنية وفي نظم معلومات المستشفيات حيثما تحدث الوفيات أثناء تلقي الرعاية.
- **أداة DORIS – أداة المنظمة للاختيار الرقمي لسبب الوفاة القائم على قواعد مفتوحة متكاملة.** اختيار مؤتمت للسبب الأساسي للوفاة يطبِّق قواعد المنظمة الخاصة بالوفيات على نحو متسق وشفاف. وهي متعدّدة اللغات. ومجموعات القواعد منشورة وقابلة للتكييف على المستوى الوطني. وقد بُنيت أداة DORIS للمراجعة الحادية عشرة ولا تعمل إلا معها؛ وبالنسبة إلى البلدان التي تشغّل نظماً للوفيات قائمة على المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تمثِّل أداة DORIS النقطة التي يصبح عندها التحوّل إلى المراجعة الحادية عشرة عاملاً لتبسيط مسار العمل لا لتعقيده.

- **أداة ANACoD-3 – تحليل بيانات أسباب الوفاة.** تقييم روتيني لجودة البيانات في الإبلاغ عن أسباب الوفاة: الكشف عن الأسباب غير المحدَّدة تحديداً جيداً، والثغرات، والأنماط المثيرة للشبهة. وهي مصمَّمة لكي تُشغَّل في كل دورة إبلاغ، بحيث تصبح الجودة مؤشراً منشوراً بدلاً من أن تكون مراجعة تُجرى لمرة واحدة.
- **أداة CodEdit.** تقييم جودة الترميز في السجلات الفردية ومدى اتساق ملف الإبلاغ. وهي تكمّل أداة ANACoD-3.
- **أداة المنظمة للتشريح اللفظي.** أداة موحَّدة لتقييم سبب الوفاة حيثما لا يتاح إصدار الشهادات الطبية – الوفيات في المجتمعات المحلية، والوفيات في المناطق النائية أو الريفية، والوفيات في مجتمعات الشعوب الأصلية. وتوفّر المنظمة قائمة أسباب مطابقة للمراجعة الحادية عشرة. والتشريح اللفظي هو الآلية التي يمكن من خلالها أن يحقق الإبلاغ الوطني عن الوفيات تغطية كاملة لأراضي البلد بدلاً من تغطية مقتصرة على الوفيات في المرافق.
- **واجهة برمجة التطبيقات (API) الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة.** دمج ترميز الوفيات وفق المراجعة الحادية عشرة في نظم الإحصاءات الحيوية القائمة عبر نقاط نهاية REST وFHIR.

تسلسل التنفيذ في مجال الوفيات. تتكرر ثلاثة أوضاع انطلاق.

1. **البلدان التي تعتمد على إصدار الشهادات الورقية أو غير المنظَّمة** والتي تمر بمرحلة تحوّل رقمي يمكنها الانتقال مباشرةً إلى الشهادة الطبية الإلكترونية بشأن سبب الوفاة بوصفها نقطة الدخول، مع إدراج الترميز وأداة DORIS في المنصّة الوطنية.
2. **البلدان التي لديها نظم راسخة للإحصاءات الحيوية** تُرمَّز فيها الشهادات آلياً انطلاقاً من النص (نظام Iris أو أداة MedCoder أو محرّكات مماثلة تعمل بالمراجعة العاشرة) يمكنها إدخال أداة DORIS بوصفها محرّك الترميز والاختيار وفق المراجعة الحادية عشرة إلى جانب مسار المعالجة القائم: فلا تتغيّر الشهادة ولا مسار عمل الطبيب المُصدِر للشهادة، ويعمل المحرّكان بالتوازي على الشهادات نفسها لفترة محدَّدة، وتُقارن النواتج قبل تحويل السلسلة.
3. **البلدان التي تستخدم قوائم مبسَّطة للوفيات** (مثل قائمة الوفيات الابتدائية للمراجعة العاشرة) يمكنها بالمثل التحوّل دون الإخلال بطبقة إدخال البيانات، لأن الطبيب المُصدِر للشهادة يسجّل نصاً لا رموزاً، ويُطبَّق الترميز وفق المراجعة الحادية عشرة في مرحلة لاحقة. وفي الأوضاع الثلاثة جميعها، يمكن البدء في التنفيذ في مجال الوفيات دون انتظار الجاهزية في مجال المراضة. وهذا هو النمط السائد بين البلدان التي بدأت بالنظم القائمة على المرافق (رواندا، وأوغندا، وغانا، وملاوي، وناميبيا، وسيشيل، والسنغال، وغيرها)، وكذلك بين البلدان التي لديها نظم ناضجة للإحصاءات الحيوية والتي حدَّدت موعداً لتحويل سلسلة بيانات الوفيات – اليابان اعتباراً من السنة الإحصائية 2027، والسويد اعتباراً من سجل الوفيات لعام 2027، والبرازيل اعتباراً من عام 2027 – ويُجري عدد منها دراسة للترميز الجسري تمهيداً للتحويل.

المساران في الممارسة العملية.

في البلدان التي ليس لديها مسار معالجة مؤتمت راسخ منذ أمد طويل، تتمثّل نقطة الدخول الأكثر شيوعاً في ترميز أسباب الوفاة في المرافق الصحية من خلال تطبيق أسباب الوفاة الخاص بالمراجعة الحادية عشرة في البرنامج الحاسوبي DHIS2 أو في منصّة وطنية مماثلة، مع استخدام أداتي DORIS وANACoD-3 في المراحل اللاحقة (الكاميرون، وكينيا، والسنغال، وسيشيل). [15] [16] [17] [19]

أما في البلدان التي لديها نظم كاملة للتسجيل المدني والإحصاءات الحيوية، فإن نقطة الدخول هي مركز الترميز في مكتب الإحصاء أو في الوزارة، حيث تحل أداة DORIS – أو نظام Iris بالنسبة إلى البلدان التي تستخدمه بالفعل في نسخته المستندة إلى المراجعة الحادية عشرة – محل أداة الترميز المؤتمت القائمة أو تعمل إلى جانبها على الشهادات التي تصل أصلاً بصيغة إلكترونية؛ ولا يتأثر الطبيب المُصدِر للشهادة إلى أن يجري تحديث الشهادة الإلكترونية نفسها.

وتحدِّد ثلاثة قرارات تصميمية، في كلا المسارين، ما إذا كانت النتيجة إحصاءً وطنياً للوفيات لا مجرد مشروع.

ويتعلق القرار الأول بالتغطية ومقامها: ففي مسار المرافق، تمثّل الوفيات في المرافق مجموعة فرعية من جميع الوفيات، وكثيراً ما يكون اكتمال إصدار الشهادات منخفضاً في السنوات الأولى، ولذلك ينبغي أن تحدِّد الخطة هدفاً للاكتمال وأن تُبلغ عن الوفيات المرمَّزة وفق المراجعة الحادية عشرة قياساً إلى جميع الوفيات المسجَّلة؛ وفي مسار مكتب الإحصاء، يتمثّل القرار المعادل في تحديد ما إذا كان التحويل ينطبق على جميع الوفيات اعتباراً من سنة تسجيل معيَّنة أو يجري على مراحل حسب المنطقة أو مركز الترميز، إذ لا يمكن نشر سنة مختلطة بوصفها سلسلة واحدة.

ويتعلق القرار الثاني بتسليم المسؤولية بين المؤسسات: فكثيراً ما تشغِّل وزارة الصحة وسلطة التسجيل المدني والمكتب الوطني للإحصاء مسارات معالجة منفصلة، وقد يرمّز نظام المعلومات الصحية وفق المراجعة الحادية عشرة في حين يستمر النشر الرسمي وفق المراجعة العاشرة؛ وحيثما يكون مكتب الإحصاء هو المالك للسلسلة، فإن التغيير يتطلب عادةً تعديل اللائحة الإحصائية أو صك معادل، وهو ما ينبغي جدولته بالتزامن مع العمل التقني.

وفي كلتا الحالتين، ينبغي الاتفاق كتابةً على تدفق البيانات وعلى المسؤولية عن السلسلة المنشورة قبل بدء التشغيل الفعلي.

ويتعلق القرار الثالث بقابلية المقارنة: إذ ينبغي أن يذكر أول تقرير عن الوفيات وفق المراجعة الحادية عشرة تغيير التصنيف وأثره في الاتجاهات، كما فعلت سيشيل في تقريريها لعامي 2023 و2024؛[15] أما البلدان التي لديها سلاسل زمنية طويلة ومؤشرات سياساتية تستند إليها، فإنها تذهب عادةً إلى أبعد من ذلك وتنشر نسب قابلية المقارنة المستمدة من دراسة للترميز الجِسري تشمل سنة مرجعية كاملة، كما يفعل عدد منها استعداداً لعمليات التحويل في الفترة 2027–2028. وحيثما يظل إصدار الشهادات ورقياً، فإن الترميز الذي يجريه مديرو بيانات مدرَّبون باستخدام قائمة رموز وطنية مختصرة، كما في الكاميرون، يمثّل ترتيباً مؤقتاً عملياً، شريطة أن يُستخدم في النظام التصنيف الكامل وإصدار محدَّد، وأن يوثَّق الاختصار بوصفه مجموعة قيم بدلاً من أن يُعامل بوصفه تعديلاً وطنياً.[16]

وينبغي أن تُنقل استعراضات وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة، التي تجري أحياناً باستخدام ICD-MM وICD-PM (وهما تطبيقا المنظمة للمراجعة العاشرة على وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة)، إلى الأساس نفسه القائم على المراجعة الحادية عشرة ضمن الخطة نفسها، أياً كان المسار؛ وحيثما تُستبعد هذه الاستعراضات، يظل البلد لسنوات يُبلغ عن الوفيات العامة وفق المراجعة الحادية عشرة وعن وفيات الأمهات وفق المراجعة العاشرة.

تبدأ الجودة قبل الشهادة. تضخِّم الأدوات ما يتيحه التدريب؛ لكنها لا تحل محله. وترتكز جودة بيانات الوفيات على مسارين تدريبيين: التدريب على إصدار الشهادات الطبية للطبيب السريري الفاحص، والتدريب على التشريح اللفظي للقائم بالمقابلة المدرَّب. ويمثّل الاستثمار في هذين المسارين القرار الأكبر أثراً على الإطلاق في التنفيذ الوطني في مجال الوفيات. فبدونهما، تعمل الأدوات اللاحقة على تلميع الأخطاء بدلاً من تصحيحها.

B.4 المراضة

المراضة هي المجال الذي تُحدث فيه المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض أكبر فرق عملي. فقد تطوّر ترميز المراضة وفق المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض على نحو متباين بين البلدان استجابةً للاحتياجات المحلية، ما أفرز تعديلات وطنية تباعدت عن التصنيف الدولي وعن بعضها بعضاً. وقد صُمِّمت المراجعة الحادية عشرة للحدّ من الضغوط الداعية إلى إنشاء نسخ وطنية تُصان على نحو منفصل: إذ تعالج رموز الامتداد، والتنسيق اللاحق (توليف الرموز)، ومستوى التفصيل المتاح على مستوى المكوّن الأساسي، ومنصّة الاقتراحات، مجتمعةً، معظم الأسباب التي دعت تاريخياً إلى إجراء تعديلات وطنية.

ما تقدّمه المراجعة الحادية عشرة في مجال المراضة. سجل سريري ذو دلالة عند سرير المريض، وقابل للمقارنة بين المؤسسات وعبر الحدود، وملائم من الناحية الهيكلية للاستخدام اللاحق في تَجَمُّعات الحالات وقياس الجودة والترصّد والبحث واسترداد التكاليف، وذلك كله في آن واحد. ويُمكن التعبير عن بيانات الخروج من المستشفى، وزيارات الرعاية الخارجية، وزيارات الرعاية الأولية، والبيانات المقدَّمة إلى السجلات، وتقارير أحداث سلامة المرضى، جميعها بالتصنيف ذاته، استناداً إلى المكوّن الأساسي ذاته، وبالمعرِّفات ذاتها.

معيار الإبلاغ الأدنى. يقتضي الإبلاغ الدولي عن بيانات المراضة تقديمَ الرموز الجذعية مع وصف للحالة الرئيسية، على النحو المبيَّن في الدليل المرجعي. وتُبلغ البلدان على هذا المستوى بوصفه حداً أدنى؛ وسيختار كثير منها الإبلاغ بمزيد من التفصيل – رموز الامتداد والتنسيق اللاحق – للاستخدامات المحلية وللمبادرات الدولية التي تستفيد من بيانات أغنى (سلامة المرضى، ومقاومة مضادات الميكروبات، وتسجيل السرطان). ويُعد الإبلاغ على المستوى الأدنى أو بما يتجاوزه خياراً وطنياً؛ والتصنيف يدعم كلا الخيارين.

سير عمل الترميز. يُمكن أن يتولى ترميز المراضة مرمِّزون مدرَّبون يعملون انطلاقاً من السجلات السريرية (النموذج الموروث)، أو أطباء سريريون عند نقطة التوثيق (النموذج المباشر)، أو أن يجري وفق نموذج هجين يوثِّق فيه الأطباء السريريون في النظام ويتولى المرمِّزون التنقيح والتدقيق. والمراجعة الحادية عشرة تدعم النماذج الثلاثة جميعها. وتفيد البيّنات المستمدة من المشاريع التجريبية في الكويت وماليزيا والصين بأن التدريب المصمَّم خصيصاً للأطباء، والدعم في الموقع، والتكامل مع نظام معلومات المستشفيات القائم هي العوامل الميسِّرة الرئيسية؛ وبأن ضعف التزام القيادة وقصور الإعداد في مجال تكنولوجيا المعلومات هما العائقان الرئيسيان.

الإبلاغ الإجمالي قبل الترميز على مستوى المريض. في بعض البلدان، يتمثّل أول ناتج وطني ظاهر لبيانات المراضة وفق المراجعة الحادية عشرة في جدولة على مستوى الفصل أو على مستوى مجموعة الفئات في التقرير السنوي لنظام المعلومات الصحية، تُنتَج قبل أن يرمِّز كل مرفق كل سجل ترميزاً أصلياً. وتُعد هذه النواتج معالم رئيسية مفيدة وينبغي التعامل معها على هذا الأساس: إذ ينبغي أن يذكر التقرير نسبة السجلات المرمَّزة، وما إذا كانت الرموز قد سُجِّلت تسجيلاً أصلياً أو بالمضاهاة من التصنيف الموروث، وإصدار المراجعة الحادية عشرة المستخدَم. ومن دون هذه الإيضاحات الثلاثة، يُفهم الناتج، على الصعيدين الوطني والدولي، على أنه ترميز وطني مكتمل، ولا يُحدَّد أبداً الهدف التالي (التغطية، والتسجيل الأصلي، وحداثة الإصدار).

مجموعة البيانات الوطنية الدنيا للمراضة. يقتضي الإبلاغ الدولي تقديم الرمز الجذعي والحالة الرئيسية، على النحو المبيَّن في الدليل المرجعي؛ غير أن التنفيذ الوطني يحتاج إلى أكثر من ذلك لإنتاج بيانات صالحة للاستخدام، وينبغي تثبيت عناصر البيانات في قاموس البيانات الوطني قبل تهيئة النظم. وينبغي أن تحدِّد مجموعة البيانات الوطنية للمراضة وفق المراجعة الحادية عشرة، كحد أدنى، ما يلي: الحالة الرئيسية والقاعدة التي تُختار بموجبها؛ والحالات الثانوية، مع السياسة المتعلقة بعدد ما يُسجَّل منها وما هو إلزامي منها؛ والأسباب الخارجية حيثما كانت الإصابات والتسممات والأحداث الضارة مشمولة بالنطاق؛ وسياسة رموز الامتداد والتنسيق اللاحق، أي المحاور المطلوبة في كل سياق (على سبيل المثال، الجانبية وعلم الأنسجة المرضية في علم الأورام، والضرر والسبب والنمط بالنسبة إلى أحداث سلامة المرضى، والمقاومة بالنسبة إلى مقاومة مضادات الميكروبات) والمحاور الاختيارية؛ ونوع الزيارة وتاريخا الدخول والخروج؛ ومعرّفات المرفق والتخصص؛ وعلامات سلامة المرضى ومقاومة مضادات الميكروبات حيثما تُجمع؛ وإصدار المراجعة الحادية عشرة ونمط التسجيل (أصلي أو بالمضاهاة) لكل سجل. وتمثّل مجموعة البيانات مواصفات المحتوى؛ أما التمثيل التقني لكل عنصر (معرّف الموارد الموحَّد (URI)، أو الرمز أو العنقود، واللغة، والنظام المصدر، والطوابع الزمنية) فيرد وصفه بشكل منفصل (انظر C.7). والبلد الذي يحدِّد مجموعة البيانات مرة واحدة وينشرها مع جداول رموزه يتجنّب أكثر المشكلات تكراراً في المراحل اللاحقة: سجلات يتعذّر تجميعها لأن المرافق سجّلت عناصر مختلفة، ونواتج يتعذّر التحقق من إصدارها ونمط تسجيلها.

التدقيق الوطني في ترميز المراضة. تُرصد جودة بيانات الوفيات بأدوات راسخة (أداة ANACoD-3 لتحليل بيانات أسباب الوفاة، وأداة CodEdit)؛ أما بيانات المراضة فتحتاج إلى نموذج وطني مكافئ للتدقيق، لأن جودة بيانات المراضة وفق المراجعة الحادية عشرة تتوقف على قرارات تُتخذ عند نقطة الترميز ولا يُمكن لأي أداة في المراحل اللاحقة تصحيحها. فالتحقق المدمج في النظم يتأكد من وجود الرمز ومن أنه مسموح به؛ أما التدقيق فيتأكد من أنه يمثّل ما يرد في السجل. ولا يُغني أحدهما عن الآخر (انظر C.7). وينبغي تصميم التدقيق مع خطة التنفيذ وتشغيله منذ أول مشروع تجريبي، على أن يشمل: اختيار الحالة الرئيسية مقارنةً بالسجل؛ واكتمال تسجيل الحالات الثانوية؛ وترميز الأسباب الخارجية حيثما ينطبق ذلك؛ وترميز أحداث سلامة المرضى، بما في ذلك اكتمال عنقود الضرر–السبب–النمط؛ وترميز مقاومة مضادات الميكروبات حيثما كان مشمولاً بالنطاق؛ وصحة التنسيق اللاحق (المحاور المسموح بها، والتوليفات الصحيحة، والترتيب الصحيح)؛ ومعدلات الرموز غير المحدَّدة حسب الفصل وحسب المرفق؛ والموثوقية بين المقيِّمين على عيّنة يُعاد ترميزها؛ والسجلات المرفوضة أو المعادة وأسباب ذلك؛ وإنتاجية المرمِّزين، مقيسةً على نحو يكشف كلاً من نقص الترميز وعبء العمل غير المستدام. وينبغي إحالة النتائج إلى المرافق وإلى الجهات المقدِّمة للتدريب، بحيث تتحول الأخطاء المتكررة إلى محتوى تدريبي وإلى تغييرات في تهيئة النظم، كما ينبغي نشرها في صورة إجمالية في إطار رصد التنفيذ (انظر C.11). وتُظهر امتحانات التدريب المنشورة في إطار المشاريع التجريبية أن دقة الترميز المقيسة مع التنسيق اللاحق ومن دونه تختلف اختلافاً كبيراً في الأشهر الأولى من الاستخدام،[11] ونتائج الامتحانات تحدِّد احتياجات التدريب؛ أما دقة الترميز في مرحلة الإنتاج فتحتاج إلى تدقيق منفصل مقارنةً بالسجلات السريرية.

أدوات المراضة:

- أداة الترميز في المراجعة الحادية عشرة وأداة التصفح (كما في التوثيق السريري).
- واجهة برمجة التطبيقات (API) الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة (كما في التوثيق السريري).
- أداة CodeFusion. أداة ترميز تابعة لمنظمة الصحة العالمية تقرأ النصوص التشخيصية من الملفات وتضاهيها برموز المراجعة الحادية عشرة ومعرّفات الموارد الموحَّدة. وهي ملائمة للترميز على دفعات، ودعم المضاهاة، ومراجعة البيانات الموروثة خلال فترة التحوّل.
- منصّة ICD-FIT (منصّة التدريب على التنفيذ الميداني للتصنيف الدولي للأمراض). منصّة قائمة على الويب تابعة للمنظمة للتدريب والتقييم الذاتي في مجال الترميز وفق المراجعة الحادية عشرة. ويرمِّز المستخدمون مجموعات من المصطلحات التشخيصية سبق ترميزها ومستخرجة من السجلات الطبية ومن شهادات سبب الوفاة، باستخدام أداة الترميز المدمجة الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة، ويتلقون تعقيبات فورية إذ تُقارن الرموز التي أسندوها بمعيار مرجعي لتوليد درجة أداء وترتيب. والغرض منها بناء مهارات المرمِّزين بحيث تتمكّن البلدان من إنتاج بيانات صحية وبيانات وفيات موثوقة وموحَّدة أثناء التحوّل إلى المراجعة الحادية عشرة. ويُمكن أيضاً استخدام مجموعات المصطلحات الخاصة بمنصّة ICD-FIT لقياس الموثوقية بين المقيِّمين في إطار التدقيق الوطني في المراضة.

الاحتياجات الوطنية. حيثما يحدِّد بلدٌ ما حاجة حقيقية لا تغطيها المراجعة الحادية عشرة – فئة قانونية، أو اشتراط إبلاغ محدَّد، أو حالة خاصة بسياق معيَّن – فإن منصّة الاقتراحات على الرابط https://icd.who.int/dev11 هي السبيل إلى ذلك. ويخضع المحتوى المضاف عبر هذا السبيل لاستعراض الأفرقة الاستشارية المعنية، ويُدرج في المكوّن الأساسي، ويصبح متاحاً لجميع البلدان. أما البديل التاريخي – أي إنشاء تعديل وطني – فيؤدي إلى تباين محلي، ويُنشئ عبء صيانة مستمراً، ويُضعف قابلية المقارنة. وتُفضي منصّة الاقتراحات إلى تحسين مشترك وتتجنّب ذلك العبء. وستُقيَّم الاحتياجات الخاصة من حيث ما إذا كانت موجودة في المكوّن الأساسي للمراجعة الحادية عشرة، أو يُمكن تلبيتها بالتنسيق اللاحق، وإن تعذّر ذلك، من حيث الموضع الصحيح لإدراجها في المكوّن الأساسي.

B.5 حالات الاستخدام التخصصية والشاملة لعدة مجالات

تتضمّن المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض قدرات متكاملة لعدد من المجالات التخصصية والمجالات الشاملة التي كانت المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض إما لا تتناولها أو تتناولها على نحو غير كافٍ. وهذه ليست منتجات منفصلة؛ بل هي جزء من التصنيف ذاته، ويُوصل إليها عبر الأدوات ذاتها، وتخضع لإطار الحوكمة ذاته. والأمثلة الواردة أدناه توضيحية وليست حصرية.

مقاومة مضادات الميكروبات. ترميز مقاومة مضادات الميكروبات، بما يتواءم مع النظام العالمي لمنظمة الصحة العالمية لترصّد مقاومة مضادات الميكروبات واستخدامها (GLASS). ويُتيح ذلك الترصّد الروتيني انطلاقاً من البيانات الصحية المرمَّزة بدلاً من نظم الإبلاغ الموازية.

سلامة المرضى والجودة. تتضمّن المراجعة الحادية عشرة قسماً بشأن سلامة المرضى خضع لتنقيح جوهري ويتواءم مع إطار المنظمة لسلامة المرضى. وتُتيح رموز الامتداد تسجيل الأحداث الضارة والمضاعفات وأعطال الأجهزة، والنوعية التي يتطلّبها قياس الجودة والإبلاغ عنها.

الأمراض النادرة. جرت مضاهاة جميع مفاهيم الأمراض النادرة في شبكة Orphanet بالمراجعة الحادية عشرة، مع معرّفات ثابتة للأمراض التي ليس لها رموز فردية. وهذه هي المرة الأولى التي تصبح فيها فئة السكان المصابين بالأمراض النادرة قابلة للترميز بصورة روتينية في البيانات الصحية الدولية؛ ولذلك عواقب كبيرة على سجلات المرضى، وتقييمات برامج الأدوية، وقرارات استرداد التكاليف.

الصحة النفسية. جرى تحديث الأوصاف السريرية والمتطلبات التشخيصية (CDDR) تحديثاً جوهرياً ومواءمتها مع دليل DSM-5 حيثما تدعم البيّنات هذه المواءمة. وقد ثبتت قابلية المقارنة مع الإبلاغ الوطني المستند إلى دليل DSM؛ ويتاح ترميز الصحة النفسية وفق المراجعة الحادية عشرة مجاناً، في حين يخضع استخدام دليل DSM لرسوم ترخيص.

أداء الوظائف والإعاقة. يتضمّن القسم التكميلي بشأن أداء الوظائف قائمة مختصرة من الرموز المستمدة من التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة، إلى جانب نظام المنظمة لتقييم الإعاقة 2.0 (WHODAS 2.0). وتُتيح مجموعات الرموز المستمدة من التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة التوثيقَ الموحَّد لتشخيص أداء الوظائف، في حين يوفّر نظام المنظمة لتقييم الإعاقة 2.0 مقياساً للحصائل الصحية ويسمح بحساب درجة موجزة لأداء الوظائف. ويُحسِّن الاثنان معاً جودة البيانات تحسيناً كبيراً لأغراض إعادة التأهيل، وتقييم الإعاقة، والسياسات الاجتماعية، وتنسيق الرعاية.

الطب التقليدي. يُتيح فصل تكميلي لحالات الطب التقليدي الترميزَ المزدوج، بما يسمح بإحصاء حالات الطب التقليدي جنباً إلى جنب مع التشخيص الطبي الحيوي. وكان الفصل التكميلي الخاص بالطب التقليدي في المراجعة الحادية عشرة يغطي في البداية حالات الطب التقليدي التي نشأت في الصين القديمة وتُمارس في الصين واليابان وجمهورية كوريا وبلدان أخرى، ثم وُسّع في عام 2025 ليشمل الحالات المتصلة بالأيورفيدا والسيدها والأوناني. ويُتيح الفصل، للمرة الأولى، الإحصاء الموحَّد لزيارات الطب التقليدي، وقياس حصائلها، ومقارنتها بالرعاية السائدة.

الرعاية الأولية. أُعدّ محتوى الرعاية الأولية بالاشتراك مع المنظمة العالمية للكليات والأكاديميات والرابطات الأكاديمية الوطنية للأطباء العامين/أطباء الأسرة (WONCA). ويُمكن استخدام المكوّن الأساسي الكامل مباشرةً في مواقع الرعاية الأولية لسببين: فهو يتضمّن الحالات الخاصة بالرعاية الأولية، كما أن الرعاية الأولية تتولى أيضاً تدبير حالات شخّصها أخصائيون.

الإصابات والأسباب الخارجية. بنية مُعاد تنظيمها للإصابات والأسباب الخارجية تغطي طبيعة الإصابة، والتشريح، والآلية، والسبب الخارجي، بوصفها محاور منفصلة قابلة للتنسيق اللاحق (توليف الرموز). وهي ملائمة لترصّد إصابات حوادث المرور على الطرق، والإبلاغ عن إصابات العمل، والبحوث المتعلقة بالإصابات الرياضية، والتوثيق في أقسام الطوارئ.

تسجيل السرطان. صُمِّم التصنيف الدولي للأمراض – علم الأورام لسجلات السرطان السكانية وسجلات السرطان في المستشفيات، وينتقل محوراه الخاصان بالطبوغرافيا والمورفولوجيا إلى المراجعة الحادية عشرة: فالرموز الجذعية للأورام في الفصل 2 منظَّمة حسب الموضع والسلوك، ورموز الامتداد الخاصة بعلم الأنسجة المرضية (XH) تطابق مورفولوجيا التصنيف الدولي للأمراض – علم الأورام، ويتضمّن التشريح التفاصيلَ المضمَّنة أيضاً في التصنيف الدولي للأمراض – علم الأورام، بحيث يحمل السجل المستشفوي المرمَّز وفق المراجعة الحادية عشرة بالرموز الجذعية ورموز علم الأنسجة المرضية، مكمَّلةً حسب الحاجة برموز الامتداد الخاصة بالتشريح، المعلوماتِ التي يحتاج إليها السجل، ويُمكن التعبير عن سجل مرمَّز وفق التصنيف الدولي للأمراض – علم الأورام بالمراجعة الحادية عشرة دون فقدان للتفاصيل. ولا تغيّر السجلات ترميزها الأساسي؛ وما يتغيّر هو الطبقة التي تُبلغ وتربط من خلالها. واليوم، تنشر معظم السجلات معدلات الوقوع وفق تجميعات المراجعة العاشرة وتربطها ببيانات الوفيات المرمَّزة وفق المراجعة العاشرة. وعندما تنتقل بيانات الوفيات وبيانات المستشفيات الوطنية إلى المراجعة الحادية عشرة، يحتاج السجل إلى تحويل من التصنيف الدولي للأمراض – علم الأورام إلى المراجعة الحادية عشرة لجداول معدلات الوقوع الخاصة به، وإلى أساس متفق عليه للربط بين الوقوع والوفيات خلال السنوات التي يُرمَّز فيها المصدران على نحو مختلف، وإلى ملاحظة بشأن قابلية المقارنة لسلسلة معدلات الوقوع، لأن الفصل 2 يعيد تجميع بعض الأورام (حسب السلوك، وحسب التصنيف الدموي، وحسب

الموضع) مقارنةً بالمراجعة العاشرة. وهذه مسارات عمل خاصة بالسجلات ينبغي جدولتها ضمن الخطة الوطنية، وليست أسباباً لتأخيرها. وينبغي التخطيط معاً للتحوّل إلى الطبعة الحالية من التصنيف الدولي للأمراض – علم الأورام، الذي تنفّذه عدة سجلات، ولتحوّل طبقة الإبلاغ إلى المراجعة الحادية عشرة، بحيث يغيّر السجل جداول التحويل الخاصة به مرة واحدة. وينبغي التحقق من قدرة برامجيات السجلات على إخراج البيانات وفق المراجعة الحادية عشرة وعلى قبول الإخطارات الواردة من المستشفيات والمرمَّزة وفق المراجعة الحادية عشرة؛ وحيثما تتلقى السجلات إخطارات من نظم مستشفيات انتقلت إلى المراجعة الحادية عشرة، فإن التحويل العكسي إلى التصنيف الدولي للأمراض – علم الأورام هو المضاهاة ذاتها في الاتجاه المعاكس، وينبغي أن يخضع لحوكمة السجل، لا لحوكمة كل مستشفى على حدة.

التطعيم والشهادات والاستجابة للطوارئ. إن حالة التطعيم ونتائج الاختبارات وقواميس بيانات الاستجابة للطوارئ التي أُعدّت خلال الاستجابة لكوفيد-19 قابلة للترميز وفق المراجعة الحادية عشرة. والأعمال الداعمة المتعلقة بشهادات التطعيم الذكية والتوثيق الرقمي لنتائج الاختبارات قيد التشغيل.

كيف يدخل المحتوى التخصصي في الممارسة الوطنية. يبدأ الاستخدام التخصصي للمراجعة الحادية عشرة دائماً تقريباً في المبادئ التوجيهية والبروتوكولات السريرية التي تعتمد المعايير التشخيصية للمراجعة الحادية عشرة، وكثيراً ما يحدث ذلك قبل تغيير نظام الترميز بسنوات. وهذه خطوة أولى مشروعة، لكنها تُنشئ فترة تُوضع فيها التشخيصات وفق معايير المراجعة الحادية عشرة وتُسجَّل برموز المراجعة العاشرة، وأحياناً برموز وطنية مؤقتة أُنشئت لهذا الغرض. وينطوي ذلك على خطر مزدوج: بيانات يتعذّر تفسيرها بالرجوع إلى أي من التصنيفين، وجداول رموز مطبوعة في المبادئ التوجيهية نُسخت بدلاً من أن تُولَّد وتحتوي على أخطاء. وثمة ثلاث قواعد تحدّ من هذا الخطر. فينبغي للمبدأ التوجيهي أو البروتوكول الذي يعتمد معايير المراجعة الحادية عشرة أن يذكر الرمز الواجب تسجيله وإلى متى؛ وينبغي توليد جداول الرموز الواردة في البروتوكولات والاستمارات واللوائح من واجهة برمجة التطبيقات (API) الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة لإصدار محدَّد بالاسم والتحقق من صحتها قبل نشرها؛ وينبغي ألا يُبلَّغ عن اعتماد المعايير في المبادئ التوجيهية بوصفه تنفيذاً للمراجعة الحادية عشرة.

السجلات ونظم الترصّد تتحوّل بشكل منفصل. كثيراً ما تعتمد سجلات الأمراض النادرة وقواعد استرداد التكاليف على رموز ORPHA إلى جانب المراجعة العاشرة؛ ويسمح الربط بين المراجعة الحادية عشرة وشبكة Orphanet على مستوى المكوّن الأساسي بالإبقاء على هذه الرموز وربطها بدلاً من استبدالها، وينبغي أن تحدِّد الخطة هذا الربط والنظام الذي يتولى صيانته. أما نظم الإبلاغ عن حوادث سلامة المرضى، والتيقّظ الدوائي (MedDRA)، وترصّد مقاومة مضادات الميكروبات (برمجية WHONET، والنظام العالمي لترصّد مقاومة مضادات الميكروبات واستخدامها)، وسجلات السرطان (التصنيف الدولي للأمراض – علم الأورام)، وسجلات التشوهات الخلقية، فيعمل كل منها وفق معياره الدولي الخاص ولا ينتقل مع ترميز المستشفيات. وينبغي أن تقرّر الخطة، لكل منها، ما إذا كانت المراجعة الحادية عشرة ستُضاف بوصفها رابطاً، أو تُعتمد بوصفها الرمز الأساسي، أو تُترك دون تغيير لفترة محدَّدة، وأن تنصّ على ذلك في الصك الوطني. وتعتمد بعض البلدان المراجعة الحادية عشرة فصلاً تلو الآخر أو تستبعد فصولاً بعينها في البداية؛ وحيثما يحدث ذلك، ينبغي النص على الاستثناءات في الصك بحيث يظل الإبلاغ متسقاً ويكون الإغفال ظاهراً.

B.6 مسار تَجَمُّعات الحالات المستند إلى مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية

بالنسبة إلى البلدان التي تشغّل نظم المجموعات المرتبطة من حيث التشخيص (DRG) أو نظم التمويل المستند إلى الأنشطة، كثيراً ما تكون تَجَمُّعات الحالات نقطة التعثّر التي تعطّل القرارات على المستوى الوزاري بشأن التحوّل إلى المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض في مجال المراضة. وتتساءل السلطات الصحية التي تشغّل نظم المجموعات المرتبطة من حيث التشخيص أو التمويل المستند إلى الأنشطة، عن حق، عمّا إذا كان الانتقال إلى المراجعة الحادية عشرة سيؤدي إلى تعطيل البنية التحتية لاسترداد التكاليف لديها. والإجابة المستخلصة من البيّنات ومن الأعمال الجارية هي أنه لن يؤدي إلى ذلك.

الموقف الاستراتيجي. يتولى Nordic Casemix Centre (مركز بلدان الشمال الأوروبي لتَجَمُّعات الحالات) تطوير محرّك NordDRG وصيانته – وهو نظام لتَجَمُّعات الحالات يُستخدم في بلدان الشمال الأوروبي وفي عدد متزايد من السياقات الأخرى. وقد أتاح المركز المحرّك والأدوات الداعمة لتكييفها مع المراجعة الحادية عشرة والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية. وتقود منظمة الصحة العالمية وشبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية أعمال التكييف، بناءً على طلب الدول الأعضاء. وستكون النتيجة، عند اكتمالها، نظاماً لتَجَمُّعات الحالات مستنداً إلى مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية: أي منطق تجميع وفق المجموعات المرتبطة من حيث التشخيص يأخذ حالات المراجعة الحادية عشرة وتدخلات التصنيف الدولي للتدخلات الصحية مدخلاتٍ له، ويُنتج مجموعات لتَجَمُّعات الحالات يُمكن للبلدان أن تعتمدها أو تكيّفها أو تستخدمها نقطة انطلاق لأعمالها الوطنية في مجال تَجَمُّعات الحالات.

أهمية ذلك من الناحية الاستراتيجية. شكّلت تَجَمُّعات الحالات تاريخياً قناةً لنشوء التعديلات الوطنية: فحين لم يكن التصنيف الدولي يوفّر المدخلات التي يحتاج إليها نظام المجموعات المرتبطة من حيث التشخيص المحلي، كانت البلدان تُنشئ تعديلات. وكانت النتيجة انتشار نظم

للمجموعات المرتبطة من حيث التشخيص خاصة بكل بلد، مع تعديلات للرموز خاصة بكل بلد، ودون صيانة مشتركة، ومع قابلية محدودة للمقارنة الدولية للحصائل المرجَّحة بالتكلفة. ويكسر نظام تَجَمُّعات الحالات المستند إلى مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية هذا النمط: فالمدخلات (المراجعة الحادية عشرة، والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية) تخضع لحوكمة دولية؛ ومنطق التجميع متاح بشكل مفتوح وقابل للتكييف؛ والصيانة مشتركة.

البيّنات الكندية. أثبتت الأعمال التي أُجريت في المعهد الكندي للمعلومات الصحية أن منطق التجميع في تَجَمُّعات الحالات يُمكن إعادة مضاهاته بصورة منهجية مع مدخلات المراجعة الحادية عشرة بدلاً من إعادة بنائه من الصفر. وتمثّل السكتة الدماغية مثالاً تطبيقياً مفيداً: إذ تنتقل الرموز إلى فصل آخر في المراجعة الحادية عشرة (بسبب إعادة التنظيم حسب الآلية والوعاء الدموي بدلاً من الموقع)، لكن الفئة الرئيسية ذاتها من المجموعات المرتبطة من حيث التشخيص تظل منطبقة، والتفاصيل السريرية الأغنى في المراجعة الحادية عشرة تُنتج مدخلات أفضل لنمذجة التكاليف – لا أسوأ. والدرس المستفاد هو أن التحوّل في تَجَمُّعات الحالات مسار عمل، وليس عائقاً. غير أن التحوّل في تَجَمُّعات الحالات يحتاج إلى تمويل، ونواتج مختبرة، وقرار قبول متفق عليه

تسلسل العمل في تَجَمُّعات الحالات. ينبغي للبلدان التي تشغّل نظم المجموعات المرتبطة من حيث التشخيص أن تتعامل مع تَجَمُّعات الحالات بالتوازي مع قرار تنفيذ المراجعة الحادية عشرة، لا بالتتابع بعده. فالشروع مبكراً في التخطيط للتحوّل في تَجَمُّعات الحالات – بتقييم أثر مدخلات المراجعة الحادية عشرة على برامجيات التجميع القائمة، وتحديد نطاق العمل اللازم لإعادة مضاهاة المنطق، وإشراك المورّدين – يختصر الجدول الزمني الإجمالي بدلاً من أن يطيله. وأمام البلدان التي ليس لديها نظم للمجموعات المرتبطة من حيث التشخيص فرصة لا تتاح للبلدان ذات النظم الموروثة للمجموعات المرتبطة من حيث التشخيص: وهي اعتماد نظام تَجَمُّعات الحالات المستند إلى مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية منذ البداية، على الأساس الدلالي ذاته الذي تقوم عليه بقية البنية التحتية لمعلوماتها الصحية.

لماذا تُعد نظم الجهات الدافعة أبطأ المجالات. تُثبَّت قواعد استرداد التكاليف وجداول التعرفة واستمارات المطالبات وإصدارات برامجيات التجميع في لوائح أو عقود لها دورات المراجعة الخاصة بها، وتتحكّم كل جهة دافعة، بما في ذلك شركات التأمين الخاصة وصناديق المعونة الطبية، في صكوكها الخاصة. ولهذا السبب يُمكن أن يكتمل التحوّل في مجالي الوفيات والمراضة في المستشفيات بينما يظل غير مكتمل في مجال استرداد التكاليف: فإلى أن تتفّح كل جهة دافعة صكوكها الخاصة، ستظل تشترط رموز المراجعة العاشرة شرطاً للدفع، بصرف النظر عمّا يستخدمه النظام الإحصائي الوطني. وحيثما تفرض الجهات الدافعة المراجعة العاشرة بصرامة، يتلقى الأطباء السريريون والمرمِّزون الإشارة الأقوى من الجهة الدافعة، ويتعثّر استخدام المراجعة الحادية عشرة في المجال السريري حتى حيثما تدعمها النظم. ولذلك يحتاج التحوّل لدى الجهات الدافعة إلى مسار عمل خاص به في الخطة يشمل: حصر الصكوك التي تحدِّد الرموز الواجب استخدامها في المطالبات؛ واتخاذ قرار بشأن ما إذا كانت المطالبات ستقبل كلتا المراجعتين لفترة محدَّدة، أو ستُضاهى مركزياً، أو ستشترط المراجعة الحادية عشرة اعتباراً من تاريخ محدَّد؛ وإدراج حقول المراجعة الحادية عشرة في استمارة المطالبات القانونية، كما فعلت كينيا في لوائح التأمين الصحي الاجتماعي لعام 2024؛[19] واعتماد إصدار مجمَّد من المراجعة الحادية عشرة لأغراض التجميع. ويُمكن للبلدان التي تُنشئ نظام تأمين جديداً أو نظاماً جديداً للمطالبات أن تحدِّد المراجعة الحادية عشرة منذ البداية وأن تتجنّب التحوّل كلياً.

B.7التصنيف الدولي للتدخلات الصحية: طبقة الإجراءات

التصنيف الدولي للتدخلات الصحية هو مكوّن مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية الذي يغطي التدخلات الجراحية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية والتمريضية وتدخلات الصحة العمومية. وفي حين تجيب المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض عن سؤال "ما هي حالة المريض؟"، يجيب التصنيف الدولي للتدخلات الصحية عن سؤال "ما الذي أُجري؟".

لماذا التصنيف الدولي للتدخلات الصحية إلى جانب المراجعة الحادية عشرة. تطبّق بلدان كثيرة تصنيفات وطنية للإجراءات أو مجموعات مصطلحات للإجراءات صادرة عن جهات خارجية. وتخدم هذه النظم أغراضها الوطنية، لكنها تختلف فيما بينها من حيث البنية ومستوى التفصيل، بحيث لا تكون بيانات التدخلات ونتائج العمليات الجراحية ومجموعات تَجَمُّعات الحالات قابلة للمقارنة مباشرةً عبر الحدود، وتجري صيانة كل نظام منها وترخيصه على حدة. ويوفّر التصنيف الدولي للتدخلات الصحية تصنيفاً للإجراءات ضمن مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية، مبنياً على المكوّن الأساسي نفسه الذي تقوم عليه المراجعة الحادية عشرة، ويخضع للحوكمة والتحديث معها. وهو يدعم قابلية المقارنة الدولية لبيانات التدخلات، ويُمكن أن يُستخدم، حيثما كان ذلك مناسباً، بوصفه تصنيفاً ومجموعة مصطلحات وطنية للإجراءات، أو بوصفه مرجعاً يُضاهى به نظام وطني قائم. ويستند الاختيار بين الاعتماد والمضاهاة والإبقاء على النظام القائم إلى تقييم وطني للنظام القائم ومستخدميه وتكلفة التغيير.

التصنيف الدولي للتدخلات الصحية قابل للمضاهاة. حيثما يطبّق البلد بالفعل مجموعة مصطلحات وطنية للإجراءات، تجري المضاهاة بين التصنيف الدولي للتدخلات الصحية وتلك المجموعة في الاتجاهين. والمضاهاة عمل فعلي، لكنها عمل المضاهاة نفسه الذي يتطلبه أي خيار آخر لمجموعة مصطلحات للإجراءات، مع فارق أن المضاهاة مع التصنيف الدولي للتدخلات الصحية تفتح الباب أيضاً أمام نظام تَجَمُّعات الحالات

المستند إلى مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية وأمام قابلية المقارنة الدولية. أما اختيار مجموعة مصطلحات للإجراءات لا تصدر عن منظمة الصحة العالمية فيكرّر التجزّؤ الذي أحدثته التعديلات الوطنية للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض – إذ تختلف من بلد إلى آخر، وتجري صيانة كل منها على حدة، ويُرخَّص كل منها على حدة.

التكامل مع الطب التقليدي. يتضمن التصنيف الدولي للتدخلات الصحية مسار عمل خاصاً بتدخلات الطب التقليدي، يوازي الفصل التكميلي الخاص بحالات الطب التقليدي في المراجعة الحادية عشرة. وهذا هو المقابل الإجرائي الذي يتيح توثيق لقاءات الطب التقليدي توثيقاً كاملاً – أي ما راجع المريض بسببه وما أُجري له على حد سواء.

الوضع الراهن والاعتماد. يجري إعداد التصنيف الدولي للتدخلات الصحية بصورة نشطة من خلال شبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية. ولم تعتمده جمعية الصحة العالمية رسمياً بعد بوصفه تصنيفاً للمنظمة، لكنه يُستخدم بالفعل في أعمال التنفيذ في عدد من السياقات – ومنها مصر في مجال التمويل الصحي، والهند في إطار الهيئة الوطنية للصحة، ورواندا في الإبلاغ السريري الكامل، وغيرها. ولا يلزم أن ينتظر تنفيذ التصنيف الدولي للتدخلات الصحية اكتمال جميع خصائصه في كل مجال؛ فالبلدان التي تعتمده الآن تسهم في تشكيل إعداده من خلال منصّة الاقتراحات.

B.8 التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة، وأداء الوظائف

التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة هو مكوّن مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية الذي يغطي وظائف الجسم وبُنى الجسم والأنشطة والمشاركة والعوامل البيئية. وهو الإجابة عن سؤال "كيف يؤدي المريض وظائفه؟".

لماذا التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة في السجل السريري. أداء الوظائف هو البُعد الذي لا يرصده التشخيص وحده. فقد يكون لمريضين لديهما التشخيص نفسه مساران مختلفان تماماً لأداء الوظائف؛ وقد تكون لمريضين لديهما تشخيصان مختلفان احتياجات متشابهة في أداء الوظائف. وتعتمد إعادة التأهيل والرعاية الطويلة الأجل وتقييم الإعاقة وتنسيق الرعاية جميعها على بيانات أداء الوظائف، وقد ظلت تاريخياً تعاني من العرقلة بسبب غياب التسجيل الروتيني لأداء الوظائف. ويسدّ التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة هذه الثغرة، مع نظام المنظمة لتقييم الإعاقة 2.0 (WHODAS 2.0) لحساب الدرجات الموجزة.

التكامل مع المراجعة الحادية عشرة. يرتبط قسم أداء الوظائف في المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض (القسم V) ارتباطاً مباشراً بقائمة مختصرة من فئات التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة، ويتضمن نظام المنظمة لتقييم الإعاقة 2.0 المؤلَّف من 36 بنداً، مما يتيح توثيق أداء الوظائف وقياسه إلى جانب التشخيص. ويُمكن حساب درجة موجزة لأداء الوظائف وتتبّعها بمرور الوقت، قبل التدخلات وبعدها.

تسجيل البيانات بمساعدة الحاسوب والذكاء الاصطناعي. ظلت تكلفة التسجيل المنظَّم هي العقبة التاريخية أمام التوثيق الروتيني المستند إلى التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة. ويغيّر الذكاء الاصطناعي المحيطي ومعالجة اللغات الطبيعية هذا الوضع: فحيثما تُسجَّل المحادثة السريرية وتُنظَّم، يُمكن استنتاج فئات أداء الوظائف وعرضها على الطبيب السريري لتأكيدها، بدلاً من مطالبة الطبيب السريري بإدخالها يدوياً. ويصبح التوثيق باستخدام التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة على نطاق واسع ممكناً لأول مرة منذ نشر هذا التصنيف.

B.9 اللغات والترجمة والتدريب على الترميز

يُعدّ التوافر بلغات متعددة أحد الفروق الهيكلية بين المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض والمراجعات السابقة. فقد اكتسبت المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ترجمات خاصة بكل بلد تباعدت بمرور الوقت وبين المناطق؛ أما المراجعة الحادية عشرة فتجري صيانتها بوصفها مصدراً واحداً ذا مُخرجات بلغات متعددة، وتخضع لحوكمة مركزية.

اللغات المنشورة. يُتاح إصدار 01-2026 من المراجعة الحادية عشرة لإحصائيات الوفيات والمراضة في 15 لغة: اللغات الرسمية الست للأمم المتحدة (العربية والصينية والإنكليزية والفرنسية والروسية والإسبانية) والتشيكية والكازاخية والبرتغالية والسلوفاكية والسويدية والتركية والأوزبكية، إلى جانب نسخة باللغة اللاتينية لا تتضمن سوى العناوين. وتُتاح نسخة بالألمانية بوصفها إصداراً تمهيدياً، وصدرت نسخة باليابانية للاستخدام الوطني. ويجري العمل على 25 لغة أخرى في مراحل مختلفة من الترجمة في أداة الترجمة التابعة لمنظمة الصحة العالمية، من المسودة الأولى إلى المراجعة السريرية؛ وتُمثَّل على المنصّة 40 لغة في المجموع. وتشير هذه الأرقام إلى إحصائيات الوفيات والمراضة وإلى إصدار 01-2026؛ أما المكوّن الأساسي للمراجعة الحادية عشرة والتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة فلكل منهما قائمة لغات خاصة به.

أداة الترجمة. تتيح أداة الترجمة، وهي جزء من منصّة صيانة المراجعة الحادية عشرة، لمراكز الترجمة المسجَّلة إعداد نسخ لغوية وصيانتها بحيث تظل أمينة للأصل. ويُخطَر المترجمون المسجَّلون بالتغييرات التي تطرأ على الأصل؛ وتُنتَج مجموعة المُخرجات نفسها بلغات متعددة من منصّة واحدة. والنتيجة هي التقارب بدلاً من التباعد – نسخة فرنسية واحدة، ونسخة إنكليزية واحدة، مع إدراج المترادفات المحلية فيهما لتغطية المتغيرات السريرية أو الإقليمية.

أداة التدريب على الترميز. تتيح منصّة ICD-FIT، وهي منصّة المنظمة المستندة إلى الإنترنت للتدريب على الترميز وفق المراجعة الحادية عشرة وللتقييم الذاتي، للمرمِّزين التمرّن على حالات موحَّدة ومقارنة نتائجهم بالرموز المرجعية (انظر B.4).

العمل على الترجمة الوطنية بوصفه مسار عمل. بالنسبة إلى البلدان التي لم تصبح لغتها الوطنية بعد إحدى اللغات المنشورة للمراجعة الحادية عشرة، يمثّل العمل اللغوي أحد مسارات عمل التنفيذ. وهو ليس عائقاً – إذ يُمكن للبلدان أن تنفّذ بإحدى اللغات الرسمية للأمم المتحدة ريثما يتقدم العمل اللغوي – ولكن بالنسبة إلى التشغيل على مستوى السكان في الاستخدام السريري، يُعدّ استكمال النسخة باللغة الوطنية شرطاً مسبقاً أساسياً.

التخطيط الواقعي لمسار العمل اللغوي. إن النسخة اللغوية التي تنشرها المنظمة، والنسخة المُتحقَّق من صحتها على المستوى الوطني، والنسخة المشغَّلة في النظم الوطنية هي ثلاثة مُخرجات متمايزة، وينبغي أن تحدّد الخطة أيّاً منها تسعى إلى تحقيقه وفي أي موعد. وفي البلدان التي أنجزت هذا العمل، استغرقت الترجمة الكاملة للمراجعة الحادية عشرة والتحقق من صحتها على يد الخبراء ما بين سنة واحدة وثلاث سنوات، تبعاً للنطاق وللموارد المخصَّصة. أما الأوصاف السريرية والمتطلبات التشخيصية الخاصة بالصحة النفسية، والدليل المرجعي، وواجهة أداة الترميز، والمواد التدريبية، فهي بنود منفصلة لكل منها جدوله الزمني، وينبغي التخطيط لها على هذا الأساس. وتختصر الترجمة بمساعدة الآلة مرحلة المسودة الأولى ولكنها لا تختصر المراجعة السريرية، وهي الخطوة التي كثيراً ما تُترك دون إتمام؛ وينبغي أن تنصّ النسخة التي تُنشر بينما لا تزال فصول منها قيد المراجعة على ذلك. وينبغي أن تحدّد الخطة الإصدار الذي تجري ترجمته، وأن تنصّ على إبقاء الترجمة محدَّثة وفق التحديث السنوي، لأن النسخة المجمَّدة عند إصدار سابق لا يُمكن استخدامها مع الأدوات الحالية. وينبغي تسجيل المصطلحات المستخدمة في الممارسة السريرية المحلية بوصفها مترادفات بدلاً من تغيير عناوين الفئات. وحيثما لن تُتاح النسخة باللغة الوطنية قبل بضع سنوات، يُمكن المضي في التنفيذ بإحدى لغات المنظمة المتاحة، كما فعلت سورينام إذ نفّذت بالإنكليزية بينما كانت نسخة باللغة الهولندية قيد الإعداد،[23] على أن تُستحدث النسخة الوطنية لاحقاً بوصفها تحديثاً متزامناً لا بوصفها تنفيذاً ثانياً.

الموافقة واختبار البحث. ينبغي أن يحدّد مسار العمل اللغوي مسؤول إدارة الترجمة والمراجعين السريريين والجهة المخوَّلة بالموافقة، مع سجلات منفصلة للمحتوى المترجَم والموافقة السريرية والتشغيل. وقبل التشغيل، ينبغي اختبار المصطلحات الوطنية الشائعة وأشكال التهجئة المختلفة والمترادفات والاختصارات في أداة التصفح وأداة الترميز؛ فاكتمال الترجمة لا يثبت في حد ذاته أن البحث مُرضٍ. وينبغي تسجيل المصطلحات التي لم تُحسم، وإضافة المترادفات الناقصة على منصّة الترجمة، وإحالة مشكلات البحث إلى المنظمة، وتكرار الاختبارات ذات الصلة بعد التحديثات.[34,38]

الأسئلة المتعلقة بفئات معيَّنة. ينبغي النظر في النقاش حول اسم فئة ما أو موضعها أو متطلباتها التشخيصية بمعزل عن الجاهزية لتنفيذ المراجعة الحادية عشرة. وتشرح المنظمة موضوعات مختارة في صفحة الأسئلة الشائعة بشأن التصنيفات التابعة لها. وينبغي لجهات الاتصال الوطنية أن تستخدم الأسئلة الشائعة الحالية والدليل المرجعي والإصدار المحدَّد بالاسم في التدريب والتواصل، وأن تسجّل أي شواغل سريرية أو تشغيلية متبقية. ويُمكن تقديم اقتراحات التغيير المدعومة بالبيّنات من خلال منصّة الصيانة الخاصة بمجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية.

B.10 الصيانة والتحديثات والحوكمة

تجري صيانة المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض وفق دورة تحديث سنوية. ويمثّل ذلك تغييراً جوهرياً مقارنةً بالمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، التي كانت تخضع لتحديثات رئيسية كل ثلاث سنوات وتحديثات طفيفة سنوية، والتي باتت الآن مجمَّدة. وتُبقي الدورة السنوية التصنيف مواكباً للبيّنات السريرية؛ وتجعل البنية التحتية الرقمية التحديثات السنوية ممكنة دون إحداث اضطراب في نظم البلدان.

منصّة الاقتراحات. تُقدَّم اقتراحات إدخال تغييرات على المحتوى – مفاهيم جديدة، وتحسينات على مفاهيم قائمة، وإيضاحات، وتصويبات – من خلال منصّة الاقتراحات المفتوحة في الموقع icd.who.int/dev11. وتستعرض الهيئات الاستشارية المعنية الاقتراحات. وقد عولج أكثر من 18 000 اقتراح منذ افتتاح المنصّة، بمشاركة مساهمين نشطين من 99 بلداً. والمنصّة مفتوحة للأطباء السريريين والباحثين والمرمِّزين وأي طرف آخر مهتم؛ وتمثّل المشاركة في عملية الصيانة أحد السبل التي تسهم البلدان من خلالها في تشكيل التصنيف الدولي.[2]

الحوكمة الاستشارية. تشرف منظمة الصحة العالمية على الصيانة بالتعاون مع شبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية من خلال اللجنة الاستشارية المعنية بالتصنيف والإحصاءات (CSAC)، مسترشدةً بمُدخَلات اللجنة الاستشارية الطبية والعلمية (MSAC)، والفريق المرجعي المعني بالوفيات (MRG)، والفريق المرجعي المعني بالمراضة (MbRG)، والفريق المرجعي المعني بالطب

التقليدي (TMRG). وتقدِّم اللجنة الاستشارية المعنية بالتصنيف والإحصاءات أيضاً المشورة بشأن تحديثات التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية، بما يكفل التنسيق على نطاق مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية.

استقرار النسخ بالنسبة إلى القائمين على التنفيذ. يحمل كل إصدار من إصدارات المراجعة الحادية عشرة معرّفات ثابتة عبر النسخ؛ ويُمكن تفسير السجلات المرمَّزة في أي وقت دون لبس. ويخطط القائمون على التنفيذ على المستوى الوطني ومورّدو سجلات الصحة الإلكترونية (EHR) لعمليات التحوّل لديهم بحيث تُدمج التحديثات وفق جدول زمني يُمكن التنبؤ به. وبالنسبة إلى تَجَمُّعات الحالات، يوصى بفترة تجميد أطول (عادةً سنتان على الأقل) لإتاحة استقرار منطق التجميع قبل إجراء مزيد من التحسين. وينبغي أن تحدّد الصكوك الوطنية وجداول الرموز ومجموعات القيم دائماً إصدار المراجعة الحادية عشرة الذي تشير إليه؛ إذ لا يُمكن التحقق من صحة قائمة رموز لا تتضمن معرّف الإصدار، ولا تحديثها، ولا مقارنتها.

B.11مجموعة التنفيذ: ما يحصل عليه البلد

يحصل البلد الذي ينفّذ المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض على مجموعة كاملة ومجانية وخاضعة لحوكمة مفتوحة من التصنيفات والأدوات والبنية التحتية الداعمة. وتُلخَّص المجموعة هنا لأغراض التوجيه؛ ويصف الجزء C كيفية التخطيط لتشغيلها.

التصنيفات والمحتوى.

- المراجعة الحادية عشرة (المكوّن الأساسي، وإحصائيات الوفيات والمراضة، وعمليات التعبير في صورة خطية لأغراض التخصصات، وطرق العرض الخاصة بالرعاية الأولية، ووحدات الطب التقليدي).
- التصنيف الدولي للتدخلات الصحية (التدخلات).
- التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة (أداء الوظائف)، مع نظام المنظمة لتقييم الإعاقة 2.0 (WHODAS 2.0).
- التصنيفات المشتقة وذات الصلة: التصنيف الدولي للأمراض – علم الأورام؛ وأنماط التكامل مع قاموس MedDRA، والمنتدى الدولي لمنظِّمي الأجهزة الطبية (IMDRF)، وبوابة Orphanet، والأسماء الدولية غير المسجَّلة الملكية (INN)، والتصنيف التشريحي العلاجي الكيميائي (ATC)، والنظام العالمي لترصّد مقاومة مضادات الميكروبات واستخدامها (GLASS)، والتسمية العالمية للأجهزة الطبية (GMDN)، ونظام LOINC، وغيرها.

أدوات الاستخدام.

- أداة تصفح المراجعة الحادية عشرة وأداة الترميز (عبر الإنترنت، ودون الإنترنت، ومتعددتا اللغات، ولا تتطلبان تسجيلاً).
- واجهة برمجة التطبيقات (API) الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة (نقاط نهاية REST ونقاط نهاية متوافقة مع معيار FHIR).
- أداة CodeFusion (المضاهاة والترميز على دفعات).
- منصّة ICD-FIT (منصّة التدريب على التنفيذ الميداني للتصنيف الدولي للأمراض): التدريب والتقييم الذاتي في الترميز وفق المراجعة الحادية عشرة (انظر B.4).
- أداة الترجمة.

أدوات خاصة بالوفيات.

- الشهادة الطبية الإلكترونية بشأن سبب الوفاة (eMCCD).
- أداة DORIS (الاختيار المؤتمت لسبب الوفاة).
- أداة ANACoD-3 (تقييم جودة البيانات).
- أداة CodEdit (تقييم جودة الترميز).
- أداة المنظمة للتشريح اللفظي.

المراجع والإرشادات.

- الدليل المرجعي للمراجعة الحادية عشرة (الوثيقة المرجعية المرافقة لدليل التنفيذ هذا).
- مركز موارد التنفيذ (Implementation Hub) في الموقع icd.who.int الذي يتضمن النسخ الحالية وأنماط التكامل وأمثلة برمجية.

- الصفحات الموجَّهة إلى الأطباء السريريين، بما في ذلك الأسئلة الشائعة بشأن التنفيذ وموارد التوثيق الخاصة بالأطباء السريريين.
- منصّة الاقتراحات في الموقع icd.who.int/dev11.
- موارد التدريب (أي وحدة التدريب على المراجعة الحادية عشرة المدعومة من أكاديمية منظمة الصحة العالمية، والمراكز المتعاونة مع المنظمة المعنية بمجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية).

دعم المنظمة. تقدِّم المنظمة وشبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية المساعدة التقنية ودعم التدريب والتنسيق للتنفيذ الوطني. وتمثِّل المكاتب الإقليمية والمراكز المتعاونة جهات الاتصال التشغيلية للعمل داخل البلدان.

B.12 التسلسل: التوسّع انطلاقاً من أقوى نقطة دخول

الجزء A أوضح أنه لم يختر أيُّ بلدين من البلدان المبكّرة في اعتماد المراجعة الحادية عشرة نقطة البداية نفسها. وهذا هو الأثر العملي بالنسبة إلى القائمين على التنفيذ: لا يوجد تسلسل واحد لتنفيذ المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض. ونقطة البداية الصحيحة هي تلك التي تكون فيها القيمة أوضح والجاهزية أقوى في سياق البلد.

بعض الأنماط المستمدة من البيّنات:

- **البلدان التي لديها نظم ناضجة لبيانات الوفيات** تبدأ عادةً بالوفيات. فسلسلة الأدوات (الشهادة الطبية الإلكترونية بشأن سبب الوفاة (eMCCD)، وأداة DORIS، وأداة ANACoD-3، وأداة CodEdit، والتشريح اللفظي) مستخدمة في الإنتاج الروتيني؛ والمكاسب في جودة البيانات وحسن توقيتها فورية؛ والأثر على الإبلاغ القائم محدود ومفهوم جيداً.
- **البلدان التي لديها نظم مراضة جديدة أو يُعاد بناؤها** يُمكنها اعتماد المراجعة الحادية عشرة مباشرةً دون تكبّد تكاليف التحوّل الوسيط إلى المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض. ومن الأمثلة على ذلك وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا)، والهند في إطار الهيئة الوطنية للصحة (NHA)، ونظام التمويل الصحي في مصر.
- **البلدان التي لديها نظم راسخة لبيانات المراضة في المستشفيات تستند إلى المراجعة العاشرة** تختبر عادةً استخدام المراجعة الحادية عشرة لبيانات المراضة اختباراً تجريبياً في مستشفيات مختارة – والمشاريع التجريبية في الكويت وماليزيا والصين هي الأمثلة الموثَّقة – ثم توسّع النطاق استناداً إلى البيّنات.
- **البلدان التي لديها نظم موروثة ناضجة ووكالة وطنية للتنسيق** يُمكنها تنفيذ خريطة طريق مرحلية تقودها الوكالة. ومن الأمثلة الموثَّقة في المؤلفات المنشورة فرنسا، حيث تتولى الوكالة الوطنية للمعلومات الصحية (ATIH) القيادة، مع خريطة طريق منظَّمة تشمل الترجمة وجاهزية النظم وتدريب القوى العاملة والشراكات مع مقدِّمي نظم معلومات المستشفيات.[22]
- **البلدان التي لديها دوافع تخصصية قوية** – الصحة النفسية، وتسجيل السرطان، والطب التقليدي، وسلامة المرضى – تبدأ أحياناً بمسار العمل التخصصي وتستخدمه مدخلاً لاعتماد أوسع نطاقاً. ومن الأمثلة على ذلك التنفيذ في مجال الصحة النفسية في اسكتلندا.
- يُمكن للبلدان ذات الأولويات في مجال الرعاية الأولية أن تدخل من خلال الرعاية الأولية باستخدام المراجعة الحادية عشرة كاملةً بدلاً من قائمة مختصرة. فالتصنيف الكامل يغطي جميع الأوضاع الصحية ذات الصلة بالرعاية الأولية، بما في ذلك الحالات المرضية التي ينقلها المرضى معهم من الرعاية الثانوية والثالثية، بحيث يظل سجل الرعاية الأولية كاملاً ومتصلاً بسجل المستشفى؛ ويحافظ البحث بلغة بسيطة في أداة الترميز على إمكانية استخدام التصنيف الكامل على هذا المستوى. وتُنتَج تحليلات الرعاية الأولية باستخدام قائمة جدولة خاصة.

وتوازن خطة التنفيذ في أي بلد بين هذه الأنماط وبين موارده التشخيصية الخاصة وبنيته التحتية لتكنولوجيا المعلومات وقواه العاملة وأولوياته السياساتية. ويبيّن الجزء C كيفية القيام بهذا التخطيط.

C

تنفيذ المراجعة الحادية عشرة

في هذا الجزء

C.1 دليل القراءة
C.2 الحوكمة: إرساء الهيكل الوطني الملائم منذ البداية
C.3 التقييم الذاتي: ما ينبغي معرفته قبل صياغة الخطة
C.4 التخطيط: تحويل التقييم الذاتي إلى خريطة طريق
C.5 القوى العاملة: أطول وقت لازم للإعداد في الخطة
C.6 إشراك أصحاب المصلحة: كسب تأييد المنظومة بأكملها
C.7 الجاهزية التقنية: تكنولوجيا المعلومات والتكامل والعمل مع المورّدين
C.8 التحوّل في البلدان ذات النظم الموروثة: المعابر واستمرارية السلاسل الزمنية
C.9 دراسات الترميز المزدوج
C.10 الاختبار التجريبي والتعميم
C.11 رصد التنفيذ: المؤشرات والتقييم
C.12 دعم المنظمة وشبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية
C.13 نطاق هذا الدليل والموارد الأخرى

C.1 دليل القراءة

الجزء A عرض الحجج المؤيدة للمراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض. والجزء B وصف ما يحققه التنفيذ. أما الجزء C فهو الدليل العملي لإنجاز العمل.

وهو موجَّه إلى جهة الاتصال الوطنية ومدير المشروع والفريق الذي سيقود التنفيذ. ويفترض أن القرار على المستوى السياسي قد اتُّخذ أو أوشك أن يُتخذ، وأن التركيز ينصبّ الآن على وضع خطة وطنية قابلة للتطبيق.

والإرشادات الواردة هنا لا تخص بلداً بعينه. فكل بلد يرتّب تسلسل تنفيذ المراجعة الحادية عشرة وفقاً لأولوياته الخاصة وبنيته التحتية القائمة وقواه العاملة ولغاته وبيئة سياساته. ويبيّن الجزء C الاعتبارات ومسارات العمل التي يتعيّن على أي بلد معالجتها؛ ولا يفرض مساراً واحداً. وحيثما تكون البيّنات المستمدة من البلدان المبكّرة في اعتماد المراجعة الحادية عشرة مفيدة، يُستشهد بها؛ وحيثما تتوقف الإجابة الصحيحة على السياق الوطني، ينصّ الدليل على ذلك.

وللاطلاع على التفاصيل التقنية التي تتجاوز مستوى هذا الجزء، يُحال القارئ إلى الدليل المرجعي، ووثائق واجهة برمجة التطبيقات (API) في الموقع icd.who.int/icdapi، ومركز موارد التنفيذ (Implementation Hub)، وما يتصل بالموضوع من المراكز المتعاونة مع المنظمة المعنية بمجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية. فالدليل محور يُحيل إلى غيره، لا موسوعة.

C.2 الحوكمة: إرساء الهيكل الوطني الملائم منذ البداية

إن أهم قرار على الإطلاق يتخذه البلد في بداية تنفيذ المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض هو تحديد الجهة المسؤولة. وقد أسندت البلدان في جميع الأقاليم مسؤولية التحوّل إلى جهة محدَّدة بالاسم، بأشكال تلائم نظمها الخاصة: برنامج تابع للوزارة له ذراع تدريبية في إحدى الجامعات (رواندا)، وإجراءات تشغيل موحَّدة وطنية صادرة عن الوزارة (كينيا)، وبرنامج وزاري لبيانات الوفيات يشمل جميع المناطق (الكاميرون)؛ وخريطة طريق وزارية بموعد وطني محدَّد (البرازيل)، وقرارات وزارية تحدّد موعداً نهائياً للتحوّل (كولومبيا)، ولجنة مشتركة بين المؤسسات معنية بالتحوّل تضم الوزارة ومعهد الإحصاء والتسجيل المدني والضمان الاجتماعي (إكوادور)، ووكالة وطنية للمعلومات الصحية تقود العمل التقني (كندا)؛ وبرنامج تقوده المستشفيات تحت إشراف الوزارة (الكويت)، وهيئة وطنية للتأمين الصحي الشامل (مصر)، وبرنامج وزاري للإخطار مع جهات اتصال معيَّنة (الأردن)؛ ووكالة وطنية للمعلومات الصحية لديها خريطة طريق منظَّمة (فرنسا)، ووكالة حكومية أُسندت إليها بحكم القانون المسؤولية عن التصنيف (السويد)، ولجنة مشتركة بين الوزارات (تشيكيا)، وأمر وزاري يستحدث المراجعة الحادية عشرة من خلال البروتوكولات السريرية (أوزبكستان)؛ وهيئة وطنية للصحة وبرنامج للطب التقليدي (الهند)، وعملية تعميم وزارية عبر النظام الوطني لمعلومات المرضى (بوتان)، ونظام المعلومات الصحية الوطني الذي يُبلغ وفق فصول المراجعة الحادية عشرة (نيبال)؛ وبرنامج للمستشفيات على نطاق الوزارة مع منح الشهادات للمرمّزين (ماليزيا)، ومنشور صادر عن اللجنة الوطنية للصحة (الصين)، ولائحة إحصائية بموجب قانون الإحصاء (اليابان)، وأمر إداري مرحلي بالتعاون مع وكالة التأمين (الفلبين). وتتفق التجارب على نقطة واحدة: إن وجود هيكل حوكمة وطني واضح ومحدَّد بالاسم ومكلَّف رسمياً، يدعمه التزام على المستوى الوزاري، هو الأساس. أما البلدان التي تؤجل مسألة الحوكمة أو تتركها غامضة فإنها تنفق ما يترتب على ذلك من وقت وموارد مرتين.

جهة الاتصال الوطنية أو مركز الامتياز الوطني. مقر تنظيمي محدَّد لتنفيذ المراجعة الحادية عشرة، يكون عادةً داخل وزارة الصحة أو تابعاً لها، وكثيراً ما يشترك في الموقع نفسه مع المركز المتعاون مع المنظمة المعني بمجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية حيثما وُجد هذا المركز. وتمثّل جهة الاتصال نقطة الاتصال التشغيلية بالنسبة إلى المنظمة وأصحاب المصلحة الوطنيين والأفرقة القائمة على التنفيذ. وهي المكان الذي تتبلور فيه المواقف الوطنية، ويُنسَّق فيه التدريب، ويجري فيه التعامل مع منصّة الاقتراحات باسم البلد، ويُتتبَّع فيه التقدم المحرز في التنفيذ.

فرقة العمل الوطنية المعنية بالتنفيذ. هيئة مشتركة بين القطاعات تجمع صانعي القرار المعنيين في إطار ولاية مشتركة: وزارة الصحة، والمكتب الوطني للإحصاء، والسلطة الوطنية للتسجيل المدني، والجهة المسؤولة عن بيانات المستشفيات وتَجَمُّعات الحالات، والجهات الدافعة وشركات التأمين (العامة والخاصة)، والهيئات المهنية المعنية بإدارة المعلومات الصحية، ورابطات الأطباء السريريين، والسلطات الوطنية المعنية بالصحة الرقمية حيثما كان ذلك ملائماً. وفرقة العمل هي الهيئة التي تتخذ قرارات التنفيذ – التسلسل، والجداول الزمنية، والخيارات التقنية، وتخطيط القوى العاملة – وتقدّم التقارير بشأنها. وهي تحتاج إلى اختصاصات صريحة، وخط إبلاغ محدَّد يصل إلى المستوى السياسي، ووتيرة اجتماعات كافية للحفاظ على الزخم.

الأساس القانوني والتنظيمي. في معظم البلدان، لا تمثّل المراجعة العاشرة ممارسةً فحسب، بل هي اشتراط منصوص عليه في اللوائح الإحصائية، وقواعد التأمين الصحي، ومراسيم التعريفات، وقوانين الأمراض المهنية والإعاقة، ونماذج الإبلاغ الإلزامي، ومواصفات النظم.

ويظل كل صك من هذه الصكوك ينصّ على استخدام المراجعة العاشرة إلى أن يُعدَّل، وتستمر الصكوك الجديدة في الصدور وفق المراجعة العاشرة ما دام لم يُتخذ أي قرار. وهذا هو السبب الأكثر شيوعاً لعدم تحوّل التدريب والأدوات إلى استخدام فعلي: فالعاملون مدرَّبون، والنظام قادر على الترميز، ولكن النموذج أو اللائحة أو الجهة الدافعة لا تزال تشترط الرمز القديم. ولذلك ينبغي لفرقة العمل أن تكلِّف، بوصف ذلك أحد نواتجها الأولى، بإعداد حصر لكل صك قانوني وإداري يذكر تصنيفاً ما، وأن تقرّر الصك الذي سيُرسى من خلاله التحوّل: وهو في الممارسة العملية أمر وزاري أو مرسوم أو قرار أو لائحة إحصائية، تبعاً للنظام الوطني. وينبغي أن يحدِّد الصك النطاق حسب المجال (الوفيات، ومراضة المستشفيات، والرعاية الأولية، والتأمين، والسجلات)، والتاريخ الذي يصبح فيه استخدام المراجعة الحادية عشرة إلزامياً في كل منها، والفترة التي تُقبل خلالها المراجعتان كلتاهما، وإصدار المراجعة الحادية عشرة الواجب استخدامه والقاعدة الخاصة بتحديثه السنوي، وأي استثناء للسياقات التي لا يكون فيها التنفيذ ممكناً بعد، والقاعدة التي تقضي بأنه لا يجوز للصكوك الصادرة بعد تاريخه أن تنصّ على المراجعة العاشرة وحدها. وقد أحرزت البلدان التي حدَّدت تاريخاً قانونياً ثم مدَّدته لاحقاً تقدماً أكبر مما أحرزته البلدان التي تركت التاريخ مفتوحاً، كما أن الخطة التي تفتقر إلى أساس قانوني تكون عرضة للتعليق عند تغيُّر القيادة أو الميزانيات.

القيادة على المستوى الوزاري. يتجاوز التنفيذ حدود الوزارات (الصحة، والإحصاء، والمالية، والشؤون الرقمية، والضمان الاجتماعي) ويمتد عبر دورات الميزانية. والقيادة على المستوى الوزاري ضرورية للحفاظ على تماسك العمل. ولا يلزم أن تكون الرعاية ظاهرة في كل قرار تشغيلي؛ بل يلزم أن تكون متاحة عندما تتطلب المسائل المشتركة بين الوزارات حلاً وعندما تقتضي دورة الميزانية الدفاع عنها.

النظم الاتحادية ودون الوطنية والموازية. حيثما تتحكم المقاطعات أو الولايات أو المناطق في نظم المعلومات الصحية الخاصة بها، أو حيثما تتولى نظم الضمان الاجتماعي أو النظم العسكرية أو نظم الصحة المهنية أو النظم الخاصة الترميز على نحو مستقل، يمضي التنفيذ بسرعات متفاوتة، ويصبح تحديد تاريخ وطني واحد لبدء التشغيل الفعلي أمراً غير واقعي. وينبغي أن يشمل هيكل الحوكمة هذه النظم منذ البداية، وأن يتفق على إصدار موحَّد ومعيار إبلاغ موحَّد، وأن يسمح لنظام دون وطني أو قطاعي متقدّم بأن يبدأ أولاً، شريطة أن تظل بياناته قابلة للمقارنة مع السلسلة الوطنية. أما الجهات المشغِّلة العابرة للحدود الوطنية والموجودة في البلد فتمثّل حالة منفصلة: إذ إن الترميز الذي تقوم به لا يشكِّل تنفيذاً وطنياً، ولا ينبغي الإبلاغ عنه بهذه الصفة.

التعامل مع شبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية. تمثّل شبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية، المؤلفة من المراكز المتعاونة، النظيرَ التشغيلي لمنصّة الاقتراحات. وتتولى المراكز تنظيم التدريب، وقيادة أعمال الترجمة، واستضافة المشاريع التجريبية، والمشاركة في الأفرقة الاستشارية، وربط جهة الاتصال الوطنية بالمجتمع الأوسع للقائمين على التنفيذ. والبلدان التي تبادر إلى التعامل مع الشبكة مبكراً – بإيفاد موظفيها إلى الاجتماعات السنوية للشبكة، والإسهام في الأفرقة المرجعية، واستضافة حلقات العمل الإقليمية – تجني من الشبكة قيمة أكبر مما تجنيه البلدان التي لا تتعامل معها إلا تعاملاً ظرفياً عند ظهور المشكلات.

نمط شائع من أنماط الإخفاق. يميل التنفيذ الذي تقوده وحدة تقنية (إدارة لتكنولوجيا المعلومات، أو مكتب لمعايير الترميز) من دون رعاية وزارية ومن دون تمثيل مشترك بين القطاعات إلى توفير الأدوات من دون استخدامها فعلياً. فالأدوات ضرورية، لكنها ليست كافية. ومسألة الحوكمة ليست اختيارية. وثمة نمطان آخران من أنماط الإخفاق لا يقلّان شيوعاً. فالتنفيذ الذي يقوده التدريب وحده يُخرّج دفعات من العاملين المدرَّبين يعودون إلى نظم ونماذج لا تزال تشترط المراجعة العاشرة؛ وبعد عامين تكون الكفاءة قد تراجعت من دون أن تُستخدم. وينبغي جدولة التدريب وفقاً للتاريخ الذي سيقبل فيه النظام والصك رموز المراجعة الحادية عشرة. أما التنفيذ الذي يقوده الإعلان فيُفضي إلى فعالية إطلاق أو حلقة عمل أو بيان صحفي أو لوحة معلومات يُبلَّغ عنها على أنها تنفيذ، في حين يظل الناتج المرمَّز ضئيلاً أو غير قابل للتحقق. وينبغي لفرقة العمل أن تحدِّد مسبقاً ما سيُعَدّ تنفيذاً (انظر C.11) وأن تقدّم التقارير استناداً إلى هذا التعريف.

C.3 التقييم الذاتي: ما ينبغي معرفته قبل صياغة الخطة

التقييم الذاتي هو أول مسار عمل تكلِّف به جهة الاتصال الوطنية، وهو المُدخل لكل قرار لاحق بشأن التنفيذ. ويقدّم صورة منظَّمة للوضع الذي يقف عنده البلد، وما يلزم تغييره، وما يبدو عليه الجدول الزمني الواقعي والحجم الإجمالي للموارد.

وليس التقييم الذاتي عملية تدقيق تُجرى مرة واحدة. بل هو خط أساس منظَّم يُعاد النظر فيه مع تقدّم التنفيذ – سنوياً على الأقل، وعند كل انتقال بين المراحل الرئيسية.

المجالات الخمسة. يغطي التقييم الذاتي الوطني الخاص بالمراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض خمسة مجالات. ويُفضي كل مجال إلى ناتج مكتوب يُغذّي خطة التنفيذ الوطنية.

1. **الوضع الراهن لاستخدام التصنيف.** ما نسخ التصنيف الدولي للأمراض المستخدمة، وأين، ومن قِبل مَن، ولأي أغراض؟ فالوفيات، والمراضة، والرعاية الأولية، والفوترة، واسترداد تكاليف التأمين، والسجلات، والبحوث، والجودة، والإبلاغ عن السلامة – قد يستخدم كل منها تصنيفاً مختلفاً ونسخة مختلفة. والمهمة الأولى هي رسم صورة أمينة للوضع الراهن. وحيثما أفضت الاحتياجات الوطنية إلى

امتدادات خاصة بالبلد للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، يلزم توثيق هذه الامتدادات؛ إذ تصبح مدخلات لأعمال المعابر (المضاهاة) في مرحلة لاحقة من التنفيذ. وينبغي أن يشمل الحصر الصكوك القانونية والإدارية التي تنصّ على استخدام تصنيف ما، بما في ذلك اللوائح الإحصائية، وقواعد التأمين والتعريفات، ونماذج الإبلاغ، ومواصفات الشراء، لأن هذه الصكوك، لا نظم المعلومات، هي التي تحدِّد عادةً متى يُمكن سحب المراجعة العاشرة.

2. **البنية التحتية للبيانات والإبلاغ.** ما نظم المعلومات المستخدمة على كل مستوى – مستوى المرافق، والمستوى الإقليمي، والمستوى الوطني؟ وما مدى جاهزية تكنولوجيا المعلومات لنظام تصنيف قائم على واجهة برمجة التطبيقات (API)؟ وأين لا تزال العمليات الورقية قائمة، وما الجدول الزمني الواقعي للرقمنة؟ وما القيود المتعلقة بالاتصال بالإنترنت، وأين ستلزم أدوات تعمل دون الإنترنت؟

3. **مشهد أصحاب المصلحة.** مَن صانعو القرار فيما يتعلق بالوفيات، والمراضة، وتَجَمُّعات الحالات، والرعاية الأولية، والتأمين؟ ومَن مورِّدو النظم الرئيسية لمعلومات المستشفيات وسجلات الصحة الإلكترونية؟ وما الهيئات المهنية التي تمثّل المرمِّزين والأطباء السريريين والعاملين في إدارة المعلومات الصحية (HIM)؟ وما المؤسسات الأكاديمية والبحثية التي تعمل بالتصنيف؟ ويمثّل حصر أصحاب المصلحة المُدخل لخطة الإشراك (انظر C.6). وينبغي أن يسمّي الحصر الجهات الدافعة، العامة والخاصة، التي تشترط الرموز شرطاً للدفع، والصك الذي تفرض فيه ذلك؛ والسجلات ونظم الترصّد التي تعمل وفق معايير التصنيف الخاصة بها؛ وشركاء التنمية، ومقدّمي البرمجيات، والمشاريع الممولة من الجهات المانحة المنخرطة بالفعل في أعمال التصنيف، مع جداولها الزمنية.

4. **قدرات القوى العاملة.** كم عدد المرمِّزين الممارسين فعلياً؟ وما مسار إعدادهم التدريبي؟ وما متوسط مستوى إتقان المراجعة العاشرة، وما البنية التحتية المتاحة للتدريب؟ وأين يتولى الأطباء السريريون التوثيق مباشرةً، وأين يُعتمد على مرمِّزين متفرّغين؟ وما قدرات القوى العاملة في مجال تكنولوجيا المعلومات على إنجاز التكامل القائم على واجهة برمجة التطبيقات؟

5. **اللغة والترجمة.** هل اللغة الوطنية من لغات المراجعة الحادية عشرة المنشورة بالفعل؟ وإن لم تكن كذلك، فما وضع أي أعمال ترجمة، وما الموارد اللازمة لإكمالها، وما الجدول الزمني؟ وما الأعمال اللازمة بشأن المترادفات للصيغ الإقليمية أو التخصصية؟

الأسئلة الواجب الإجابة عنها في كل مجال. قدّم دليل التنفيذ لعام 2019 قائمة مفيدة بأسئلة التقييم الذاتي؛ ويحدِّث هذا الدليل تلك الأسئلة وينظِّمها حول المجالات الخمسة المذكورة أعلاه. والقائمة توضيحية وليست حصرية – إذ سيضيف السياق الوطني أسئلة أخرى.

بشأن الوضع الراهن لاستخدام التصنيف:

- ما نسخ التصنيف الدولي للأمراض، والتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة، والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية، والتصنيفات ذات الصلة المستخدمة في البلد، ومنذ متى تُستخدم؟
- بالنسبة إلى كل حالة استخدام (الوفيات، ومراضة المستشفيات، والرعاية الأولية، وتَجَمُّعات الحالات، والفوترة، والسجلات)، ما مسار تدفق البيانات من نقطة التسجيل إلى الإبلاغ الوطني؟
- أين تؤدي الاحتياجات الوطنية الخاصة بالبلد حالياً إلى امتدادات أو تعديلات أو أعراف محلية، وما المسوّغ لكل منها؟
- ما مستوى التكامل مع الإبلاغ الدولي – الإبلاغ عن الوفيات إلى منظمة الصحة العالمية، ومؤشرات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، ومؤشرات أهداف التنمية المستدامة (SDG)، وأطر الإبلاغ الإقليمية؟
- ما القوانين واللوائح وقواعد التعريفات والنماذج ومواصفات النظم التي تنصّ على استخدام تصنيف ما، وما السلطة المخوَّلة بتعديل كل منها؟

بشأن البنية التحتية للبيانات والإبلاغ:

- ما البنية التحتية لتكنولوجيا المعلومات على كل مستوى من مستويات النظام، وما مدى جاهزيتها لتصنيف قائم على واجهة برمجة التطبيقات؟
- أين يكون الاتصال بالإنترنت محدوداً، وأين ستلزم أدوات تعمل دون الإنترنت؟
- ما مشهد سجلات الصحة الإلكترونية (EHR) – ما المورّدون، وما النسخ، وما خريطة الطريق لدى هؤلاء المورّدين بشأن المراجعة الحادية عشرة؟
- ما الوقت اللازم للإعداد الذي يحتاج إليه المورّدون الرئيسيون لنظم معلومات المستشفيات (HIS) وسجلات الصحة الإلكترونية لتوفير نظم جاهزة للمراجعة الحادية عشرة؟

بشأن أصحاب المصلحة:

- مَن صانعو القرار فيما يتعلق بالوفيات؟ وبالمراضة؟ وبتَجَمُّعات الحالات؟ وبالرعاية الأولية؟ وبالتأمين؟

- ما الهيئات المهنية المعنية – بالنسبة إلى المرمِّزين، والأطباء السريريين، والعاملين في إدارة المعلومات الصحية؟
- ما المؤسسات الأكاديمية والبحثية المنخرطة في أعمال التصنيف؟
- أين تتمركز الجهات التي يُحتمل أن تقاوم التغيير، وما شواغلها؟
- ما شركاء التنمية، ومقدّمو البرمجيات، والمشاريع الممولة من الجهات المانحة المنخرطة في أعمال التصنيف، ومتى تنتهي مشاريعهم، وهل تتواءم جداولهم الزمنية مع الخطة الوطنية؟

بشأن القوى العاملة:

- ما حجم القوى العاملة الوطنية من المرمِّزين، وما تكوينها، وما مسار إعدادها التدريبي؟
- ما نسبة التوثيق السريري التي يتولاها الأطباء السريريون مباشرةً مقارنةً بما يتولاه مرمِّزون متفرّغون؟
- ما البنية التحتية المتاحة للتدريب، وما قدرتها على تقديم التدريب على المراجعة الحادية عشرة على نطاق واسع؟
- ما الثغرات في المناهج الدراسية لتكنولوجيا المعلومات وإدارة المعلومات الصحية والتعليم السريري التي يلزم سدّها قبل بدء التشغيل الفعلي على المستوى الوطني؟

بشأن اللغة والترجمة:

- هل اللغة الوطنية من لغات المراجعة الحادية عشرة المنشورة بالفعل؟ وإن لم تكن كذلك، فما وضع الترجمة؟
- ما الصيغ اللغوية الوطنية أو الإقليمية التي تحتاج إلى أعمال بشأن المترادفات؟
- ما البنية التحتية المتاحة للترجمة، وما قدرتها على صيانة نسخة لغوية منشورة؟
- أين ستُعَدّ الترجمة بالاشتراك مع الشركاء الإقليميين؟

أعمال التقييم الذاتي الإقليمية القائمة. أجرت عدة مكاتب إقليمية للمنظمة عمليات منظَّمة للتقييم الذاتي يُمكن للبلدان أن تبني عليها. فقد أجرت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية (PAHO) تقييمات ذاتية منهجية في 15 بلداً في الأمريكتين؛ وأُجريت أعمال مماثلة في إقليمي أفريقيا وشرق المتوسط. وينبغي للبلدان أن تستشير المكتب الإقليمي للمنظمة الذي تتبعه والمراكز المتعاونة المعنية للحصول على النماذج والاطلاع على تجارب النظراء الإقليميين.

مواطن الخلل في التقييم الذاتي. ثمة نمطان شائعان من أنماط الإخفاق يستحقان الذكر. أولاً، أن يتحوّل التقييم الذاتي إلى عملية ورقية – يُستكمل لأنه خطوة في الخطة، ويُحفظ في الملفات لأن الخطة تقتضيه، ولا يُستخدم في توجيه القرارات. والعلاج هو ضمان عرض نواتج التقييم الذاتي على فرقة العمل ومناقشتها فيها، مع اتخاذ قرارات صريحة بشأن كل مجال. ثانياً، أن يقلّل التقييم الذاتي من تقدير الاحتياجات من الوقت والموارد في مجالي القوى العاملة واللغة. وهذان هما المجالان اللذان تكتشف فيهما البلدان في أغلب الأحيان، بعد عامين من بدء التنفيذ، أنه كان ينبغي لها أن تبدأ في وقت أبكر.

C.4 التخطيط: تحويل التقييم الذاتي إلى خريطة طريق

خطة التنفيذ الوطنية هي الوثيقة التي تحوّل التقييم الذاتي إلى إجراءات. وهي تحدِّد الهدف، والتسلسل، والموارد، والمعالم الرئيسية، والمخاطر. وتعود ملكيتها إلى فرقة العمل، وتُعتمد على المستوى الوزاري.

هيكل الخطة. تغطي خطة التنفيذ الوطنية القابلة للتطبيق، كحدّ أدنى، ما يلي:

- نطاق التنفيذ: حالات الاستخدام المشمولة (الوفيات، والمراضة، والرعاية الأولية، والتخصصات، وتَجَمُّعات الحالات)، وتسلسلها، وجدولها الزمني.
- هيكل الحوكمة: مَن يقرّر ماذا، ومَن يرفع تقاريره إلى مَن، وما وتيرة الاجتماعات وعمليات صنع القرار.
- مسارات العمل: الأساس القانوني والتنظيمي، واللغة والترجمة، والقوى العاملة، وتكنولوجيا المعلومات والتكامل، وتكييف المحتوى وفقاً للاحتياجات الوطنية، والترميز المزدوج والمعابر (المضاهاة) بالنسبة إلى البلدان ذات النظم الموروثة، وتحوّل الجهات الدافعة ونظم تَجَمُّعات الحالات، والسجلات ونظم الترصّد، وإشراك أصحاب المصلحة.
- الجدول الزمني: مراحل ذات معالم رئيسية محدَّدة، وأوجه الترابط بين مسارات العمل، ونقاط اتخاذ القرار.
- الموارد: الموظفون، والميزانية، والبنية التحتية التقنية، والبنية التحتية للتدريب، والدعم الخارجي.

- المخاطر: المخاطر المحدَّدة، وتدابير التخفيف من حدّتها، ومسارات التصعيد.
- إطار الرصد: المؤشرات، ووتيرة الإبلاغ، ونقاط التقييم.

مراحل ما قبل التنفيذ والتنفيذ وما بعد التنفيذ. ينبغي أن تنظِّم الخطة العمل في ثلاث مراحل مع تحديد صريح لنقاط الانتقال بينها. *ومرحلة ما قبل التنفيذ* تشمل إنشاء هياكل الحوكمة، والتقييم الذاتي، والأعمال اللغوية، وإشراك أصحاب المصلحة، وتطوير البنية التحتية للتدريب، والإعداد للمشاريع التجريبية. *ومرحلة التنفيذ* تشمل الاختبار التجريبي، والتوسيع، والتشغيل المزدوج مع النظم الموروثة، والتعامل مع المورّدين بشأن النشر الكامل للنظم، وبدء التشغيل الفعلي تدريجياً حسب حالة الاستخدام أو المنطقة الجغرافية. *ومرحلة ما بعد التنفيذ* تشمل التشغيل الوطني الكامل، ووقف الإبلاغ وفق النظم الموروثة، والتكامل مع منصّة الاقتراحات لأغراض الصيانة المستمرة، والانتقال من نمط المشروع إلى نمط التشغيل الاعتيادي.

الأفق الزمني. تتقارب البيّنات المستمدة من البلدان المبكّرة في اعتماد المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض حول فترة تتراوح بين سنتين وأربع سنوات من بدء العمل إلى التنفيذ الوطني الفعلي، مع تفاوت كبير حسب السياق الوطني. ويُمكن للبلدان التي لديها نظم راسخة للوفيات وحوكمة قوية أن تنفِّذ حالات الاستخدام المتعلقة بالوفيات في غضون 18–24 شهراً. أما البلدان التي لديها نظم معقّدة لمراضة المستشفيات وقوى عاملة كبيرة من المرمِّزين فتحتاج عادةً إلى ثلاث إلى أربع سنوات لبلوغ تغطية فعلية للمراضة. وينبغي أن تلتزم الخطة بجدول زمني مرحلي بدلاً من تاريخ وطني واحد لبدء التشغيل الفعلي؛ فالتنفيذ المرحلي يقلّل المخاطر ويتيح الاستفادة من دروس المراحل السابقة في المراحل اللاحقة. وقد حدَّدت البلدان ذات البنى التحتية الموروثة الكبيرة، والترميز الذي تحرّكه الجهات الدافعة، واللغة الوطنية التي لم تُنجز الترجمة إليها بعد، آفاقاً زمنية تتراوح بين خمس سنوات وثماني سنوات، وعدّل عدد منها مواعيده المستهدفة الأولى. وينبغي تحديد الأفق الزمني حسب المجال لا للبلد ككل، حتى لا يؤدي بطء تحوّل الجهات الدافعة أو السجلات إلى تأخير الوفيات أو التوثيق السريري.

أهمية تحديد تاريخ مستهدف. من النتائج المتّسقة المستخلصة من البلدان التي نجحت في التنفيذ أن تحديد تاريخ وطني مستهدف – ولو كان تاريخاً طموحاً – هو أهم عامل منفرد لإطلاق العملية. فهو يمنح المورّدين وأفرقة تكنولوجيا المعلومات ومقدّمي التدريب والمعلّمين المسوّغ للاستثمار. أما البلدان التي تمتنع عن تحديد تاريخ مستهدف فتجد عادةً أن المورّدين والمعلّمين لديها يؤجّلون الاستثمارات المقابلة، فيتأخر التنفيذ تلقائياً. والتاريخ المستهدف الذي يُعدَّل لاحقاً أكثر فائدة من غياب تاريخ مستهدف.

نقاط اتخاذ القرار والاستمرارية. إن خطط التنفيذ لا تخفق في معظم الأحيان عند إطلاقها، بل في الفترة الفاصلة بين المشروع التجريبي والقرار الوطني: إذ ينتهي المشروع التجريبي ولا تُنشر نتائجه؛ أو يُرجأ القرار الوطني لسنوات في حين أن المعابر والترجمات مكتملة؛ أو ينتهي التمويل الخارجي للمشروع التجريبي؛ أو يؤدي تغيير الحكومة إلى تعليق الخطة. وينبغي أن تحدِّد الخطة نقاط اتخاذ القرار مسبقاً، مع تحديد التاريخ الذي تُستعرض بحلوله بيّنات المشروع التجريبي ويُتخذ فيه قرار التوسيع، والهيئة التي تتخذ هذا القرار، وأن تؤمّن الميزانية اللازمة للفترة التالية للمشروع التجريبي من مصادر محلية، لأن تمويل الشركاء يكون عادةً مرتبطاً بمرحلة المشروع التجريبي. والخطة التي اعتُمدت رسمياً ومُنحت أساساً قانونياً يصعب تعليقها أكثر من خطة لا توجد إلا بوصفها وثيقة مشروع.

تحديد ما يُعَدّ تنفيذاً. ينبغي أن تحدِّد الخطة المراحل التي ستقدّم التقارير على أساسها، بعبارات يُمكن التحقق منها: الأعمال التحضيرية (الحوكمة، وصياغة النصوص القانونية، والمضاهاة، والترجمة)؛ وتشغيل المشروع التجريبي أو إرساء الأساس القانوني؛ وبدء التعميم على المستوى الوطني؛ وجمع البيانات في نظام وطني؛ ونشر ناتج وطني وفق المراجعة الحادية عشرة؛ ونشر تقييم لجودة بيانات المراجعة الحادية عشرة. وبالنسبة إلى كل مرحلة، ينبغي أن تحدِّد الخطة البيّنة المطلوبة، أي الصك، أو مجموعة البيانات المرمَّزة، أو الناتج المنشور، بدلاً من النشاط. وتتوافق هذه المراحل مع المراحل التي تستخدمها منظمة الصحة العالمية لرصد التنفيذ على الصعيد العالمي، وتجنّب التباين المتكرر بين ما يُعلَن وما يُمكن إثباته.

إدماج المراجعة الحادية عشرة في البرامج القائمة. حيثما أمكن، ينبغي إدماج تنفيذ المراجعة الحادية عشرة في البرامج القائمة للصحة الرقمية أو جودة البيانات أو سجلات الصحة الإلكترونية (EHR) بدلاً من تنفيذه بوصفه مبادرة قائمة بذاتها. فعمليات التنفيذ التي تتقاسم الحوكمة والميزانية والجدول الزمني مع مسار العمل الأوسع للصحة الرقمية تميل إلى تحقيق نتائج أكثر موثوقية وبتكلفة حدّية أقل من عمليات التنفيذ التي تتنافس معه.

التمويل وإعداد الميزانية. يحتاج التحوّل إلى بند صريح في الميزانية، لأن تكاليفه تتوزع على عدة مؤسسات وسنوات مالية، وإلا فإنها تُستوعب على نحو غير متكافئ أو لا تُستوعب على الإطلاق. ويتطلب تقديم الميزانية الوطنية نطاقات توضيحية للتكاليف، حتى في الحالات التي تكون فيها الأرقام الدقيقة خاصة بكل ولاية قضائية؛ ويُمكن الاسترشاد بالمواد المنشورة من ماليزيا وفرنسا والكويت، وبالدليل العملي لتنفيذ المراجعة الحادية عشرة لأغراض الوفيات الصادر عن منظمة الصحة للبلدان الأمريكية (PAHO) في عام 2024، وبمركز موارد التنفيذ (Implementation Hub) في تحديد الحجم الإجمالي للتكاليف الذي يشمل التكاليف الرأسمالية (تكامل النظم، والعمل مع المورّدين، والترجمة، والبنية التحتية للتدريب) والتكاليف المتكررة (التحديثات السنوية، وإعادة التدريب، وصيانة الترجمة، والتعامل مع منصّة الاقتراحات). وفي الممارسة العملية، نادراً ما مُوّل التحوّل إلى المراجعة الحادية عشرة بوصفه بنداً مستقلاً. بل جرى تمويله بوصفه مكوّناً من مكوّنات برامج التحوّل في مجال الصحة

الرقمية وعمليات شراء نظم المعلومات الصحية، ومن مكوّنات الاستثمارات في التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية التي يدعمها شركاء التنمية، ومن مكوّنات إصلاحات التمويل الصحي والتأمين، وفي بعض البلدان من مكوّنات الصناديق الهيكلية الإقليمية؛ أما الترجمة فقد جرى شراؤها عن طريق المناقصات أو تمويلها في إطار هذه المشاريع. ولذلك فإن مواءمة التحوّل مع أحد هذه البرامج تمثّل خياراً برنامجياً، وتمثّل في الوقت نفسه الاستراتيجية الرئيسية لتعبئة الموارد، وينبغي أن يراعي توقيت الخطة الوطنية دورات البرامج التي تُتاح من خلالها الأموال. وثمة حكمان يحميان الاستمرارية: ينبغي إدراج التكاليف المتكررة في الميزانية المحلية منذ البداية، لأن تمويل الشركاء والمشاريع يرتبط عادةً بالمرحلتين التحضيرية والتجريبية، وقد انتهى قبل بلوغ مرحلة التشغيل الروتيني؛ وينبغي اعتماد الميزانية للأفق الزمني الكامل للخطة، بما في ذلك المرحلة التالية للمشروع التجريبي، بدلاً من اعتمادها للمشروع التجريبي وحده.

إعداد تقدير التكاليف. ينبغي أن تُسجَّل لكل مسار عمل الكميات المحلية وتكاليف الوحدة، وسنة الأسعار والعملة، ومصدر التمويل، والجهة المسؤولة عن الميزانية، والسنوات التي تلزم فيها الأموال. وينبغي أن يشمل التقدير الوقت المخصَّص والمحمي للتدريب والممارسة، وتوفير البدلاء، والانخفاض المؤقت في الإنتاجية، والمراجعة اللغوية واختبار البحث، والتكامل والاستضافة، والمضاهاة والترميز المزدوج، والتشغيل المتوازي، والتحديثات المتكررة وضمان الجودة. وينبغي فصل النفقات النقدية عن وقت الموظفين وغير ذلك من المساهمات العينية، والتمييز بين التكاليف المخطَّطة والملتزَم بها والفعلية. ويقدِّم الملحق 1 ورقة عمل لتقدير التكاليف ومثالاً محسوباً لوقت التدريب.[32,34]

C.5 القوى العاملة: أطول وقت لازم للإعداد في الخطة

تنمية القوى العاملة هي مسار العمل الذي يحدِّد في أغلب الأحيان مدى نجاح التنفيذ. فلنشر الأدوات والتحقّق اللغوي وتحديثات المورّدين أوقات مختلفة لازمة للإعداد. وقد يستغرق إعداد المسودة الأولى للترجمة من بضعة أشهر إلى سنة؛ وقد يستغرق إعداد نسخة وطنية خضعت للمراجعة السريرية والمواد الداعمة لها وقتاً أطول. ويُمكن تحديث نظم المورّدين في غضون سنتين إلى ثلاث سنوات. أما بناء قوى عاملة وطنية تتمتّع بالكفاءة في استخدام المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض – من المرمِّزين، والأطباء السريريين الذين يوثّقون مباشرة، وموظفي تكنولوجيا المعلومات، والمهنيين في مجال إدارة المعلومات الصحية (HIM)، والإحصائيين، والمحللين – فيستغرق وقتاً أطول ويبدأ في وقت أبكر مما تتوقعه معظم الخطط الوطنية.

تدريب المرمِّزين. يظل المرمِّز المهني عنصراً محورياً في إحصائيات المراضة الوطنية، وتَجَمُّعات الحالات، وقياس الجودة، حتى حيثما يوثّق الأطباء السريريون مباشرة. ويختلف تدريب المرمِّزين على المراجعة الحادية عشرة عن التدريب على المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض من ناحيتين: إذ يلزم فهم بنية المكوّن الأساسي والتعبير في صورة خطية ومحاور التنسيق اللاحق (توليف الرموز)، كما يحلّ سير عمل الترميز الرقمي محلّ سير العمل القائم على النسخة المطبوعة والفهرس. ويتطلّب التحوّل إلى تصنيف رقمي قائم على واجهة برمجة التطبيقات (API) أيضاً كفاءة جديدة هي الترميز بمساعدة الحاسوب، حيث يعمل المرمِّز جنباً إلى جنب مع برامجية تقترح رموزاً مرشَّحة استناداً إلى النص السريري، ويتحوّل دور المرمِّز نحو التحقّق من هذه الاقتراحات وتنقيحها وإجراء التنسيق اللاحق لها، بدلاً من بناء كل رمز يدوياً انطلاقاً من الفهرس. وتشمل هذه الكفاءة التعرّف على اقتراحات البرامجية وتصحيحها حيثما تكون خاطئة: فدقة الترميز بمساعدة الحاسوب تتوقف على جودة التوثيق السريري الذي تستند إليه، ويظل المرمِّز مسؤولاً عن الرمز النهائي. ويُعدّ برنامج إصدار الشهادات للمرمِّزين السريريين في ماليزيا – وهو دورة مكثّفة مدتها ثلاثة أيام منظَّمة حول إطار التخطيط والتنفيذ والتقييم، مع طرائق للتعلّم المستمر – أحد النماذج المنشورة.[23] وأظهرت تجربة الكويت قيمة التدريب المصمَّم خصيصاً للأطباء، والدعم في الموقع، واستخدام وسائل التواصل الاجتماعي (تطبيقات المراسلة الفورية للأسئلة اليومية، والمحتوى المرئي لموارد التدريب) بوصفها عنصراً مكمِّلاً منخفض التكلفة وواسع الانتشار للتدريب الرسمي.[7]

الوظائف، لا التدريب وحده. يُنتج التدريب الكفاءة؛ لكن الاستخدام الروتيني لا ينتج إلا عن وظائف مُنشأة رسمياً، وأوصاف وظيفية، ومتطلبات أداء تنصّ على المراجعة الحادية عشرة. ففي عدة بلدان، دُرِّبت أعداد كبيرة من الأشخاص دون إنشاء وظيفة مخصَّصة للترميز، ولا تزال إعلانات التوظيف تشترط الكفاءة في المراجعة العاشرة بعد سنوات من بدء التدريب. ولذلك ينبغي أن يشمل تخطيط القوى العاملة إنشاء الوظائف، وتعديل الأوصاف الوظيفية وأطر الكفاءات، ومواءمة توقيت التدريب مع الموعد الذي ستقبل فيه النظم والصكوك رموز المراجعة الحادية عشرة، بحيث تُستخدم الكفاءة في غضون أشهر من اكتسابها بدلاً من أن تضيع.

تدريب الأطباء السريريين. لا يحتاج الأطباء السريريون الذين يوثّقون مباشرة باستخدام المراجعة الحادية عشرة إلى تدريب على مستوى المرمِّزين، لكنهم يحتاجون إلى توجيه بشأن ما يلي: طريقة عمل أداة الترميز، وكيف يُفضي البحث باللغة البسيطة إلى مفاهيم ملائمة سريرياً، ومتى يُستخدم التنسيق اللاحق، وكيف يدعم التوثيق الاستخدامات اللاحقة. والتدريب المصمَّم خصيصاً لكل تخصص أكثر فعالية من التدريب العام. ويتعيّن أن يندمج التدريب في سير العمل السريري، بحيث يكون قصيراً ومركَّزاً ومعزَّزاً بالدعم في الموقع خلال الأسابيع الأولى من الاستخدام.

عبء العمل والجاهزية. ينبغي تقدير الاحتياجات من الموظفين استناداً إلى الأحجام الحالية للسجلات، ووقت الترميز، والأعمال المتراكمة، والنمو المتوقع، ودوران الموظفين وتقاعدهم، والوقت الإضافي اللازم للتدريب والترميز المزدوج والتدقيق والدعم. وحيثما تُحدَّد فجوات، ينبغي توظيف موظفين إضافيين وإعدادهم قبل التدريب الخاص بالتحوّل. وينبغي تحديد وقت التعلّم المحمي وفقاً لما يتطلبه كل دور، والتغطية اللازمة

للحفاظ على الإبلاغ الروتيني؛ مع الإبقاء على الخبرات اللازمة للمعالجة اليدوية للسجلات الصعبة. وقبل بدء التشغيل الفعلي، ينبغي أن تتفق فرقة العمل على معايير الكفاءة وعبء العمل الخاصة بكل دور وأن تتحقّق منها على حالات تمثيلية.[34]

تدريب موظفي تكنولوجيا المعلومات والعاملين في إدارة المعلومات الصحية. يحتاج الموظفون التقنيون إلى التدريب على واجهة برمجة التطبيقات، وعلى أنماط التكامل باستخدام معيار FHIR، وعلى حزم الاستخدام دون الإنترنت، وعلى هياكل البيانات في المكوّن الأساسي وعمليات التعبير في صورة خطية. ويحتاج العاملون في إدارة المعلومات الصحية إلى التدريب على إعادة تصميم سير العمل، ورصد الجودة، وأنماط التدقيق الجديدة الناتجة عن تصنيف رقمي ومنظَّم.

تدريب المدرّبين. يحتاج التنفيذ الوطني، أياً كان نطاقه، إلى عدد من المدرّبين يفوق العدد المتاح في البداية. وينبغي أن تشمل السنوات الأولى من التنفيذ برامج صريحة لتدريب المدرّبين، مع توجيه يقدِّمه مُعلِّمون مؤهلون ومتمرّسون يتمتّعون بخبرة راسخة في تنفيذ المراجعة الحادية عشرة من المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية أو من البلدان المبكّرة في اعتماد المراجعة الحادية عشرة. وتُعدّ الوحدات التدريبية بشأن المراجعة الحادية عشرة التي تدعمها أكاديمية منظمة الصحة العالمية جزءاً من هذه البنية التحتية؛ وتوسّع نطاقها المناهج الوطنية التي تعدّها المراكز المتعاونة باللغات الإقليمية.

الإدماج في المناهج الدراسية. لتحقيق الاستدامة على المدى الطويل، يتعيّن أن تدخل المراجعة الحادية عشرة في المناهج الدراسية المعتمدة في كليات الطب ومدارس التمريض وبرامج التدريب على إدارة المعلومات الصحية. وتغيير المناهج بطيء؛ ويُعدّ بدء الحوار مع هيئات الاعتماد الأكاديمي في مرحلة مبكرة من التنفيذ جزءاً من الاستراتيجية الطويلة الأجل.

البيّنات المنشورة بشأن التدريب. تتراكم الآن البيّنات بشأن فعالية التدريب على المراجعة الحادية عشرة، بما في ذلك من برنامج COC في ماليزيا،[23] والتجارب الميدانية في جمهورية كوريا،[9] ودراسة Eastwood et al. (HIMJ 2023)، والنهج المتّبع في الكويت المعزَّز بوسائل التواصل الاجتماعي،[7] والورقة المعنونة "Rethinking ICD-11 Training" التي أعدّها Ibrahim وKostanjsek وJakob.[24] وينبغي للقائمين على التنفيذ الرجوع إلى هذه المؤلفات عند تصميم برامج التدريب الوطنية بدلاً من البدء من الصفر. وينبغي أن يعكس التدريب النهج "من الداخل إلى الخارج" الموصى به في المؤلفات المتعلقة بالتدريب على المراجعة الحادية عشرة: أي البدء بمهام المستخدمين، والأمثلة السريرية، واستخدام أداة الترميز؛ ثم التعريف ببنية التصنيف ومفاهيم التنسيق اللاحق حسب الحاجة؛ واستخدام عمليات المحاكاة ومنصّة ICD-FIT لتقييم التعلّم؛ وتحديد أهداف تعلّم خاصة بكل تخصص وبكل دور؛ وتعزيز التدريب الرسمي من خلال الممارسة الخاضعة للإشراف، والدعم في الموقع، والتعلّم من الأقران، وقنوات التعلّم المستمر.

C.6 إشراك أصحاب المصلحة: كسب تأييد المنظومة بأكملها

إن تنفيذ المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض هو برنامج لإدارة التغيير بقدر ما هو برنامج تقني. ويشمل أصحاب المصلحة كل من يتأثر عمله بالتغيير – الأطباء السريريين، والمرمِّزين، والعاملين في إدارة المعلومات الصحية (HIM)، وموظفي تكنولوجيا المعلومات، والمورّدين، والجهات الدافعة، والإحصائيين، والأوساط الأكاديمية، والهيئات المهنية، ومجموعات الدفاع عن المرضى، وعامة الجمهور حيثما تُنشر إحصائيات الوفيات والمراضة علناً. والإشراك هو مسار العمل الذي يبني قاعدة التأييد للتنفيذ ويكشف المشكلات التشغيلية قبل أن تتحوّل إلى مشكلات سياسية.

الأطباء السريريون. هم أصعب أصحاب المصلحة إشراكاً وأهمّهم من حيث ضرورة كسب تأييدهم. فقد عايش الأطباء السريريون عمليات تحوّل سابقة في التصنيف أخلّت بسير عملهم دون أن تحقّق قيمة ملموسة؛ ولذلك فإن تشكّكهم في محلّه. ويقوم الإشراك الفعّال على إبراز القيمة المتحقّقة للعمل السريري – بحث أفضل، ومحتوى سريري حديث، والتنسيق اللاحق (توليف الرموز) حيثما تكون التفاصيل مهمة – بدلاً من الانطلاق من مسوّغات الإبلاغ الدولي. ويُسهم المناصرون داخل الجمعيات التخصصية، والعروض التوضيحية في المؤتمرات السريرية، والمشاريع التجريبية التي تحقّق تحسينات ملموسة في سير العمل السريري، في بناء قاعدة التأييد بفعالية أكبر من التواصل الموجَّه من القمة إلى القاعدة. ويُعدّ استثمار المشروع التجريبي في الكويت في التدريب المصمَّم خصيصاً للأطباء والدعم في الموقع نموذجاً موثَّقاً.[7]

المرمِّزون والمهنيون في مجال إدارة المعلومات الصحية. هذه هي الفئة المهنية التي يتغيّر عملها اليومي أكثر من غيرها. وينبغي أن يبدأ الإشراك بالهيئات المهنية – الرابطة الوطنية لإدارة المعلومات الصحية، والهيئة المعنية بإصدار شهادات المرمِّزين، والمؤسسات التي تدرّب المرمِّزين – وأن يتناول مضمون التغيير وآثاره على المسارات المهنية على حدٍّ سواء. وطريقة عرض التغيير مهمة: فإذا نُظر إلى المراجعة الحادية عشرة على أنها انتقاص من المهارات أو تهديد للمكانة المهنية للمرمِّز، فمن المرجّح أن تظهر المقاومة؛ أما إذا عُرضت، وزُوِّدت بالموارد اللازمة، بوصفها فرصة لتوسيع مهارات المرمِّزين لتشمل جودة التوثيق السريري وتحليل البيانات وإدارة مجموعات المصطلحات، فإن المرمِّزين يصبحون أكثر المدافعين عنها فعالية.

المورِّدون. يحتاج مجتمع مورّدي نظم معلومات المستشفيات وسجلات الصحة الإلكترونية (EHR) إلى إشارة واضحة وموثوقة من السوق الوطنية بأن المراجعة الحادية عشرة قادمة. فالأوقات اللازمة للإعداد لدى المورّدين طويلة؛ ولن يستثمر المورّدون في الجاهزية للمراجعة الحادية عشرة قبل صدور إشارة وطنية موثوقة. والإشراك المبكر – عند اتخاذ قرار التنفيذ، لا بعده – يشكّل خرائط الطريق لدى المورّدين ويقلّص إجمالي الوقت اللازم للإعداد للتنفيذ. ويتعيّن أن تكون الإشارة مدعومة بنوايا الشراء: فالمناقصات المستقبلية التي تشترط الجاهزية للمراجعة الحادية عشرة تدفع خرائط الطريق لدى المورّدين إلى الأمام بوتيرة أسرع من أي استراتيجية للتواصل.

الإحصائيون والأوساط التحليلية. تحتاج المكاتب الإحصائية الوطنية، والأقسام الأكاديمية لعلم الوبائيات، والباحثون الذين يستخدمون بيانات التصنيف الدولي للأمراض، إلى فهم الأثر على السلاسل الزمنية، وعلى بناء المؤشرات، وعلى قابلية المقارنة مع البيانات الموروثة. ويتعيّن أن يكون الإشراك مع هذه الأوساط قائماً على المضمون – دراسات قابلية المقارنة، وبيّنات الترميز المزدوج، وتحليلات الأثر على تَجَمُّعات الحالات – لا على التواصل. وتمثّل الأعمال المنجزة في كندا بشأن المعابر (المضاهاة) والتجارب الميدانية في جمهورية كوريا مواد مرجعية مفيدة.

الجهات الدافعة وشركات التأمين. حيثما تحدِّد رموز التصنيف الدولي للأمراض استرداد التكاليف، تكون الجهات الدافعة من أصحاب المصلحة الأساسيين. ويتعيّن أن يتناول الإشراك مسألة تَجَمُّعات الحالات صراحةً وفي وقت مبكر، مع الإشارة إلى أعمال Nordic Casemix Centre (مركز بلدان الشمال الأوروبي لتَجَمُّعات الحالات) وبيّنات إعادة المضاهاة في كندا الواردة في الجزء B.

الجمهور. في الولايات القضائية التي تُنشر فيها إحصائيات الوفيات والمراضة علناً وتُستخدم في النقاش السياسي، يُعدّ الجمهور من أصحاب المصلحة في قابلية مقارنة السلاسل الزمنية. ويلزم توفير نسب قابلية المقارنة، وبيّنات الترميز الجِسري، والتواصل الشفاف بشأن ما يتغيّر وما لا يتغيّر، قبل أن تتحوّل الإحصائيات البارزة إلى المراجعة الحادية عشرة.

شركاء التنمية ومقدِّمو البرامجيات والمشاريع. في بعض البلدان، يضطلع شركاء التنمية، والمكاتب القُطرية لمنظمة الصحة العالمية، والمشاريع الممولة من الجهات المانحة، ومقدِّمو البرامجيات، بالعمل العملي للتنفيذ، بدءاً من تهيئة البرامجيات وتكاملها ووصولاً إلى التدريب والترجمة، ولكلٍّ منهم جدوله الزمني ونظام الإبلاغ الخاص به. وهذا الدعم قيّم، لكنه يُفضي إلى ثلاث مشكلات متكررة: فالجداول الزمنية للشركاء تنتهي قبل بلوغ مرحلة التشغيل الروتيني الوطني؛ وتصف تقارير الشركاء عمليات الإطلاق والتدريب بعبارات يُستشهد بها لاحقاً على أنها تنفيذ؛ ويعلن مقدِّمو البرامجيات عن جاهزية للمراجعة الحادية عشرة لم تُثبَت في منشأة قيد التشغيل. وينبغي لفرقة العمل أن تحتفظ بسجل لأنشطة الشركاء يتضمّن تواريخ انتهائها وترتيبات التسليم، وأن تشترط أن يكون أي ادعاء بالتنفيذ مدعوماً بنظام وإصدار وحجم من البيانات المرمَّزة محدَّدة بالاسم، وأن تتحقّق من ادعاءات المورّدين بالمقارنة مع منشأة عاملة قبل أن تستند إليها قرارات الشراء أو البيانات العلنية.

C.7 الجاهزية التقنية: تكنولوجيا المعلومات والتكامل والعمل مع المورِّدين

يشمل مسار العمل التقني البنية التحتية التي تجعل المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض قابلة للاستخدام في النظم الوطنية: التكامل مع واجهة برمجة التطبيقات (API)، وتحديثات سجلات الصحة الإلكترونية (EHR) ونظم معلومات المستشفيات (HIS)، ونشر الأدوات المتاحة دون الإنترنت، والمواءمة مع معيار FHIR، ومنصّة مجموعات القيم، وبنية تدفق البيانات من نقطة التسجيل إلى الإبلاغ الوطني.

التكامل مع واجهة برمجة التطبيقات. تمثّل واجهة برمجة التطبيقات الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة وأداة الترميز المدمجة (ECT) بوصفها واجهة للمستخدم نقطةَ التكامل الرئيسية. فسجلات الصحة الإلكترونية، ونظم معلومات المستشفيات، وأدوات الترميز، ونظم الوفيات، وبرامجيات التجميع الخاصة بتَجَمُّعات الحالات، والمنصّات التحليلية، تستخدم جميعها واجهة برمجة التطبيقات. وأنماط التكامل منشورة في الموقع icd.who.int/icdapi، وتشمل تطبيقات مرجعية، ونماذج برمجية لتضمين أداة الترميز، وإرشادات تشغيلية بشأن نقاط نهاية FHIR. وينبغي أن يحصر تقييم الجاهزية التقنية كل نظام يستخدم حالياً محتوى المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، وأن يخطِّط لمسار الانتقال الخاص بكلٍّ منها.

المواءمة مع معيار FHIR. حيثما تكون البنية الوطنية للصحة الرقمية قائمة على معيار FHIR، تتكامل المراجعة الحادية عشرة من خلال عمليات خدمة المصطلحات في معيار FHIR – $lookup و$expand و$validate-code. ومعرّفات الموارد الموحَّدة المعيارية (canonical) مستقرة وخاضعة لضبط النسخ؛ ويتيح التعريف المزدوج لمفاهيم المكوّن الأساسي ومفاهيم إحصائيات الوفيات والمراضة تعايش التفاصيل السريرية والتجميع الإحصائي في مورد FHIR نفسه. وبالنسبة إلى البلدان التي تعدّ ملامح FHIR الوطنية (profiles) أو تحدّثها، ينبغي أن يكون ربط المراجعة الحادية عشرة (binding) جزءاً من تصميم الملامح بدلاً من إضافته لاحقاً.

النشر دون الإنترنت. حيثما يكون الاتصال بالإنترنت متقطعاً أو غير موثوق، توفّر حزمة الاستخدام دون الإنترنت الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة الوظائف الكاملة للأدوات المتاحة عبر الإنترنت، مع المزامنة الدورية متى أتاح الاتصال ذلك. وحزمة الاستخدام دون الإنترنت ملائمة للمرافق الريفية، والعاملين الصحيين المتنقلين، وعمليات النشر الميدانية. ويُعدّ دمج المراجعة الحادية عشرة في نظام السجلات الطبية الإلكترونية OpenMRS في مستشفيات المناطق في رواندا مثالاً موثَّقاً على النشر القائم على واجهة برمجة التطبيقات في بيئة ذات اتصال محدود.[25]

مجموعات القيم والتهيئات الوطنية. حيثما يحتاج بلد ما إلى مجموعات فرعية من المراجعة الحادية عشرة لحالات استخدام محدَّدة – كالرعاية الأولية، والصحة النفسية، ومتطلبات إبلاغ محدَّدة – تدعم منصّة مجموعات القيم التابعة لمنظمة الصحة العالمية مجموعات القيم على المستوى القُطري الخاضعة للحوكمة وضبط النسخ. وينبغي إعداد مجموعات القيم بما يتماشى مع مجموعات القيم الدولية حيثما وُجدت، على ألا تُستحدث متغيّرات وطنية إلا حيثما تقتضيها احتياجات وطنية حقيقية. وينبغي للبلدان أن تحدِّد نموذجاً أدنى للبيانات التقنية الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة يسجِّل نسخة الإصدار، ومعرِّف الموارد الموحَّد (URI) في المكوّن الأساسي، والرمز أو عنقود الرموز في إحصائيات الوفيات والمراضة، وتفاصيل التنسيق اللاحق (توليف الرموز)، واللغة/ العنوان، ومعلومات مجموعة القيم، والنظام المصدر، والبيانات الوصفية لسير العمل، والطوابع الزمنية، ومسارات التدقيق. وينبغي لها أيضاً أن تتخذ قرارات صريحة بشأن البنية فيما يتعلق باستخدام الخدمات التي تستضيفها المنظمة، أو ذاكرات التخزين المؤقت المحلية، أو خدمات المصطلحات الوطنية، أو حزم الاستخدام دون الإنترنت، مع مراعاة متطلبات الأمن السيبراني، والخصوصية، وسيادة البيانات، والأداء، والشراء، والاستمرارية. وبالتزامن مع المشاريع التجريبية، ينبغي للبلدان أن تجري اختبارات في ظروف مماثلة لظروف الإنتاج لواجهات برمجة التطبيقات، وحزم الاستخدام دون الإنترنت، والتنسيق اللاحق، وصيغ البيانات، والتحقّق، وجداول المضاهاة، وملفات التصدير.

الاستخدام الصحيح للمراجعة الحادية عشرة في النظم. تتوقف قيمة بيانات المراجعة الحادية عشرة على طريقة تسجيل الرمز وتخزينه، لا على الرمز المختار فحسب. ويرسي الدليل المرجعي مبدأ جمع المعلومات من المصدر دون فقدان: إذ يُحتفظ بالصياغة الحرفية لمقدِّم الخدمات الصحية مع معرِّف الموارد الموحَّد للكيان الأقرب مطابقةً في المراجعة الحادية عشرة ورمز المراجعة الحادية عشرة، بحيث يُمكن التحقّق من السجل وإعادة تحليله لاحقاً، حتى حيثما تشترك عدة حالات في رمز إحصائي واحد. وتطبِّق القواعد التالية هذا المبدأ على النظم الوطنية، وينبغي إدراجها في مواصفات النظم ومتطلبات الشراء.

- البيان السريري الأصلي هو المرجع. ويُخزَّن نصاً حراً في حقل خاص به؛ أما رمز المراجعة الحادية عشرة المختار، والعنوان المعروض، ومعرِّف الموارد الموحَّد للكيان المختار، فتُخزَّن في حقول منفصلة، بمجموعة واحدة لكل تشخيص.
- تُسجَّل التشخيصات من خلال البحث في المراجعة الحادية عشرة (أداة الترميز، أو أداة الترميز المدمجة، أو واجهة برمجة التطبيقات، عبر الإنترنت أو منشورة محلياً)، الذي يتيح الوصول إلى مجموعة مصطلحات المكوّن الأساسي كاملة. أما القوائم المنسدلة الثابتة فتقيِّد نطاق التشخيصات وتقلِّل دقة السجل؛ ولا تُقبل إلا لمجموعات قيم ضيقة ومحدَّدة ذات غرض معيَّن، مثل أسماء اللقاحات في شهادة التطعيم.
- تُخزَّن عناقيد التنسيق اللاحق الاختيارية كاملة، بما في ذلك رموز الامتداد الخاصة بالجانبية والوخامة وغيرهما من السمات. ويؤدي تخزين الرمز الجذعي وحده إلى فقدان المعنى.
- يُحتفظ بالترميز الأولي التفصيلي، في صورة معرّف موارد موحَّد أو عنقود رموز، في المصدر؛ وتُشتق منه التجميعات الإحصائية ولا تحلّ محلّه أبداً.
- يُحفظ السياق مع الرمز: ما إذا كانت الحالة مؤكَّدة أو مشتبهاً فيها، وحالية أو سابقة، وما إذا كانت تخصّ المريض أو شخصاً آخر، ومدى اليقين بشأن أي علاقة سببية مذكورة.
- لا تُرمَّز التفاصيل إلا بالقدر الذي يدعمه التوثيق ويقتضيه الاستخدام المقصود.
- تُستخدم الرموز ومعرّفات الموارد الموحَّدة، لا تسميات العرض، بوصفها معرّفات. ويتضمّن كل سجل إصدار المراجعة الحادية عشرة، ونسخة واجهة برمجة التطبيقات أو الأداة، واللغة، وطريقة الترميز، والقائم بالترميز ووقته، وأي مراجعة أو تغيير لاحق.
- المساعدة في الترميز، والتحقّق من الرموز، وضمان جودة الترميز وظائف متمايزة. فالتحقّق من وجود رمز ما، أو من انتمائه إلى مجموعة قيم مسموح بها، لا يثبت أنه يمثّل بيان مقدِّم الخدمات؛ فتلك هي مهمة التدقيق (انظر B.4). ولا تُستخدم أنماط البحث المصمَّمة للاستعلام البسيط في الترميز الطبي.

والنظام الذي يستوفي هذه القواعد يُنتج بيانات تظل قابلة للاستخدام عند تحديث التصنيف، وعند إعادة تجميع الرموز لأغراض تَجَمُّعات الحالات أو الإبلاغ، وعند مراجعة السجل نفسه لاحقاً أو مضاهاته أو استخدامه لدعم القرار.

توزيع مجموعة المصطلحات لا يعني استخدامها. إن نشر المراجعة الحادية عشرة على خادم مصطلحات وطني، أو تسجيل معرّف، أو ربط المراجعة الحادية عشرة في دليل تنفيذ وطني لمعيار FHIR، خطوات ضرورية، لكن عدة بلدان أنجزتها في حين لا تزال نظم الإبلاغ لديها ترسل

بيانات وفق المراجعة العاشرة. وينبغي أن تقرن الخطة التقنية كل مَعلَم رئيسي من معالم التوزيع بالنظام وبتدفق البيانات اللذين سيستخدمانه، وأن تتحقّق من أن السجلات المرسلة تحمل رموز المراجعة الحادية عشرة مقرونة بمعرّف الإصدار، دون إغفال إنشاء بنية تحتية ملائمة للترميز.

جداول الرموز في الوثائق الوطنية. تُعدّ قوائم الرموز المطبوعة في البروتوكولات والاستمارات واللوائح مصدراً متكرراً للأخطاء: رموز منسوخة يدوياً، ورموز من المراجعة العاشرة تحت عناوين المراجعة الحادية عشرة، ومعرّفات حُرّفت بفعل النقل الحرفي، وجداول لا يُذكر فيها الإصدار. وينبغي أن تُولَّد جميع هذه الجداول من واجهة برمجة التطبيقات لإصدار محدَّد، وأن يُتحقَّق منها قبل النشر، وأن تُنشر النسخة المقروءة آلياً مع الوثيقة.

السجلات الورقية والبيئات المنخفضة الموارد. حيثما تظل السجلات ورقية، تتيح قائمة وطنية مختصرة مستمدة من التصنيف، مع ذكر رموز المراجعة الحادية عشرة والإصدار، بدء الإبلاغ، ويُمكن توسيعها مع رقمنة النظم. وينبغي توثيقها وإخضاعها للحوكمة بوصفها مجموعة قيم، لا بوصفها تعديلاً، وينبغي استخدام التصنيف الكامل حيثما يوجد نظام قائم.

إشراك مورّدي سجلات الصحة الإلكترونية. يقدّم كبار مورّدي سجلات الصحة الإلكترونية دعماً متزايداً للمراجعة الحادية عشرة، لكن التعميم يتفاوت بحسب المورّد والبلد وخط المنتجات. وينبغي لجهة الاتصال الوطنية أن تتواصل مباشرة مع كبار المورّدين العاملين في البلد، وأن تفهم خريطة الطريق الخاصة بكلٍّ منهم بشأن المراجعة الحادية عشرة، وأن تحدِّد الفجوات، وأن تستخدم عند الضرورة أدوات الضغط المتاحة من خلال الشراء لمواءمة الجداول الزمنية. وحيثما تُدرج الجاهزية للمراجعة الحادية عشرة في متطلبات المورّدين في المناقصات الوطنية، يتسارع التسليم من جانب المورّدين.

التكامل مع نظم الوفيات. تتكامل نظم الوفيات مع المراجعة الحادية عشرة من خلال الشهادة الطبية الإلكترونية بشأن سبب الوفاة (eMCCD) في مرحلة إصدار الشهادة، ومن خلال أداة DORIS للاختيار المؤتمت لسبب الوفاة. ويجري التكامل على مستوى تدفق البيانات: شهادة طبية منظَّمة بشأن سبب الوفاة، وترميز وفق المراجعة الحادية عشرة في المصدر، واختيار السبب الأساسي للوفاة باستخدام أداة DORIS، والإرسال إلى نظام الإحصاءات الحيوية الوطني. وتحتاج البلدان التي تستخدم حالياً نظماً للوفيات قائمة على المراجعة العاشرة مزوَّدة بأدوات مؤتمتة (مثل نظام Iris) إلى مسار للتحوّل؛ والتشغيل المزدوج خلال الفترة الانتقالية هو النهج الموصى به.

تحديثات نظم تَجَمُّعات الحالات. تُدمج نظم تَجَمُّعات الحالات المراجعة الحادية عشرة (للحالات المرضية) والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية (للتدخلات، حيثما يُستخدم) بوصفهما مدخلات في منطق التجميع حسب المجموعات المرتبطة من حيث التشخيص. ويمثّل العمل المتعلق بتَجَمُّعات الحالات المستند إلى مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية الموصوف في الجزء B التوجّه الحالي؛ ويُمكن للبلدان التي تشغّل نظماً أخرى للمجموعات المرتبطة من حيث التشخيص أن تكيّف منطق التجميع لديها مع مدخلات المراجعة الحادية عشرة، على نحو ما أثبته العمل المُنجَز في كندا.[21]

الوقت اللازم للإعداد. تتحدّد وتيرة الجاهزية التقنية بالوقت اللازم للإعداد لدى المورّدين – وهو يتراوح عادةً بين سنتين وأربع سنوات بالنسبة للتحديثات الرئيسية لسجلات الصحة الإلكترونية ونظم معلومات المستشفيات – وبدورات الشراء الوطنية في مجال تكنولوجيا المعلومات. ويؤدي بدء المحادثات مع المورّدين لحظة اتخاذ قرار التنفيذ، لا بعده، إلى ضغط الجدول الزمني. ويُعدّ تحديد موعد وطني مستهدف أكثر الأدوات فعاليةً في هذا الصدد.

إدارة المشكلات التشغيلية. ينبغي لجهة الاتصال الوطنية أن تحتفظ بسجل للمشكلات يتضمّن حالة الاستخدام، وإصدار التصنيف، واللغة، ونسخة الأداة أو واجهة برمجة التطبيقات، ومثالاً قابلاً للتكرار، ودرجة الخطورة، والجهة المسؤولة، والإجراء المؤقت، وتاريخ الاستعراض. وينبغي التمييز بين اقتراحات المحتوى، ومشكلات البحث أو الترجمة، والأسئلة المتعلقة بقواعد الترميز، وعيوب البرامجيات، وإخفاقات التكامل المحلي، بحيث تصل كل مشكلة منها إلى الفريق المختص. وينبغي استخدام أمثلة تحمي معلومات المرضى. وينبغي لفريق الدعم الوطني أن يفرز المشكلات بالتعاون مع المورّد أو المركز المتعاون أو المنظمة، حسب الاقتضاء؛ ويُمكن توجيه الاستفسارات المتعلقة بواجهة برمجة التطبيقات إلى العنوان icd@who.int.[36,39]

إغلاق المشكلة. يعقب الردَّ أو الإصدارَ الجديد اختبارٌ على الحالة المُبلَّغ عنها وعلى الحالات ذات الصلة. ويُسجَّل القرار والنتيجة التي جرى التحقق منها وأي قيد متبقٍّ، ثم تُحدَّث الإرشادات الوطنية والتدريب وتهيئة النظم. وتُستعرض المشكلات العالقة ذات الأثر الكبير قبل التوسيع وبعد التحديثات، مع الإبلاغ عنها عن طريق فرقة العمل (انظر C.11).

C.8 التحوّل في البلدان ذات النظم الموروثة: المعابر واستمرارية السلاسل الزمنية

تحتاج البلدان التي لديها نظام قائم يستند إلى المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض – والتي يُشار إليها بالبلدان ذات النظم الموروثة – إلى إدارة التحوّل بحيث تظل البيانات التاريخية قابلة للاستخدام، وتظل السلاسل الزمنية قابلة للتفسير، وتظل نظم تَجَمُّعات الحالات واسترداد التكاليف

قادرة على أداء وظائفها. ويتوقّف حجم هذا العمل على المحتوى الوطني والنظم الموروثة والمخرجات المنشودة. وتوفّر المعابر (المضاهاة) والترميز المزدوج أساليب راسخة، ولكنها تتطلب خبرة محلية ووقتاً وتمويلاً وتحقّقاً من الصحة. ودعماً للدول الأعضاء، توفّر منظمة الصحة العالمية معابر ثنائية الاتجاه بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض. وهذه الموارد متاحة للجمهور، وتيسّر الاستمرارية وقابلية المقارنة والتخطيط للتحوّل بالنسبة لحالات الاستخدام الخاصة بالمراضة والوفيات على حد سواء.

المعابر: ماهيتها والغرض منها. المعابر جداول مضاهاة موحَّدة تُنشئ تناظراً بين الرموز في نسختين مختلفتين من التصنيف الدولي للأمراض. وتُعرّف ورقة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية المعنونة "Classifications and Terminology Mapping: Principles and Best Practice"، استناداً إلى المعيار ISO/TR 12300:2014، المضاهاة بأنها "عملية تحديد علاقة بين المفاهيم في أحد نظم الترميز والمفاهيم في نظام ترميز آخر، وفقاً لأساس منطقي موثَّق، ولغرض محدَّد". وفي سياق المراجعة الحادية عشرة هذا، يمثّل المعبر حصيلة عملية مضاهاة ثنائية الاتجاه بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة. وتتيح المعابر الصادرة عن المنظمة مقارنة بيانات المراجعة الحادية عشرة ببيانات المراجعة العاشرة الموروثة، وتدعم الحفاظ على سلاسل البيانات الطولية، وتسترشد بها عملية تكييف منطق التجميع حسب تَجَمُّعات الحالات. ويجري تحديثها مع كل إصدار سنوي من إصدارات المراجعة الحادية عشرة لإحصائيات الوفيات والمراضة.

سبب الحاجة إلى المعابر. حيثما يوجد إرث من جمع بيانات التصنيف الدولي للأمراض ومقارنتها، تمثّل المعابر الصادرة عن المنظمة مورداً مهماً وقيّماً. وتساعد الجداول على ما يلي:

- الحفاظ على سلامة البيانات التاريخية، ودعم الإحصاءات الطولية وإعداد بيانات قابلة للمقارنة لأغراض الإحصاء وغيرها من الاستخدامات؛
- الحدّ، حيثما أمكن، من الانقطاع في الاستمرارية الناجم عن استحداث المراجعة الحادية عشرة لحالات استخدام متعدِّدة؛
- توجيه منهجيات تَجَمُّعات الحالات المتّبعة في تجميع البيانات القابلة للمقارنة – فعلى سبيل المثال، يُمكن استخدام جداول المعابر لاستعراض منطق التجميع بغية تحديد ما إذا كان من الممكن استخدام الترميز العنقودي داخل برامجية التجميع أو ما إذا كان من الضروري تفكيك عناقيد الرموز.

جداول المضاهاة بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة الصادرة عن المنظمة. توفّر المنظمة نوعين من جداول المضاهاة، هما النوع MapToOneCategory والنوع MapToMultipleCategories، ويصدران في شكل الملفات التالية مع كل إصدار من إصدارات المراجعة الحادية عشرة:

الجدول 1. جداول المضاهاة بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة الصادرة عن المنظمة

الملف	الوصف
10To11MapToOneCategory	مضاهاة رمز واحد من رموز المراجعة العاشرة (المصدر) برمز واحد أو عنقود رموز واحد من رموز المراجعة الحادية عشرة لإحصائيات الوفيات والمراضة، وبمعرّف الموارد الموحَّد (URI) للتعبير في صورة خطية، وبمعرّف الموارد الموحَّد للمكوّن الأساسي (الهدف)، يكون إما مكافئاً للرمز أو المعرّف المصدر أو أوسع منه.
10To11MapToMultipleCategories	مضاهاة رمز واحد من رموز المراجعة العاشرة (المصدر) برمز واحد أو أكثر أو عنقود رموز واحد أو أكثر من رموز المراجعة الحادية عشرة لإحصائيات الوفيات والمراضة، وبمعرّفات الموارد الموحَّدة للتعبير في صورة خطية، وبمعرّفات الموارد الموحَّدة للمكوّن الأساسي (الهدف).
11To10MapToOneCategory	مضاهاة معرّفات الموارد الموحَّدة للمراجعة الحادية عشرة لإحصائيات الوفيات والمراضة (المصدر) برموز المراجعة العاشرة (الهدف)؛ ولا تقترن جميع معرّفات الموارد الموحَّدة لإحصائيات الوفيات والمراضة برموز (ومن ذلك مثلاً الفصول).
foundation_10To11MapToOneCategory	مضاهاة رمز واحد من رموز المراجعة العاشرة (المصدر) بمعرّف الموارد الموحَّد للمكوّن الأساسي للمراجعة الحادية عشرة (الهدف).
foundation_11To10MapToOneCategory	مضاهاة معرّف واحد من معرّفات الموارد الموحَّدة للمكوّن الأساسي للمراجعة الحادية عشرة (المصدر) بفئة واحدة من فئات المراجعة العاشرة (الهدف).

تربط جميع المعابر من النوع MapToOneCategory رمزاً مصدراً أو معرّف موارد موحَّداً للمكوّن الأساسي بفئة هدف واحدة تكون إما مكافئة للرمز أو المعرّف المصدر أو أوسع منه. ويُمكن استخدام هذه المعابر بصورة آلية، لأنها تضع كيانات التصنيف الدولي للأمراض المصدر في المواضع الصحيحة داخل التسلسلات الهرمية الهدف.

بالنسبة للمعبر 10To11MapToMultipleCategories، قد يكون مصدر المضاهاة أوسع من الهدف أو أضيق منه أو مكافئاً له؛ وقد تمثّل المصادر والأهداف أيضاً مفاهيم تتداخل معانيها أو "قد تتداخل". ونظراً إلى تعقّد العلاقات بين مصادر المضاهاة وأهدافها، يتطلب استخدام المعبر من النوع MapToMultipleCategories عملية يدوية. وحيثما تتوافر بيانات مرمَّزة وفق المراجعة العاشرة ومعلومات إضافية (قد تكون نصية)، يُمكن أن يساعد هذا المعبر المرمِّزين على إعادة ترميز البيانات يدوياً وفق المراجعة الحادية عشرة بمستوى تفصيل أعلى، وإن كان ذلك مع احتمال فقدان بعض التفاصيل.

المعابر بوصفها أدوات انتقالية. صُمِّمت المعابر من المراجعة الحادية عشرة إلى المراجعة العاشرة للاستخدام المحدود والقصير الأجل خلال التحوّل – لا لتوليد البيانات أو الإبلاغ أو التوثيق السريري أو صنع القرارات السياساتية بصورة مستمرة. فالمراجعة الحادية عشرة تستحدث هيكلاً جديداً جذرياً، يشمل فصولاً أُعيد تنظيمها، ومفاهيم سريرية موسَّعة، ونظاماً للتنسيق اللاحق (توليف الرموز) يتيح قدراً أكبر من النوعية. ولا يُمكن تمثيل هذه السمات تمثيلاً كاملاً أو دقيقاً ضمن القيود التي تفرضها المراجعة العاشرة. ويؤدي الاستخدام الروتيني للمعابر في النظم التشغيلية إلى تقويض سلامة بيانات المراجعة الحادية عشرة، وتشويه المعنى السريري، ويُنذر بتقديم معلومات مضلِّلة عن الاتجاهات الصحية وتخطيط الموارد. فالمعابر هي الجسر الذي يُعبَر عليه خلال التحوّل؛ وليست هي الوجهة النهائية.

حدود المعابر. تنبع هذه الحدود من الاختلافات المفاهيمية والهيكلية بين التصنيفين. فلا يُمكن مضاهاة الإطار الحديث والمرن للمراجعة الحادية عشرة – بما يتّسم به من تنظيم متعدّد التسلسل الهرمي وخيارات ترميز مفصّلة – بالشكل الخطي والأكثر محدودية للمراجعة العاشرة مضاهاةً موثوقة. فكثير من عمليات المضاهاة غير دقيق أو ملتبس، وكثيراً ما ينتج عنه تحويلات من نوع واحد إلى متعدّد أو متعدّد إلى واحد تُفضي إلى أوجه عدم اتساق وفقدان للتفاصيل السريرية. وينبغي ألا تُستخدم المعابر إلا في سيناريوهات محدَّدة، هي: المقارنات الاستعادية للبيانات، والتشغيل البيني المؤقت خلال الفترة الانتقالية إلى حين التنفيذ الكامل للمراجعة الحادية عشرة، وتوجيه تكييف منطق التجميع حسب تَجَمُّعات الحالات (مثل المجموعات المرتبطة من حيث التشخيص (DRG)). ويجري التحقق من صحة جداول المضاهاة بالرجوع إلى الوثائق الأصلية: إذ تُرمَّز السجلات نفسها مباشرةً في التصنيف الهدف، وتُقارن النتائج بالرموز المستخلصة بالمضاهاة، مع التحقيق في أوجه التباين وإخضاع جداول المضاهاة المؤتمتة للاستعراض البشري.

متى تلزم جداول المعابر. تساعد المعابر على الحفاظ على قابلية المقارنة التاريخية، وتكتسي أهمية حاسمة في المراحل المبكرة من التنفيذ، ولا سيما بالنسبة للبلدان التي سبق أن أدرجت احتياجاتها الوطنية في شكل توسيعات للمراجعة العاشرة. ويُعدّ فهم أثر التغيير – أي الانقطاعات المحتملة في السلاسل الزمنية الإحصائية، والمجالات التي تشهد تحسيناً أو اختلافاً، والمجالات التي يتيح فيها التنسيق اللاحق تفاصيل جديدة غير متاحة في المراجعة العاشرة، والمجالات التي ستلزم فيها تحسينات في المراجعة الحادية عشرة – جزءاً من أعمال التنفيذ المبكرة. وسيتعيّن على البلدان التي لديها إرث من جمع بيانات المراجعة العاشرة أن تقيّم حاجتها إلى جداول المضاهاة بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة، وأن تحدِّد ما يلي:

1. مستوى تكامل التصنيف الدولي للأمراض، ومتطلبات الإبلاغ؛
2. المواضع التي تلزم فيها جداول مضاهاة إضافية بسبب النظم الوطنية أو المحتوى الخاص بالبلد؛
3. طريقة تخزين هذه الجداول وتحديثها مع تطوّر المراجعة الحادية عشرة؛
4. والمدة التي ستلزم فيها جداول المعابر.

وإذا كان التصنيف الدولي للأمراض غير مستخدم حالياً على المستوى الوطني أو الإقليمي أو التنظيمي، فلن يحتاج القائمون على التنفيذ إلى جداول المضاهاة بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة لدعم تنفيذ المراجعة الحادية عشرة.

سيتعيّن على البلدان التي تُعِدّ نسخة بلغة محدَّدة من المراجعة الحادية عشرة أن تجدول أنشطة الترجمة وضمان الجودة قبل أنشطة المضاهاة. وتوفّر المنظمة أداة الترجمة بوصفها جزءاً من منصّة الصيانة الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة لمساعدة القائمين على التنفيذ في هذه المهمة (الملحق 5).

ومن حالات الاستخدام المهمة المؤشرات الصحية الوطنية، التي تقيس صحة سكان البلد وفعالية نظام الرعاية الصحية. ويُمكن استخدام المؤشرات لرصد الحالات الصحية المزمنة، مثل أمراض القلب والسرطان والسكري والسكتة الدماغية والاضطرابات النفسية، وكذلك الأمراض المُعدية والإصابات ومتوسط العمر المتوقع والمواليد والوفيات. وستلزم هذه المؤشرات وسيجري رصدها على مستويات متفاوتة من التعقيد، ولن تحتاج بعض البلدان إلا إلى استخدام مجموعة فرعية صغيرة من المعابر لتلبية احتياجاتها.

البلدان التي أدرجت احتياجاتها الوطنية في المراجعة العاشرة. التعديلات الوطنية للمراجعة العاشرة هي تكييفات مصمَّمة لتعكس الممارسات السريرية للبلد وسياساته في مجال الترميز واحتياجات نظامه الصحي. وحيثما دأب بلد ما على صيانة توسيعات خاصة به للمراجعة العاشرة لتحقيق قدر إضافي من النوعية، فإن هذه التوسيعات تحتاج هي أيضاً إلى مضاهاتها بالمراجعة الحادية عشرة. وتمثّل المعابر الصادرة عن المنظمة نقطة الانطلاق؛ ويتولّى القائمون على التنفيذ التخطيط لأعمال المضاهاة الإضافية المصمَّمة خصيصاً للمحتوى الخاص بالبلد وتخصيص الموارد لها. وتشمل الاعتبارات العملية ما يلي:

- فهم أي متطلبات قانونية أو تنظيمية؛
- التعاون مع أصحاب المصلحة في مجال الرعاية الصحية – ومن أمثلتهم في ألمانيا المجلس الوطني للتصنيف في مجال الرعاية الصحية التابع لوزارة الصحة الاتحادية (KKG) – ومع الخبراء السريريين وغيرهم من خبراء حالات الاستخدام؛
- الموارد (الوقت، والخبرة ذات الصلة، والاستثمار المالي) اللازمة للاضطلاع بالعمل في غضون الإطار الزمني المطلوب – فكندا، على سبيل المثال، خطّطت لذلك في وقت مبكر وقيّمت عدد أشهر العمل اللازمة لمستوى المضاهاة المطلوب؛
- مدى تعقيد المضاهاة – إذ تتطلب جداول المضاهاة من نوع واحد إلى متعدّد أو متعدّد إلى متعدّد وقتاً وخبرة لتجنّب أوجه عدم الاتساق أو سوء التفسير؛
- ضمان التشغيل البيني الدلالي لنظم البيانات الصحية عند التحوّل من المراجعة العاشرة إلى المراجعة الحادية عشرة – إذ يلزم أن تضمن المضاهاة الحفاظ على مجموعات قيم دقيقة وذات دلالة، وألا يتعرّض التشغيل البيني الشامل للنظم للخطر؛
- تقييم الأثر على النظم القائمة والأدوات المرتبطة بها؛
- التوثيق الواضح لمنهجية المضاهاة وأعرافها، مما يعزّز الشفافية وقابلية التكرار.

تجارب البلدان. أعدّ المعهد الكندي للمعلومات الصحية معابر أمامية ومعابر خلفية على حد سواء بين ICD-10-CA (نسخة عام 2022) والمراجعة الحادية عشرة لإحصائيات الوفيات والمراضة (إصدار عام 2022)، مستخدماً جدول المضاهاة الصادر عن المنظمة وموسّعاً إياه، من أجل تقييم أثر اعتماد المراجعة الحادية عشرة على الإبلاغ عن المؤشرات الصحية الوطنية، وعلى منهجيات تَجَمُّعات الحالات، وعلى النظام الكندي لترصّد التشوهات الخلقية.[21] وقد بدأ العمل باستخدام جداول البيانات ثم انتقل إلى أداة مضاهاة عبر الإنترنت من أجل تعزيز إمكانية الوصول ودعم التحديثات وتحسين القابلية للتوسيع. وتُعدّ التجربة الكندية من أوفى الأمثلة توثيقاً على أعمال المعابر في البلدان ذات النظم الموروثة، ويُستشهد بها على نطاق واسع دولياً.

واستخدمت ماليزيا جداول المضاهاة التي وفّرتها المنظمة خطَّ أساس، وكيّفتها مع استخدام البلد لنسخة عام 2010 من المراجعة العاشرة عن طريق فريق من الخبراء الوطنيين؛ واستغرقت المراجعة نحو أسبوعين من العمل المخصَّص، واستُخدم الجدول الناتج في التكامل بين نظم المستشفيات التي لم تتحوّل بعد والنظام الوطني لإدارة المعلومات الصحية.[8] أما الكويت فتستخدم نسخة غير معدَّلة من المراجعة العاشرة الصادرة عن المنظمة، ومن ثمّ تستخدم جداول المضاهاة الصادرة عن المنظمة مباشرةً دون تكييف خاص بالبلد.[7] ويوضّح هذا التباين المبدأ التالي: البلد الذي ظلّ قريباً من المراجعة العاشرة الصادرة عن المنظمة يكون عبء أعمال المعابر لديه أخف؛ والبلد الذي أجرى تعديلات وطنية كبيرة يكون عبء أعمال المعابر لديه أثقل. وترد روايات أوفى للحالات الثلاث في الجدول 7 في الملحق 2.

برامجيات المضاهاة ومعاييرها. قد يكفي جدول بيانات بعض البلدان لصيانة جداول المضاهاة؛ أما البلدان ذات المتطلبات المعقّدة، كالمحتوى الخاص بالبلد، فقد يكون من الأفضل لها أن تعتمد أفضل الممارسات في تطوير البرامجيات، وأن تستخدم نظم التحكم في النسخ مثل Git ومنصّات مثل GitHub لصيانة النسخ وتتبّع المشكلات وإدارة الإصدارات. وفي تقييم أجرته مؤخراً فرقة العمل المعنية بالمضاهاة التابعة لشبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية لبرامجيات مضاهاة مجموعات المصطلحات، أظهرت أداة CodeFusion – وهي أداة ترميز تابعة للمنظمة أُعيد توظيفها لأغراض المضاهاة – حساسية ودقة جيدتين؛ ويُمكنها اقتراح جداول مضاهاة مرشَّحة ليستعرضها أخصائيو المضاهاة. وينبغي للبلدان أيضاً أن تنظر في اعتماد معايير لصيغ جداول المضاهاة أو تكييفها، مثل معيار SSSOM (Simple Standard for Sharing Ontological Mappings). ويتيح استخدام هذه المعايير المعالجة المؤتمتة لجداول المضاهاة وتبادلها بين المحتوى الخاص بالبلد والمراجعة الحادية عشرة.

الصيانة السنوية. تُصدر المنظمة تحديثاً سنوياً للمراجعة الحادية عشرة لإحصائيات الوفيات والمراضة، وتُنقَّح المعابر الثنائية الاتجاه بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة لتعكس هذه التغييرات، إلى جانب إدخال تصويبات على الجداول. وفي إطار عملية ضمان جودة المعابر، ينبغي إرسال التصويبات والإضافات المقترحة إلى فرقة العمل المعنية بالمضاهاة (whofic.mtf@gmail.com). وستكون هناك حاجة إلى تحليل أثر التغييرات التي تُدخلها المنظمة في كل إصدار سنوي على قابلية مقارنة البيانات وعلى النظم الوطنية. ولأغراض تَجَمُّعات الحالات، يلزم استعراض المعابر بصورة منهجية، وهو ما ينطوي على التدقيق المتكرر في جداول المضاهاة الخلفية مقابل جداول المضاهاة الأمامية لضمان اتساق التجميع. ويجب على مستخدمي تَجَمُّعات الحالات أن يعتمدوا على المعابر لفترة مقترحة لا تقل عن سنتين قبل مواصلة تنقيح

مجموعاتهم؛ ومن ثمّ يُستحسن تثبيت نسخة المراجعة الحادية عشرة المستخدمة لأغراض تَجَمُّعات الحالات طوال الفترة المقابلة، لإتاحة الوقت لاستقرار منطق التجميع قبل مواصلة تنقيحه.

مزيد من المعلومات. تنشر المنظمة المعابر في شكل جداول المضاهاة بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة، المتاحة للتنزيل من علامة التبويب "Info" في أداة تصفح المراجعة الحادية عشرة لإحصائيات الوفيات والمراضة (الملحق 3). وترد ورقة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية المعنونة "Classifications and Terminology Mapping: Principles and Best Practice"، ومواصفات معيار SSSOM، ووثائق أداة CodeFusion في الملحق 5. وتُجمَع تجارب البلدان في مجال المعابر في الملحق 2.

C.9 دراسات الترميز المزدوج

دراسة الترميز المزدوج نهج منهجي يُستخدم لتقييم أثر التحوّل من نسخة من التصنيف أو من مجموعة المصطلحات إلى نسخة أخرى. إذ تُرمَّز مجموعة البيانات نفسها – على سبيل المثال، تشخيصات الخروج من المستشفى أو البيانات المستمدة من شهادات الوفاة – باستخدام نسختين مختلفتين من التصنيف الدولي للأمراض، مثل المراجعتين العاشرة والحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض، وتُقارن المخرجات. وبالنسبة للبلدان التي لديها إرث قوي من استخدام المراجعة العاشرة، ولا سيما حيثما تكون للسلاسل الزمنية للوفيات والمراضة أهمية كبيرة على صعيد السياسات، فإن دراسة الترميز المزدوج تمثّل استثماراً كبيراً يُنتج بيّنات يُمكن أن تستند إليها خطة التنفيذ. وتُشجَّع البلدان التي أعدّت ونفّذت تعديلاً وطنياً للمراجعة العاشرة على استخدام تعديلها الخاص للمراجعة العاشرة عند مقارنته بالمراجعة الحادية عشرة، لضمان الدقة والأهمية على الصعيد الوطني.

الغرض من دراسات الترميز المزدوج. يتمثّل الهدف في مقارنة المخرجات وقياس أثر التحوّل كمّياً على تصنيف البيانات وتحليلها والإبلاغ عنها. إذ تُرمَّز سجلات الخروج من المستشفى نفسها، أو شهادات الوفاة نفسها، وفق المراجعتين العاشرة والحادية عشرة كلتيهما، وتُقارن المخرجات. وتُقاس الاختلافات كمّياً، وتُحدَّد مصادر الاختلاف، ويُقيَّم الأثر على الإحصاءات اللاحقة – معدلات الوقوع، وتوزيعات أسباب الوفاة، والمجموعات حسب تَجَمُّعات الحالات، وطريقة بناء المؤشرات. ويجوز إجراء الترميز المزدوج باستخدام أساليب الترميز اليدوي أو الترميز المؤتمت.

أهمية الترميز المزدوج. تدعم دراسات الترميز المزدوج التحوّل من المراجعة العاشرة إلى المراجعة الحادية عشرة، إذ تتيح تحديد الاختلافات بين التصنيفين وتحليلها، وتقييم الأثر على ممارسات الترميز وجودة البيانات والاستمرارية الإحصائية. وهي تكشف عن الكيفية التي تؤثّر بها التغييرات في التصنيف على الاتجاهات الوبائية والإحصائية، مثل تواترات أسباب الوفاة أو معدلات وقوع المراضة. وتؤدي هذه الدراسات عدة أغراض:

- **فهم الاختلافات بين التصنيفين** من حيث تعاريف الكيانات وأعراف الترميز والهيكل الهرمي بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة.
- **تكييف تحليل البيانات** بتمكين محلّلي البيانات ومستخدميها من فهم الآثار المترتبة على المراجعة الحادية عشرة بالنسبة للمؤشرات والمجموعات الإحصائية القائمة، ومن ثمّ تكييف أطر الإبلاغ مع هيكل المراجعة الحادية عشرة.
- **تقييم دقة الترميز واتساقه** وفق المراجعة الحادية عشرة مقارنةً بالمراجعة العاشرة لحالات استخدام محدَّدة، على نحو ينطبق على ممارسات الترميز اليدوي والمؤتمت على حد سواء.
- **استكشاف قدرات الترميز الجديدة** – رموز الامتداد، والتنسيق اللاحق (توليف الرموز) – والكيفية التي تلتقط بها هذه القدرات التفاصيل السريرية.
- **إطلاع أصحاب المصلحة** بتزويد راسمي السياسات والباحثين والمسؤولين الإداريين في مجال الرعاية الصحية ببيّنات عن الأثر المتوقع لتغييرات التصنيف على الإبلاغ وتخطيط الخدمات.
- **تقييم الآثار المترتبة على تَجَمُّعات الحالات** بتقييم الكيفية التي يُمكن أن تؤثّر بها التغييرات في قواعد الترميز وفئاته على نظم التجميع (مثل المجموعات المرتبطة من حيث التشخيص (DRG)، وتَجَمُّعات الحالات) ونماذج الدفع.

الترميز المزدوج مقابل المضاهاة. الترميز المزدوج والمضاهاة أمران مترابطان ولكنهما متمايزان. فالمضاهاة تحدِّد أوجه التناظر المفاهيمي بين التصنيفات – أي ما يناظر رمزاً من رموز المراجعة العاشرة في المراجعة الحادية عشرة – وتيسّر مواءمة المحتوى بين النسخة السابقة والنسخة المنقَّحة، مع إبراز الثغرات أو التغييرات في المحتوى والهيكل. أما الترميز المزدوج فيقيّم أثر أوجه التناظر هذه على البيانات الفعلية – أي ما يحدث للسلاسل الزمنية ولمعدلات الوقوع ولمجموعات تَجَمُّعات الحالات عند إعادة ترميز السجلات الفعلية – ويُبرز ما يُسمّى انقطاعات الاتجاهات. ويحتاج البلد الذي يخطّط للتحوّل عادةً إلى كليهما: المضاهاة لفهم هيكل التغيير، والترميز المزدوج لقياس الأثر على البيانات الوطنية كمّياً.

متى يلزم الترميز المزدوج. يوصى بإجراء دراسة للترميز المزدوج بالنسبة للبلدان التي لديها إرث قوي من استخدام المراجعة العاشرة في بياناتها الصحية، في أي حالة استخدام، حيثما يكون تقييم قابلية المقارنة بين إحصاءات أسباب الوفاة أو المراضة وفق المراجعة الحادية عشرة ووفق المراجعة العاشرة أمراً أساسياً لاستمرارية تحليلات السلاسل الزمنية. أما بالنسبة للبلدان التي لديها إرث ضعيف من استخدام المراجعة العاشرة أو لا إرث لها على الإطلاق، فقد لا تكون دراسة الترميز المزدوج ضرورية بل قد لا تكون ممكنة؛ وإذا توافرت مجموعات بيانات لتحليلها، فيُمكن إجراء هذه الدراسة على نطاق أصغر، مع التركيز على قوائم جدولة محدَّدة للمراضة والوفيات أو على مؤشرات صحية وطنية مختارة. وتتطلب دراسة الترميز المزدوج موارد ووقتاً إضافيين؛ وتتفاوت التكلفة بحسب عدد الموظفين والموارد اللازمة. ومع ذلك فهي استثمار بالغ الأهمية: إذ تتيح تحديد أوجه التباين في الترميز والبيانات، ومن ثمّ التنبؤ بأثر استحداث تصنيف جديد على القوى العاملة من المرمّزين السريريين وعلى الاتجاهات في البيانات الإحصائية. وينبغي النظر بعناية في توقيت دراسة الترميز المزدوج ونطاقها خلال التحوّل إلى المراجعة الحادية عشرة.

منهجية دراسات الوفيات. تستخدم بلدان كثيرة أدوات مؤتمتة لترميز الوفيات (مثل نظام Iris وأداة DORIS). ويُمكن استخدام هذه الأدوات المؤتمتة في الترميز المزدوج إلى حد ما. وقد استُحدثت أداة DORIS للمراجعة الحادية عشرة ولا يُمكن استخدامها للمراجعة العاشرة؛ وهذا يعني أن دراسات الترميز المزدوج لبيانات الوفيات تجمع عادةً بين الترميز اليدوي وفق المراجعة العاشرة والترميز وفق المراجعة الحادية عشرة بدعم من أداة DORIS، ويلزم أن تراعي المنهجية هذا اللاتماثل. وعندما يكون البلد في طور التحوّل من الترميز اليدوي إلى الترميز المؤتمت، يُمكن لدراسة الترميز المزدوج أيضاً أن تحدِّد الاختلافات في نتائج الترميز وفي تطبيق القواعد بين النهجين اليدوي والمؤتمت، وهي اختلافات ينبغي استعراضها ومعالجتها للحفاظ على اتساق الترميز.

منهجية بيانات المراضة. ينطوي ترميز بيانات المراضة عادةً على رموز تشخيصية متعددة، وكثيراً ما يُجرى يدوياً. وتميل دراسات الترميز المزدوج لبيانات المراضة إلى أن تكون أكثر استهلاكاً للموارد، وقد يلزم حصر نطاقها – بالتركيز على مستشفيات أو مناطق أو أنواع من الحالات بعينها. ويُمكن أن تساعد أدوات المضاهاة على الإعداد والتحليل، ولكن لا ينبغي أن تحلّ الرموز الناتجة عن المضاهاة محلّ إعادة الترميز المستقلة انطلاقاً من السجل السريري عندما يكون الغرض هو التحقق من قابلية المقارنة أو من دقة المضاهاة.

التخطيط لدراسة الترميز المزدوج. تشمل الاعتبارات الرئيسية في التخطيط ما يلي:

- *حجم العيّنة وتمثيليتها.* اختيار عيّنة توازن بين الجدوى والحاجة إلى رصد الفروق المجدية في البيانات، مع ضمان أن تعكس البيانات سياق البلد وحالة الاستخدام.
- *الفترة المرجعية للبيانات.* تحديد فترة الدراسة. وتقرير ما إذا كانت الدراسة ستكون استعادية (الترميز المزدوج لبيانات قائمة مرمَّزة وفق المراجعة العاشرة) أو استباقية (ترميز السجلات آنياً وفق المراجعتين العاشرة والحادية عشرة).
- *الموارد.* تخصيص ما يكفي من الوقت والموظفين والبنية التحتية؛ وقد يلزم مزيد من المرمّزين السريريين ومحلّلي البيانات.
- *التدريب.* ضمان تدريب جميع المرمّزين والمحلّلين تدريباً وافياً على المراجعة الحادية عشرة قبل بدء الدراسة، بما في ذلك الإلمام بالتنسيق اللاحق وباستخدام أداة الترميز في المراجعة الحادية عشرة.
- *المنهجية.* وضع بروتوكول واضح يشمل قواعد الترميز وأساليب التحليل والتعاريف الإحصائية وإجراءات تجميع البيانات. وتحديد النواتج وأشكال الإبلاغ مسبقاً.
- *المشروع التجريبي.* إجراء مشروع تجريبي لاختبار المنهجية واستبانة المشاكل المحتملة قبل التنفيذ الكامل.
- *توقيت التحليل.* تقرير ما إذا كان سيجري تحليل البيانات المرمَّزة ترميزاً مزدوجاً تراكمياً خلال الدراسة أو استعادياً بعد اكتمال جمع البيانات. ومراعاة ما يترتب على ذلك من آثار في تخطيط الموارد وسرعة الاستجابة.
- *إدارة البيانات.* تطبيق نظم بيانات قادرة على تخزين السجلات المرمَّزة ترميزاً مزدوجاً ومعالجتها وإدارتها دون الإخلال بالتدفقات الروتينية للبيانات.
- *الأدوات المؤتمتة.* في حال استخدام أدوات مؤتمتة، تقييم أدائها وتحديد ما إذا كانت المراجعة اليدوية لازمة لضمان الدقة والاتساق في كلتا مراجعتي التصنيف الدولي للأمراض.

المشاريع الصغيرة النطاق. قد تعجز بعض البلدان عن إجراء مشاريع ترميز مزدوج واسعة النطاق لأسباب شتى: فقد لا تتوافر بسهولة أدوات التصنيف وتحليل البيانات وموارد هما؛ وقد يقتضي مشروع واسع النطاق، في بعض حالات الاستخدام، التعاون بين ولايات قضائية متعددة، وهو ما قد يطرح تحديات لوجستية؛ وقد تقتصر بعض حالات الاستخدام على حجم أصغر من البيانات مقارنةً ببلدان أخرى. ومع أن أخذ العيّنات العشوائية أو العيّنات "التمثيلية" من البيانات قد يُعدّ الخيار الأفضل لمشاريع الترميز المزدوج الصغيرة النطاق، فقد استُخدم أيضاً أخذ العيّنات الهادف – ومن ذلك مثلاً اختيار السجلات التي يُرجَّح أن تطرح صعوبات في الترميز، أو حالة واحدة على الأقل لكل سبب أساسي للوفاة (الجدول 8 في الملحق 2).

البيّنات المنشورة والأمثلة القُطرية. باتت قاعدة البيّنات الخاصة بالترميز المزدوج تغطي طائفة من السياقات الوطنية وحالات الاستخدام:

- *السويد* أجرت ترميزاً مزدوجاً لنحو 2 500 سجل من سجلات الوفيات تغطي حالة واحدة على الأقل لكل سبب أساسي للوفاة من عام 2021، مع التركيز على السجلات التي يُرجَّح أن تطرح تحديات في الترميز بموجب مجموعة قواعد ترميز الوفيات.
- *الأرجنتين* أجرت ترميزاً مزدوجاً لنحو 2 500 حالة وفاة من ثلاث مقاطعات (800 شهادة لكل ولاية قضائية) من عام 2022، باستخدام منصّة وطنية على الإنترنت مزوَّدة بواجهة برمجة التطبيقات (API) الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة ومع مراجعة من الخبراء؛ وتوضّح الدراسة قيمة الترميز المزدوج وحدوده على حدّ سواء عندما تكون المواد التدريبية والأدوات (أداة DORIS) لا تزال في طور النضج، كما توضّح القيود المتعلقة بعبء العمل التي تحدّ من حجم العيّنة.
- *جمهورية كوريا* أجرت دراسات متعددة للترميز المزدوج: دراسة في عام 2021 قارنت بين التصنيف الكوري الموحَّد للأمراض، المراجعة الثامنة (KCD-8)، وهو التعديل الوطني للمراجعة العاشرة (ICD-10-KM)، والمراجعة الحادية عشرة، وقاست النوعية والصعوبة والالتباس ودقة المرمِّزين والأطباء؛ ودراسة في عام 2024 شملت مضاهاة كاملة بين التصنيف KCD-8 والمراجعة الحادية عشرة وتحليلاً للسلاسل الزمنية شمل 104 بنود من بنود أسباب الوفاة في 372 939 حالة وفاة، توافرت فيها رموز مضاهاة ملائمة لنسبة 74٪ من الحالات واستلزمت نسبة 26٪ منها إضافة رموز أو مضاهاة جزئية (49 مرمِّزاً؛ 107 944 دولاراً أمريكياً)؛[9] ودراسة في عام 2025 للترميز على مستوى السطر وعلى مستوى الحالة باستخدام بوابة KSCH التابعة لهيئة الإحصاءات الكورية (Statistics Korea) (42 مشاركاً؛ 50 370 دولاراً أمريكياً)، لا تزال جارية.[9]
- *المملكة المتحدة* تخطّط لإجراء دراسة واسعة النطاق للترميز الجِسري في الفترة 2026–2027 تغطي فترة مرجعية لا تقل عن 12 شهراً لإنكلترا وويلز، على أن تُنشر نتائج أولية قبل تنفيذ المراجعة الحادية عشرة؛ ولم تُفصَل تكلفة الترميز الجِسري عن تكلفة مشروع التنفيذ الكامل.
- *جنوب أفريقيا* تعتزم ترميز بيانات سنة كاملة وفق المراجعتين العاشرة والحادية عشرة كلتيهما ثم إجراء المراجعات اللازمة، رهناً بتوافر الموارد.
- *الصين* أسفر المشروع التجريبي الوطني الذي نفّذته في 59 مستشفى عن 3 723 959 تشخيصاً مرمَّزاً لعدد 873 425 مريضاً خلال مرحلة ترميز استغرقت شهرين، وبلغت دقة الترميز المُبلَغ عنها 82.9٪ عند احتساب التنسيق اللاحق و92.2٪ للرمز الجذعي وحده.[11]
- *أستراليا وكندا وألمانيا والسويد* – وهي بلدان تتسم نظم الرعاية الصحية فيها بتكامل قوي مع المراجعة العاشرة – أنجزت مشاريع للترميز المزدوج لبيانات المراضة أو أشارت إلى خطط لإعدادها. وتتحقق أفضل النتائج بعد إنجاز عمليات المضاهاة اللازمة من المراجعة العاشرة (أو من تعديل وطني لها).

المؤلفات المنشورة. ينبغي للقائمين على التنفيذ، عند تصميم الدراسات الوطنية، الرجوع إلى المؤلفات المتراكمة بشأن الترميز المزدوج باستخدام المراجعة الحادية عشرة وبشأن عمليات التحوّل السابقة في نظم الترميز (ولا سيما تجربة المملكة المتحدة في إدخال نظام Iris وفي استخدام نسب قابلية المقارنة). وترد الدراسات الرئيسية في الملحق 2، A2.4، ويُستشهد بها في الملحق 6 (المراجع 5 و6 و9 و11 و26–33)؛ ويتعهّد مركز موارد التنفيذ (Implementation Hub) قائمة مراجع أكثر اكتمالاً.

C.10 الاختبار التجريبي والتعميم

يتمّ الانتقال من التخطيط إلى التنفيذ عبر الاختبار التجريبي. فالمشاريع التجريبية تولّد البيّنات، وتبني الثقة، وتحسّن العمليات، وتستبين المشاكل، وتُنشئ مجموعة المستخدمين المدرَّبين الذين يصبحون المدرّبين والمناصرين للتعميم على نطاق أوسع. أما عمليات التنفيذ التي تنتقل مباشرةً من التخطيط إلى التعميم على الصعيد الوطني دون اختبار تجريبي، فتميل إلى أن تكتشف، بتكلفة باهظة، ما كان الاختبار التجريبي سيكشفه بتكلفة أقل.

مبادئ تصميم المشاريع التجريبية. تشترك المشاريع التجريبية الفعّالة في عدّة سمات:

- **نطاق ملموس.** مرفق محدَّد أو مجموعة محدَّدة من المرافق، وحالة استخدام محدَّدة، وجدول زمني محدَّد. فالمشاريع التجريبية المبهمة تُسفر عن نتائج مبهمة.
- **ظروف مكافئة لظروف الإنتاج الفعلي.** الاختبار التجريبي في بيئة اختبار معزولة يُسفر عن نتائج لا تصلح إلا لتلك البيئة. أما الاختبار التجريبي في مرفق حقيقي يعمل وفق سير عمل سريري حقيقي، فيُسفر عن نتائج قابلة للتعميم.
- **تمثيل أصحاب المصلحة.** يتعيّن أن يكون الأطباء السريريون والمرمِّزون والعاملون في إدارة المعلومات الصحية والعاملون في مجال تكنولوجيا المعلومات والإدارة جميعاً مشاركين فاعلين. فالمشاريع التجريبية التي يديرها فريق تكنولوجيا المعلومات وحده تُسفر عن نتائج في مجال تكنولوجيا المعلومات؛ والمشاريع التجريبية التي يديرها الأطباء السريريون وحدهم تُسفر عن نتائج سريرية؛ أما المشاريع التجريبية التي يديرها أصحاب المصلحة كافة فتُسفر عن نتائج على صعيد التنفيذ.

- **الإعداد السابق للمشروع التجريبي.** ينبغي حلّ مشاكل تكنولوجيا المعلومات قبل بدء المشروع التجريبي؛ وينبغي إتمام التدريب؛ وينبغي إتاحة الدعم في الموقع منذ اليوم الأول. وقد وُثِّق تركيز المشروع التجريبي في الكويت على إجراء اختبارات صغيرة النطاق سابقة للمشروع التجريبي قبل إطلاق المشروع التجريبي الفعلي باعتباره عاملاً رئيسياً من عوامل التيسير.[7]
- **جمع البيانات.** المشروع التجريبي هو في حدّ ذاته دراسة. ويتعيّن التخطيط مسبقاً لدقة الترميز، والوقت المستغرق لكل لقاء مع المريض، واستقصاءات تجربة المستخدمين، والتعليقات النوعية، وسجلات حوادث تكنولوجيا المعلومات، والمقارنة مع خطوط الأساس السابقة للمشروع التجريبي، وتسجيلها جميعاً بصورة منهجية وتحليلها.
- **معايير خروج محدَّدة.** ما الذي يتعيّن أن يثبته المشروع التجريبي لتبرير التوسيع؟ وما الذي يبرّر العودة إلى نقطة البداية؟ يتعيّن الاتفاق على معايير الخروج قبل بدء المشروع التجريبي.

من المشروع التجريبي إلى التوسيع. يُعدّ الانتقال من المشروع التجريبي إلى التوسيع في حدّ ذاته تحدياً من تحديات التنفيذ. ويتعيّن إدماج الدروس المستفادة من المشروع التجريبي في التعميم على نطاق أوسع: بتحديث المواد التدريبية، واستباق مشاكل تكنولوجيا المعلومات والحيلولة دون وقوعها، وتحسين نُهُج إدارة التغيير. والبلدان التي تتعامل مع المشروع التجريبي باعتباره عملاً لمرة واحدة وتبدأ التوسيع من الصفر تفقد جزءاً كبيراً من القيمة التي ولّدها المشروع التجريبي. أما البلدان التي تتعامل مع المشروع التجريبي باعتباره المرحلة الأولى من التنفيذ فتستخلص قيمته كاملة.

أسباب تعثُّر المشاريع التجريبية. وجد استعراض بيّنات التنفيذ الذي أُجري في عام 2026 مشاريع تجريبية انتهت دون نشر أي نتائج؛ ومشاريع تجريبية تعذّر التحقق من استمرارها بعد انقضاء فترتها التجريبية؛ ومشاريع تجريبية عُلِّقت عند انقطاع تمويل الشركاء؛ ومشاريع تجريبية نُفِّذت بالتوازي مع اشتراط وطني ظلّ دون تغيير باستخدام المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، بحيث لم يُنقَل الترميز الذي جرى اختباره تجريبياً إلى النظام الوطني قط. والعلاج واحد في كل هذه الحالات: ينبغي حسم التخطيط لمعايير الخروج، ونشر النتائج، وتمويل المرحلة اللاحقة، وتعديل الصك الوطني الذي سيقبل نواتج المشروع التجريبي، قبل أن يبدأ المشروع التجريبي، لا بعد أن ينتهي.

التعميم المتعاقب أو المتوازي. توسّع بعض البلدان نطاق استخدام المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض حسب حالة الاستخدام (الوفيات أولاً، ثم المراضة، ثم تَجَمُّعات الحالات)؛ ويوسّعه بعضها الآخر حسب المنطقة الجغرافية (منطقة واحدة أولاً، ثم على الصعيد الوطني)؛ ويوسّعه بعضها الآخر حسب القطاع (المستشفيات العامة أولاً، ثم المستشفيات الخاصة). ويتوقف النهج الصحيح على السياق الوطني – الجاهزية السياسية، والبنية التحتية، وقدرات القوى العاملة، وما يقدّمه المورّدون. وينبغي أن تلتزم الخطة بنهج للتسلسل وأن تشرح الأساس المنطقي له.

صيانة النظم القائمة خلال التحوّل. أوصى دليل التنفيذ الصادر في عام 2019 بصيانة نظم التصنيف الجارية لفترة تداخل محدَّدة – مداها 18 شهراً على الأقل – إلى جانب النظام الجديد. ولا يزال هذا النهج صحيحاً بوجه عام، وإن كانت البيّنات المستمدة من البلدان المبكّرة في اعتماد المراجعة الحادية عشرة تشير إلى أنه ينبغي معايرة المدة وفقاً للسياق الوطني بدلاً من تحديدها كفترة ثابتة. وتشمل فوائد صيانة النظام القائم خلال التحوّل استقرار الإبلاغ، واستمرارية القوى العاملة المدرَّبة، والقدرة على تقييم أثر التحوّل في السلاسل الزمنية، ودعم العمل المتعلق بالمعابر والترميز المزدوج، والكشف عن الأخطاء في النظام الجديد. أما التكلفة فهي ما يتطلبه تشغيل نظامين بالتوازي من موارد. وينبغي أن تحدّد الخطط الوطنية مدة التداخل على أساس حالة الاستخدام، ومدى نضج النظام الموروث، ومدى تقبّل مخاطر الاضطراب الناجم عن التحوّل.

تصميم الاستخدام المتوازي. من الناحية العملية، يمثّل الاستخدام المتوازي للمراجعتين العاشرة والحادية عشرة الوضع المعتاد لعدّة سنوات لا مجرد فترة تداخل قصيرة: فقد قبلت بلدان المراجعتين كلتيهما في سجلاتها لفترات محدَّدة، ونقلت سجل الوفيات وسجل المستشفيات في تاريخين مختلفين، وحدّثت المراجعة العاشرة إلى أحدث نسخها كخطوة مرحلية، أو اعتمدت المراجعة الحادية عشرة للأغراض الإحصائية في حين واصلت المستشفيات استخدام المراجعة العاشرة. وينبغي أن تصمّم الخطط الاستخدام المتوازي بشكل صريح: أي المجالات تقبل المراجعتين كلتيهما وإلى متى؛ وهل تُسجَّل السجلات تسجيلاً أصلياً وفق المراجعة الحادية عشرة ثم تُضاهى عكسياً لإعداد النواتج الموروثة، أم العكس؛ وهل سيُحدَّث التصنيف الموروث في الفترة المرحلية؛ ومعايير سحبه وتاريخ ذلك. وتاريخ السحب هو النقطة التي يُحسم عندها مصير معظم عمليات التنفيذ؛ ومن دونه يصبح التشغيل المتوازي دائماً، وتُتحمَّل تكلفة تشغيل نظامين إلى أجل غير مسمّى.

C.11 رصد التنفيذ: المؤشرات والتقييم

تلتزم خطة التنفيذ بمجموعة من مؤشرات الرصد وبوتيرة للتقييم. والهدف ليس العمل الورقي بل البيّنات – لفرقة العمل، وللرعاة السياسيين، ولمنظمة الصحة العالمية والمجتمع الدولي، وللبلد نفسه في المراحل اللاحقة من التنفيذ.

فئات المؤشرات. يشمل الإطار الوطني للرصد عادةً ما يلي:

- **مؤشرات التغطية.** ما نسبة المرافق التي تستخدم المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض؟ وما نسبة السجلات التي تُرمَّز وفق المراجعة الحادية عشرة مقارنةً بالنظام الموروث؟ التغطية حسب المنطقة، وحسب القطاع، وحسب حالة الاستخدام.

- **مؤشرات الجودة.** دقة الترميز (حيثما تدعم بيّنات الترميز المزدوج قياسها)؛ ونسبة الأسباب غير المحدَّدة تحديداً جيداً؛ والاتساق بين المرمِّزين (الموثوقية بين المقيِّمين)؛ واستخدام التنسيق اللاحق (توليف الرموز) حيثما يكون ملائماً سريرياً.
- **مؤشرات حسن التوقيت.** الوقت المنقضي من اللقاء السريري إلى إعداد السجل المرمَّز؛ والوقت المنقضي من إصدار شهادة الوفاة إلى تجميع الإحصاءات الحيوية الوطنية.
- **مؤشرات القوى العاملة.** عدد المدرَّبين من المرمِّزين والأطباء السريريين والعاملين في مجال تكنولوجيا المعلومات؛ ومعدلات إتمام التدريب؛ ومعدلات الاعتماد المهني حيثما يوجد اعتماد رسمي.
- **مؤشرات أصحاب المصلحة.** استقصاءات رضا المستخدمين (الأطباء السريريين والمرمِّزين والعاملين في إدارة المعلومات الصحية)؛ وجاهزية المورّدين قياساً بخريطة الطريق؛ ومشاركة الهيئات المهنية.
- **مؤشرات الإبلاغ الدولي.** اكتمال الإبلاغ إلى المنظمة وإلى الأطر الإقليمية وحسن توقيته؛ وقابلية المقارنة مع البلدان النظيرة.

الإبلاغ عن البيّنات لا عن الأنشطة. يجب أن يكون الرصد قادراً على التمييز بين الإطلاق والإنتاج الروتيني، لأن الخلط بينهما شائع في التقارير الوطنية وتقارير الشركاء. وينبغي أن يبيّن سجل الرصد، لكل حالة استخدام: إصدار المراجعة الحادية عشرة المستخدَم؛ وهل تُسجَّل الرموز تسجيلاً أصلياً أم تُستمد بالمضاهاة من تصنيف موروث؛ والصك الذي يجعل الترميز إلزامياً، إن وُجد؛ والمرافق أو النظم المشمولة والمقام؛ وعدد السجلات المرمَّزة في فترة الإبلاغ؛ وهل يستمر استخدام التصنيف الموروث بالتوازي. وينبغي دائماً ذكر سنة البيانات بمعزل عن سنة النشر. وينبغي أن تقترن السمات نفسها بأي بيان يقدّمه البلد إلى المنظمة أو في المحافل الدولية، وأن تُنشر الصكوك التي يستند إليها (الأوامر واللوائح مع ملحقاتها، وقواميس البيانات، وجداول الرموز) على عناوين ثابتة. وفي الاستعراض العالمي الذي أُجري في عام 2026، كانت بيّنات التنفيذ التي تبيّن في أغلب الأحيان تعذّر التحقق منها تتألف من ملحقات غير منشورة للأوامر، وتعليمات الترميز الصادرة عن الجهات الدافعة، وتقارير الشركاء التي لا تذكر اسم النظام أو حجم السجلات المرمَّزة.

أدوات المنظمة القائمة للرصد. تدعم أداة ANACoD-3 لتحليل بيانات أسباب الوفاة التقييم الروتيني لجودة بيانات أسباب الوفاة، وينبغي تشغيلها في كل دورة إبلاغ. وتدعم أداة CodEdit تقييم جودة الترميز للسجلات الفردية وملفات الإبلاغ. وسيستضيف مركز موارد التنفيذ (Implementation Hub) موارد الرصد ونماذجه على المستوى القُطري مع اكتمال نضجها.

وتيرة التقييم. رصد فصلي على مستوى فرقة العمل؛ واستعراض خارجي سنوي بمساهمة من المنظمة والمراكز المتعاونة؛ وتقييمات للانتقال بين المراحل عند الحدود الفاصلة بين مرحلة ما قبل التنفيذ ومرحلة التنفيذ ومرحلة ما بعد التنفيذ. وينبغي تبادل نتائج التقييم الجوهرية مع شبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية والمجتمع الدولي الأوسع؛ فبيّنات التنفيذ منفعة عامة عالمية.

تفسير البيّنات واستعراضها. ينبغي أن تميّز التقارير بين امتحانات التدريب، واستقصاءات المستخدمين، وعمليات تدقيق الإنتاج، والنواتج الوطنية الروتينية. وينبغي أن تبيّن المنهج، والإصدار، وسير العمل، والتغطية والمقام، وأدوار المؤلفين أو المقيِّمين في التنفيذ، والتمويل، والقيود الجوهرية. ولا ينبغي احتساب المنشورات المتكررة أو انتساب المؤلفين إلى مؤسسات في بلدان متعددة على أنها نتائج تنفيذ وطنية منفصلة. وينبغي أن يكمّل الاستعراض المستقل التقييم الذي يقوده القائمون على التنفيذ، مع الفصل بين الاستنتاجات المتعلقة بالنظام وتلك المتعلقة بالمجالات السريرية وبفئات بعينها. وينبغي لفرقة العمل أن تسجّل استجابتها للنتائج، والمسؤول عنها، والإجراء المتخذ، وتاريخ المتابعة.[37]

C.12 دعم المنظمة وشبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية

إن البلد الذي ينفّذ المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض لا ينفّذها بمفرده. إذ توفّر وحدة التصنيفات والمصطلحات في منظمة الصحة العالمية، والمكاتب الإقليمية للمنظمة، وشبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية المؤلفة من المراكز المتعاونة، إطاراً منظَّماً للدعم.

المقر الرئيسي للمنظمة. وحدة التصنيفات والمصطلحات (CAT) في مقر المنظمة في جنيف هي جهة الاتصال العالمية بشأن المراجعة الحادية عشرة. وتتولى وحدة التصنيفات والمصطلحات صيانة التصنيف وأدواته، وتقود إعداد التصنيف الدولي للتدخلات الصحية وصيانة التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة، وتدير منصّة الاقتراحات، وتستضيف الدليل المرجعي ومركز موارد التنفيذ (Implementation Hub)، وتنسّق دورة التحديث السنوية، وتدعو الهيئات الاستشارية الدولية إلى الانعقاد. ويُمكن لجهات الاتصال الوطنية الاتصال بوحدة التصنيفات والمصطلحات مباشرةً عبر العنوان icd@who.int.

المكاتب الإقليمية والقُطرية للمنظمة. تمثّل مكاتب المنظمة الإقليمية الستة – المكتب الإقليمي لأفريقيا، والمكتب الإقليمي للأمريكتين/ منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، والمكتب الإقليمي لشرق المتوسط، والمكتب الإقليمي لأوروبا، والمكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا، والمكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ – والمكاتب القُطرية التابعة لها نقاط الدخول التشغيلية لأعمال التنفيذ الوطنية. وتنظّم المكاتب الإقليمية التدريب، وتدعم

عمليات التقييم الذاتي القُطرية، وتستضيف حلقات العمل الإقليمية، وتربط جهات الاتصال الوطنية بنظرائها على الصعيد الإقليمي. وقد أعدّت عدّة مكاتب إقليمية مجموعات أدوات إقليمية للتنفيذ، وقادت عمليات منظَّمة للتقييم الذاتي في بلدان متعددة.

المراكز المتعاونة مع المنظمة المعنية بمجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية. تستضيف المراكز المتعاونة جزءاً كبيراً من الأعمال التشغيلية المتعلقة بالتصنيف – الترجمة، والتدريب، ودراسات الترميز المزدوج، وأعمال المضاهاة، وإعداد المحتوى. وشبكة المراكز هي النظير التقني والتشغيلي للمقر الرئيسي للمنظمة ومكاتبها الإقليمية. وينبغي لجهات الاتصال الوطنية أن تتواصل مع المراكز المتعاونة في أقاليمها في وقت مبكر من أعمال التنفيذ.

أكاديمية منظمة الصحة العالمية. دعمت أكاديمية منظمة الصحة العالمية إعداد وحدات التعلّم الإلكتروني الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة.

الأفرقة المرجعية. يقدّم الفريق المرجعي المعني بالوفيات، والفريق المرجعي المعني بالمراضة، واللجنة الاستشارية الطبية والعلمية، والفريق المرجعي المعني بالطب التقليدي، واللجنة الاستشارية المعنية بالتصنيف والإحصاءات الخبرةَ المتخصصة في صيانة التصنيف. وتُعدّ مشاركة البلدان في الأفرقة المرجعية إحدى السبل التي تدخل بها الخبرة الوطنية إلى التصنيف الدولي.

منصّة الاقتراحات. المنصّة المتاحة على الموقع icd.who.int مفتوحة أمام أي مساهم. وينبغي لجهات الاتصال الوطنية أن تتعامل مع المنصّة بصورة استباقية – بتقديم الاحتياجات الوطنية، والتعليق على الاقتراحات المقدَّمة من الآخرين، وتتبّع التغييرات التي تؤثر في التنفيذ الوطني. والمنصّة هي أيسر قنوات المشاركة في أعمال التصنيف الدولي وأكثرها استمراراً.

الاجتماعات السنوية لشبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية. تجتمع الشبكة سنوياً، وتتناول جلساتها التنفيذ والأفرقة المرجعية والتعليم والتوجّه الاستراتيجي. وينبغي أن يحضرها ممثلو البلدان – وهم عادةً من المركز المتعاون ومن جهة الاتصال الوطنية. ففي هذه الاجتماعات يُبنى توافق الآراء الدولي وتُتبادل التجارب الوطنية.

C.13 نطاق هذا الدليل والموارد الأخرى

هذا الدليل هو وثيقة التوجيه العام لصانعي القرار والقائمين على التنفيذ على المستوى الوطني. ولا يتضمن التفاصيل التشغيلية الكاملة اللازمة في كل مرحلة. وتُكمِّل الدليلَ الموارد التالية، المتاحة جميعها على الموقع icd.who.int وفي مركز موارد التنفيذ (Implementation Hub):

- **الدليل المرجعي للمراجعة الحادية عشرة.** هو الوثيقة المرافقة المرجعية. فبينما يصف دليل التنفيذ المسار، يحدّد الدليل المرجعي القواعد – أعراف الترميز، وهيكل التصنيف، وقواعد الوفيات والمراضة، واستخدام رموز الامتداد والتنسيق اللاحق (توليف الرموز)، وعملية الصيانة. والدليل المرجعي هو الصك الملزِم؛ ويحتكم دليل التنفيذ هذا إليه.
- **وثائق واجهة برمجة التطبيقات (API) المتاحة على الموقع icd.who.int/icdapi.** وثائق تقنية خاصة بالتكامل، تشمل نقاط نهاية FHIR، وأمثلة برمجية، وإرشادات تشغيلية بشأن النشر دون الإنترنت.
- **مركز موارد التنفيذ.** موارد التنفيذ على المستوى القُطري، بما في ذلك النماذج، ودراسات الحالة، ومجموعات الأدوات الإقليمية، وروابط إلى مواد المراكز المتعاونة.
- **الصفحات الموجَّهة إلى الأطباء السريريين.** وتشمل الأسئلة الشائعة بشأن التنفيذ ومركز موارد التوثيق السريري للأطباء السريريين، وتتضمن مواد موجَّهة مباشرةً إلى الممارسة السريرية بدلاً من التنفيذ الوطني.
- **منصّة الاقتراحات على العنوان icd.who.int/dev11.** القناة المفتوحة لتقديم الاقتراحات بشأن المحتوى والتعليقات والمشاركة في أعمال الصيانة الجارية للتصنيف.

ويُحال القارئ إلى هذه الموارد للاطلاع على الإرشادات الخاصة بالتخصصات، والأمثلة الخاصة بالبلدان، وأنماط التكامل التقني، والتفاصيل التشغيلية اللازمة في كل مرحلة من مراحل التنفيذ.

إن الطريق من هذا الدليل إلى تنفيذ وطني ناجح ليس قصيراً، لكنه طريق مطروق. فقد أثبتت البلدان المذكورة في مختلف أجزاء الدليل – رواندا، والكويت، وماليزيا، والصين، والهند، والمملكة المتحدة، وفرنسا، وكندا، وجمهورية كوريا، والأرجنتين، والسويد، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا)، وغيرها – أن تنفيذ المراجعة الحادية عشرة ممكن في سياقات وطنية شديدة التباين. وقد أسفر العمل الذي اضطلع به المجتمع الدولي منذ عام 2019 عن الأدوات والأساليب وقاعدة البيّنات التي تجعل العقد المقبل من عمليات التنفيذ الوطنية أيسر مما كان عليه العقد الأول.

§

مواد مرجعية

في هذا الجزء

الملحق 1 نموذج جدول زمني للتنفيذ
الملحق 2 المعابر ودراسات الترميز المزدوج: إرشادات تفصيلية وبيّنات
الملحق 3 مرجع الأدوات
الملحق 4 مسرد المصطلحات
الملحق 5 الموارد وأماكن الحصول عليها
الملحق 6 قائمة المراجع الموحَّدة

الملحق 1 نموذج جدول زمني للتنفيذ

يمثّل الجدول الزمني الوارد أدناه نموذجاً لتنفيذ المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض على المستوى الوطني، وهو منظَّم وفقاً لمجالات الأولوية الخمسة التي حُدِّدت من خلال المشاورات الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية. وهو ليس جدولاً إلزامياً؛ إذ يكيّف كل بلد التسلسل والوتيرة وفقاً لسياقه الوطني. وفترة السنتين مذكورة على سبيل التوضيح بالنسبة إلى البلدان ذات النظم الموروثة التي لديها نظم ناضجة؛ ويمكن للبلدان التي لديها نظم جديدة أو نظم يُعاد بناؤها أن تمضي بوتيرة أسرع، أما البلدان ذات البنى التحتية الموروثة الكبيرة والمعقدة فتحتاج إلى فترة أطول.

استخدام النموذج. يُراد أن تستخدم فرقة العمل الوطنية الجدول الزمني أداةً للمساعدة في التخطيط: أي نقطة انطلاق تُكيَّف وتُوسَّع وتُخصَّص وفقاً لظروف البلد. وتُحذف الأنشطة غير ذات الصلة بسياق البلد، وتُضاف الأنشطة الناقصة. ويبيّن العمود "أدوات المنظمة المتاحة" الدعم الذي تقدّمه المنظمة لكل نشاط.

ولكل نشاط يُبقى عليه، ينبغي لفرقة العمل الوطنية أن تسجّل مسؤولاً عن التنفيذ محدَّداً بالاسم، والجهة المختصة بالموافقة، وتاريخي البدء والإنجاز، وأوجه الترابط، والتكلفة ومصدر التمويل، والبيّنات المطلوبة للقبول، وقرار المضي قدماً. وتكمِّل أوراقُ عمل تقدير التكاليف وضوابط التنفيذ الواردة أدناه الجدولَ الزمني؛ وتُستوفى حقولها استناداً إلى الخطة الوطنية.

خطوة تأسيسية – يجب أن تكون قائمة قبل بدء الأنشطة.

> تشكيل فرقة عمل وطنية معنية بتنفيذ المراجعة الحادية عشرة تضم جميع أصحاب المصلحة المعنيين (وزارة الصحة، والمكتب الوطني للإحصاء، وسلطة التسجيل المدني، والوكالة المعنية ببيانات المستشفيات وتَجَمُّعات الحالات، والجهات الدافعة وشركات التأمين، والهيئات المهنية المعنية بإدارة المعلومات الصحية (HIM)، ورابطات الأطباء السريريين، وسلطات الصحة الرقمية، والمركز المتعاون مع المنظمة). وضمان الرعاية على المستوى الوزاري وتسلسل واضح للإبلاغ.

مسار العمل القانوني والتنظيمي، الذي يُنفَّذ بالتوازي مع مجال الأولوية 1. حصر جميع الصكوك التي تنص على استخدام تصنيف ما (الربعان الأول والثاني، السنة 1). اتخاذ القرار بشأن صك التحوّل وصياغته، بما في ذلك التواريخ الخاصة بكل مجال، وفترة الاستخدام المتوازي، وقاعدة الإصدار، وأي بند للاستثناء (الربعان الثالث والرابع، السنة 1). اعتماد الصك (السنة 2، الربعان الأول والثاني). تعديل صكوك الجهات الدافعة والسجلات والاستمارات وفق التسلسل المتفق عليه (من السنة 2 فصاعداً). أدوات المنظمة المتاحة: هذا الدليل (انظر C.2)؛ ونماذج مركز موارد التنفيذ (Implementation Hub).

مجال الأولوية 1: الجاهزية اللغوية وجاهزية التصنيف

الجدول 2. مجال الأولوية 1: الأنشطة وأدوات المنظمة والتوقيت

النشاط	أدوات المنظمة المتاحة	السنة 1	السنة 2
إكمال ترجمة التصنيف والأدوات والمواد الداعمة إلى اللغة الوطنية	أداة الترجمة	طوال الفترة	طوال الفترة
إجراء الترميز اليدوي والاختبارات الميدانية على النظم الحاسوبية لإدخال أي تعديلات لازمة	التدريب والتقييم الذاتي في الترميز وفق المراجعة الحادية عشرة عبر منصّة ICD-FIT	الربعان الثالث والرابع	—
تحديد الاحتياجات الوطنية التي تتطلب تقديم اقتراحات إلى المنصّة وتوثيقها	منصّة الاقتراحات	الأرباع من الأول إلى الرابع	الأرباع من الأول إلى الرابع

مجال الأولوية 2: بناء القدرات

الجدول 3. مجال الأولوية 2: الأنشطة وأدوات المنظمة والتوقيت

النشاط	أدوات المنظمة المتاحة	السنة 1	السنة 2
تقييم القدرات القائمة على الترميز باستخدام التصنيف الدولي للأمراض في البلد	منصّة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية	الربعان الأول والثاني	—
استحداث برامج تدريبية مكيَّفة مع مختلف فئات المستخدمين (المرمِّزون، والأطباء السريريون، وموظفو تكنولوجيا المعلومات، والمحللون)	وحدة التعلّم الإلكتروني الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة بدعم من أكاديمية منظمة الصحة العالمية، وموارد التدريب الخاصة بمجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية	الربعان الثالث والرابع	—
توفير التدريب على المراجعة الحادية عشرة في صفوف القوى العاملة كافة	وحدة التعلّم الإلكتروني الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة بدعم من أكاديمية منظمة الصحة العالمية، وموارد التدريب الخاصة بمجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية	طوال الفترة	طوال الفترة
توفير التدريب على استخدام الأدوات الرقمية (أداة التصفح، وأداة الترميز، وواجهة برمجة التطبيقات (API))	وثائق واجهة برمجة التطبيقات، وموارد التدريب	طوال الفترة	طوال الفترة
توفير التدريب على أداة DORIS وسلسلة أدوات الوفيات	تدريب متخصص	حسبما تحدده الدولة العضو	—
توفير التدريب على تحليل بيانات الوفيات والمراضة وجودة البيانات	تدريب متخصص	الربعان الثالث والرابع	الربعان الأول والثاني
تقييم أثر أنشطة التدريب على مؤشرات الجودة (دقة الترميز)	منصّة ICD-FIT	الربعان الثالث والرابع	الربعان الأول والثاني
إعداد توصيف للمرمِّزين ونظام لاعتمادهم	المنهج الدراسي لمجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية	الأرباع من الثاني إلى الرابع	—

مجال الأولوية 3: البنية التحتية لتكنولوجيا المعلومات

الجدول 4. مجال الأولوية 3: الأنشطة وأدوات المنظمة والتوقيت

النشاط	أدوات المنظمة المتاحة	السنة 1	السنة 2
إجراء تقييم للاحتياجات في مجال التكنولوجيا	نماذج التقييم الذاتي	الربعان الأول والثاني	—
ضمان توافر المعدات الحاسوبية والاتصال الموثوق بالإنترنت، مع توفير أدوات تعمل دون الإنترنت حيثما يكون الاتصال محدوداً	حزم الاستخدام دون الإنترنت	الأرباع من الأول إلى الرابع	—
إدماج موظفي تكنولوجيا المعلومات في فريق التحوّل	—	الربعان الثالث والرابع	طوال الفترة
تعديل نظم المعلومات الوطنية من أجل تنفيذ المراجعة الحادية عشرة	—	—	طوال الفترة

النشاط	أدوات المنظمة المتاحة	السنة 1	السنة 2
استكشاف التشغيل البيني بين واجهة برمجة التطبيقات الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة ونظم المعلومات الصحية الوطنية	واجهة برمجة التطبيقات، ونقاط نهاية FHIR	الربعان الثالث والرابع	طوال الفترة
الاختبار الأولي لنسختي المراجعة الحادية عشرة عبر الإنترنت ودون الإنترنت	الأدوات عبر الإنترنت، وحزم الاستخدام دون الإنترنت	—	الربعان الأول والثاني
تنفيذ نظام الترميز المؤتمت لأسباب الوفاة (أداة DORIS)	أداة DORIS	حسبما تحدده الدولة العضو	—
التواصل مع مورّدي سجلات الصحة الإلكترونية (EHR) ونظم معلومات المستشفيات (HIS) بشأن خرائط الطريق الخاصة بالجاهزية للمراجعة الحادية عشرة	—	الأرباع من الأول إلى الرابع	طوال الفترة

مجال الأولوية 4: قابلية مقارنة البيانات وجودتها

الجدول 5. مجال الأولوية 4: الأنشطة وأدوات المنظمة والتوقيت

النشاط	أدوات المنظمة المتاحة	السنة 1	السنة 2
رصد مؤشرات جودة بيانات الوفيات والمراضة باستخدام الطرائق الموصى بها دولياً	أداة ANACoD-3، وأداة CodEdit	طوال الفترة	طوال الفترة
إتاحة جداول المعابر (المضاهاة) بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة	جداول المضاهاة بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة	الربع الرابع	—
إجراء دراسات الأثر الخاصة بالتحوّل: استرداد التكاليف، وتَجَمُّعات الحالات، وإحصائيات الوفيات والمراضة، والأطر القانونية	أداة CodeFusion، وجداول المضاهاة	الربعان الثالث والرابع	الربعان الأول والثاني
إجراء دراسات لقابلية مقارنة جودة الترميز ولقابلية تكراره في مجالات مختارة	منصّة ICD-FIT	—	الربعان الأول والثاني
إجراء دراسات الترميز المزدوج بشأن مواضيع الصحة العمومية ذات الأولوية	جداول المضاهاة، ومنصّة ICD-FIT	—	الربع الثالث
رصد التغييرات المحدَّدة خلال التحوّل والتنفيذ	—	—	طوال الفترة

مجال الأولوية 5: الدعوة وإشراك أصحاب المصلحة

الجدول 6. مجال الأولوية 5: الأنشطة وأدوات المنظمة والتوقيت

النشاط	أدوات المنظمة المتاحة	السنة 1	السنة 2
تعزيز اللجان أو المجالس أو المراكز المشتركة بين المؤسسات (الصحة، والإحصاء، والضمان الاجتماعي، والتسجيل المدني)	—	الأرباع من الثاني إلى الرابع	طوال الفترة
إشراك الرابطات المهنية والكليات والجامعات والأطباء السريريين والقطاعات الأخرى في أنشطة التنفيذ الوطنية	—	الأرباع من الثاني إلى الرابع	طوال الفترة

النشاط	أدوات المنظمة المتاحة	السنة 1	السنة 2
إذكاء الوعي بأهمية الاستخدام الصحيح للتصنيف في أوساط مجتمعات المستخدمين	—	مستمر	مستمر
وضع الخطة الوطنية للتحوّل والتنفيذ وتحديثها، بما يتّسق مع الاستراتيجية الوطنية الأشمل للمعلومات الصحية	هذا الدليل	طوال الفترة	طوال الفترة

المصادر. استُرشد في إعداد هذا النموذج بالمشاورات مع الدول الأعضاء في المنظمة، بدعم من المكاتب الإقليمية للمنظمة، بما فيها المكتب الإقليمي للأمريكتين/ منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، والمكتب الإقليمي لشرق المتوسط، والمكتب الإقليمي لأفريقيا، وغيرها، وجرى تحسينه بفضل تجارب البلدان التي نفّذت المراجعة الحادية عشرة منذ عام 2022.

تقدير التكاليف وضوابط التنفيذ

تُستخدم الكميات المحلية وتكاليف الوحدات وعروض الأسعار لتقدير كل بند. وتُذكر العملة وسنة الأسعار، والموارد النقدية والعينية، ومصدر التمويل، والجهة المسؤولة عن الميزانية، والتوزيع السنوي. وتُقارن حالة أساسية ببدائل موثوقة من حيث النطاق والوتيرة والتشغيل المتوازي، وتُحدَّد المخصصات الاحتياطية للبنود غير المؤكدة.[32,34]

بند التكلفة	الحساب المحلي والبيّنات	التوقيت والمسؤولية عن الميزانية
الحوكمة والعمل القانوني	أيام عمل الموظفين والمتخصصين اللازمة للتنسيق، وحصر الصكوك، والصياغة، والتشاور، والموافقات.	مرحلتا الإعداد والتحوّل؛ مسؤول وطني رئيسي محدَّد بالاسم والمؤسسات المساهمة.
التحقق من النسخة اللغوية ومن البحث	وقت المترجمين والمراجعين السريريين؛ والأدلة ومواد التدريب الداعمة؛ واختبارات البحث بالمصطلحات الوطنية وعبء العمل المترتب على التحديث السنوي.	قبل نشر كل نسخة لغوية، ثم بصورة متكررة؛ المسؤول الرئيسي عن الترجمة.
القوى العاملة والتعلّم	عدد الموظفين حسب الدور × ساعات التعلّم/الممارسة المخصّصة × الأجر المحلي للساعة بتكلفته الكاملة؛ وتُضاف تكاليف المدرّبين والمواد والسفر وأي تغطية بديلة للعمل غير مشمولة بالفعل.	قبل بدء التشغيل الفعلي وخلال فترة التعافي؛ المسؤول الرئيسي عن القوى العاملة والمؤسسات المستخدِمة.
تكنولوجيا المعلومات والاستضافة والتكامل	عروض أسعار المورّدين ووقت الموظفين الداخليين؛ والمعدات، والاتصال، والاستضافة المحلية، والأمن، والاختبار، والواجهات، وتغييرات النسخ.	النشر الأولي والتشغيل المتكرر؛ المسؤول الرئيسي عن تكنولوجيا المعلومات ومالكو النظم.
المضاهاة والترميز المزدوج	أيام عمل المتخصصين، وعيّنة تمثيلية من السجلات، ووقت الترميز/المراجعة، والعمل التحليلي، وتكاليف المنصّة؛ مع الإبقاء على تغطية الخدمة الروتينية.	قبل كل تغيير يمسّ سلسلة متأثرة أو نظام الدفع؛ المسؤول الرئيسي عن التصنيف/الإحصاءات.
الاستخدام المتوازي والسحب	تشغيل المراجعتين كلتيهما، وصيانة النظام الموروث، والتحويل والمطابقة حتى تاريخ السحب المتفق عليه.	فترة تداخل محدَّدة؛ مالكو النظم والجهات المسؤولة عن الإبلاغ.
التشغيل الروتيني	التحديثات السنوية للمحتوى واللغة، واختبار التوافق، والتعلّم التنشيطي، وحل المشكلات، والتدقيق، والاستعراض المستقل.	ميزانية وطنية متكررة؛ مسؤولون تشغيليون محدَّدون بالاسم.

القرار	البيّنات المطلوبة	جهة الموافقة المسؤولة والتسجيل
جاهزية النسخة اللغوية للنشر	إقرار المراجع السريري؛ وتحديد الإصدار والنطاق؛ واختبارات البحث بالمصطلحات الوطنية؛ والبنود التي لم تُحسم بعد وخطة التحديث.	يوصي المسؤول الرئيسي عن الترجمة؛ وتوافق السلطة الوطنية المعيَّنة.

القرار	البيّنات المطلوبة	جهة الموافقة المسؤولة والتسجيل
جاهزية المشروع التجريبي للبدء	الإذن القانوني والمخرجات المقبولة؛ والموظفون المدرَّبون؛ والنظم العاملة؛ والدعم وسجل المشكلات؛ والتقييم المموَّل وتاريخ القرار بشأن المرحلة التالية.	يوصي مدير المشروع؛ وتسجّل فرقة العمل الجاهزية والشروط.
توسيع المشروع التجريبي أو تنقيحه	تدقيق دقة الترميز مقارنةً بالسجلات السريرية للمشروع التجريبي، وعبء العمل، وآراء المستخدمين؛ والتحقق من حل المشكلات الشديدة التأثير أو التخفيف منها؛ وتمويل قدرات الموظفين والمورِّدين.	تسجّل فرقة العمل البيّنات والقرار والمسؤول وتواريخ المتابعة.
التشغيل الروتيني وسحب النظام الموروث	استدامة المخرجات المرمَّزة وجودتها؛ وقبول جهات الإبلاغ/الجهات الدافعة؛ والتحديثات المختبَرة؛ والميزانية المتكررة؛ والبيّنات على إمكانية إنهاء المخرجات الموروثة المتأثرة.	توافق السلطات المسؤولة عن الإبلاغ/النظم على السحب وعلى التسليم التشغيلي.

الملحق 2 المعابر ودراسات الترميز المزدوج: إرشادات تفصيلية وبيّنات

يجمع هذا الملحق تجارب البلدان التفصيلية والمؤلفات المنشورة التي يستند إليها القسمان C.8 (المعابر) وC.9 (دراسات الترميز المزدوج). ويستند إلى عمل لجنة التعليم والتنفيذ (EIC) التابعة لشبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية وإلى مساهمات الدول الأعضاء، وهو محدَّث حتى تشرين الأول/ أكتوبر 2025. وتُستنسخ المداخل الخاصة بالبلدان كما أبلغت عنها البلدان المعنية.

A2.1 استخدام البلدان لجداول المضاهاة بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة الصادرة عن المنظمة

يُبرز الجدول أمثلة على كيفية استخدام البلدان لجداول المضاهاة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية لدعم التخطيط للتحوّل والأنشطة المتصلة بالتنفيذ.

الجدول 7. استخدام البلدان لجداول المضاهاة بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة الصادرة عن المنظمة

البلد	استخدام جداول المضاهاة الصادرة عن المنظمة
كندا	أعدّ المعهد الكندي للمعلومات الصحية (CIHI) معابر (مضاهاة) ثنائية الاتجاه بين التعديل الوطني، أي النسخة 2022 من ICD-10-CA، والمراجعة الحادية عشرة لإحصائيات الوفيات والمراضة (إصدار 2022) لدعم تقييم الآثار المحتملة لاعتماد المراجعة الحادية عشرة على نظام الرعاية الصحية في كندا، بما في ذلك الإبلاغ عن المؤشرات الصحية الوطنية، ومنهجيات تَجَمُّعات الحالات، والنظام الكندي لترصّد التشوهات الخلقية.[21] واستخدم هذا النهج التدريجي جدول المضاهاة من المراجعة العاشرة إلى المراجعة الحادية عشرة الصادر عن المنظمة ووسّع نطاقه استناداً إلى إصدار 2022 من المراجعة الحادية عشرة. وقد بدأ العمل في البداية باستخدام جداول بيانات Excel، لكنه انتقل منذ ذلك الحين إلى أداة مضاهاة عبر الإنترنت لتحسين إمكانية الوصول، وتبسيط التحديثات، وتعزيز قابلية التوسّع.
الكويت	دأبت الكويت على استخدام نسخة غير معدَّلة من المراجعة العاشرة الصادرة عن المنظمة لإحصائيات الوفيات والمراضة على حدّ سواء، وهي تتحوّل الآن إلى المراجعة الحادية عشرة. ولذلك لا تحتاج الكويت إلى إدخال تعديلات على جداول المضاهاة التي تقدّمها المنظمة، إذ إنها تلبّي احتياجاتها.[7]
ماليزيا	ألزمت وزارة الصحة بتنفيذ المراجعة الحادية عشرة لبيانات الوفيات والمراضة في جميع النظم ذات الصلة بحلول 1 كانون الثاني/ يناير 2024. وخلال الفترة الانتقالية، استخدمت ماليزيا جداول المضاهاة التي تقدّمها المنظمة أساساً مرجعياً، لكنها أدخلت عليها تعديلات لتلائم استخدامها لنسخة عام 2010 من المراجعة العاشرة. وشارك في عملية المضاهاة فريق من الخبراء الوطنيين في التصنيف الدولي للأمراض: إذ أعدّ خبير واحد في البداية مسودة، ثم استعرضها الخبراء الآخرون كلٌّ على حدة وقدّموا ملاحظاتهم، التي استُخدمت بعد ذلك لتنقيح جداول المضاهاة وتحسينها. واستغرق تنقيح جدول المضاهاة أسبوعين من العمل المتفرّغ. وقد طرحت العملية تحديات، مثل عدم وجود مضاهاة واحد لواحد في بعض الحالات، ما استلزم اتخاذ قرارات بشأن أنسب الرموز المكافئة. ونُفِّذ جدول المضاهاة في إطار التكامل بين نظم معلومات المستشفيات التي لم تتحوّل بعد إلى المراجعة الحادية عشرة والنظام الوطني لإدارة المعلومات الصحية. ورغم أن ماليزيا لم تضع اشتراطاً رسمياً لإجراء تحديثات منتظمة بعد التحوّل، فإن التنقيحات مستمرة على أساس كل حالة على حدة، إذ اعتمد البلد المراجعة الحادية عشرة اعتماداً كاملاً.[8]

A2.2 مشاريع الترميز المزدوج الصغيرة النطاق (الوفيات)

قد لا تتمكّن بعض البلدان من إجراء مشاريع الترميز المزدوج الواسعة النطاق لأسباب مختلفة. فعلى سبيل المثال، قد لا تكون أدوات التصنيف وتحليل البيانات ومواردهما متاحة بسهولة؛ وفي بعض حالات الاستخدام، يتطلّب إجراء مشروع ترميز مزدوج واسع النطاق التعاون بين ولايات قضائية متعددة، وهو ما قد يطرح تحديات لوجستية؛ وقد تقتصر بعض حالات الاستخدام على حجم أصغر من البيانات مقارنةً بالبلدان الأخرى. ورغم أنه قد يُعتبر أن أخذ العيّنات العشوائية أو العيّنات "التمثيلية" من البيانات يمثّل الخيار الأفضل لمشاريع الترميز المزدوج الصغيرة النطاق، فقد استُخدم أيضاً أخذ العيّنات الهادف. وفيما يلي أمثلة على مشاريع الوفيات القائمة على أخذ العيّنات الهادف:

الجدول 8. مشاريع الترميز المزدوج الصغيرة النطاق (الوفيات)

البلد	تفاصيل مشروع الترميز المزدوج	تاريخ الدراسة
السويد	أُجري ترميز مزدوج لعيّنة من نحو 2 500 سجل من سجلات الوفيات، تغطي حالة واحدة على الأقل من كل سبب أساسي للوفاة في بيانات عام 2021. واختيرت سجلات قد تطرح مشكلات أثناء الترميز وفقاً لمجموعة قواعد الوفيات.	بدأت في عام 2019
جمهورية كوريا	الترميز المزدوج باستخدام التصنيف ICD-10-KM (KCD-8) مقابل المراجعة الحادية عشرة. **النتائج الرئيسية – نتائج المسح، KCD-8 (ICD-10-KM) مقابل المراجعة الحادية عشرة:** • النوعية: التصنيف KCD-8 أعلى نوعية (31.4٪)؛ مستوى النوعية نفسه تقريباً (50.2٪)؛ المراجعة الحادية عشرة أعلى نوعية (11.7٪)؛ أخرى (6.8٪). • الصعوبة: المراجعة الحادية عشرة أصعب من التصنيف (25.8٪ KCD-8؛ صعوبة متوسطة (37.0٪)؛ أسهل (30.8٪)؛ أخرى (6.6٪). • الغموض: المراجعة الحادية عشرة أكثر غموضاً من التصنيف (15.2٪ KCD-8؛ غموض متوسط (10.8٪)؛ غير غامضة (67.4٪)؛ أخرى (6.7٪). **نتائج الدقة في المراجعة الحادية عشرة (حسب السطر / حسب الحالة):** • المرمّزون – المعدل الإجمالي للدقة حسب السطر/الحالة 62.3٪ / 57.8٪؛ معدل دقة الرمز الجذعي 73.4٪ / 77.6٪. • الأطباء – المعدل الإجمالي للدقة حسب السطر/الحالة 64.2٪ / 77٪؛ معدل دقة الرمز الجذعي 79.2٪ / 83.1٪. **مواطن قوة المراجعة الحادية عشرة مقارنةً بالتصنيف KCD-8:** • وظيفة بحث أسهل. • رموز تشخيص أكثر تفصيلاً وحداثة. • المضاهاة مع مجموعات المصطلحات المعيارية (مثل SNOMED CT). • سهولة الاستخدام عبر التشغيل من خلال متصفح الويب. المشاركون: 23.	2021
جمهورية كوريا	في عام 2024، أُجريت دراسة بشأن إحصائيات الوفيات باستخدام المضاهاة مع المراجعة الحادية عشرة: المضاهاة بين التصنيف KCD-8 والمراجعة الحادية عشرة (بما في ذلك مصطلحات الفهرس ورموز الامتداد الخاصة بكوريا)، تلاها تحليل للسلاسل الزمنية لعدد 104 من بنود أسباب الوفاة في عام 2022 باستخدام جدول المضاهاة المكتمل.[9] **النتائج الرئيسية – نتائج المضاهاة، من ICD-10-KM (KCD-8) إلى المراجعة الحادية عشرة:** • توافر رمز مضاهاة ملائم: 4 802 حالة (74.0٪). • إضافة رمز أو عدم توافر رمز مضاهاة كامل: 1 694 حالة (26.1٪). • أخرى: 93 حالة (1.4٪). • نوع العلاقة العددية: 1:1 (96.7٪)، 1:n (3.3٪). وضمن المضاهاة من نوع 1:1 – رمز جذعي (29.1٪)؛ رمز جذعي/رمز جذعي (28.0٪)؛ رمز جذعي ورمز امتداد (41.2٪)؛ رمز جذعي ورمز امتداد / رمز جذعي ورمز امتداد (0.8٪). **تحليل السلاسل الزمنية:** • بيانات أسباب الوفاة السنوية لعام 2022 (النوع A) الصادرة عن هيئة الإحصاءات الكورية (Statistics Korea): 372 939 حالة. • أُجري التحليل بتحويل رموز KCD-8 (ICD-10-KM) إلى رموز المراجعة الحادية عشرة. • جرت مضاهاة الأمراض مع الرمز الجذعي الأول؛ وجرت مضاهاة الإصابات مع رموز الأسباب الأساسية الواردة في الأسباب الخارجية للمراضة والوفيات (V01–Y98). المشاركون: مرمّزون (49 شخصاً). التكلفة: 107 944 دولاراً أمريكياً.	2024

البلد	تفاصيل مشروع الترميز المزدوج	تاريخ الدراسة
جمهورية كوريا	ترميز مزدوج لعدد 50 من عمليات الترميز حسب السطر وحسب الحالة، موزّعة حسب المهنة والفصل، باستخدام المراجعة الحادية عشرة والتصنيف KCD-8 (ICD-10-KM)، بالاستعانة ببوابة KSCH التي تعكف هيئة الإحصاءات الكورية حالياً على تطويرها. النتائج الرئيسية: قيد الإنجاز (حتى آب/ أغسطس 2025). المشاركون: 42. التكلفة: 50 370 دولاراً أمريكياً.	2025
الأرجنتين	أُجري ترميز مزدوج لعيّنة من نحو 2 500 حالة وفاة من ثلاث مقاطعات تغطي فترتين من السنة المختارة. **التصميم:** • طُلب إلى كل ولاية قضائية رقمنة عيّنة من 800 شهادة وفاة وترميزها. • ولاختيار العيّنة، استُبعدت الشهادات التي كان سببها الأساسي من الأسباب غير المحدَّدة تحديداً جيداً. كما استُبعدت أشهر ارتفاع وقوع الوفيات الناجمة عن كوفيد-19، من أجل الحصول على تنوّع أكبر في الأسباب. • واختيرت، تبعاً لعدد الوفيات، أشهر كاملة موزّعة على فترات مختلفة من السنة. **النتائج الرئيسية:** • رغم التحسينات التي طرأت على إصدار شهادات أسباب الوفاة، فإن كثيراً من الشهادات تتضمّن معلومات محدَّدة ضعيفة أو لا تتضمّن أي معلومات محدَّدة، ما يحدّ من تقييم التغييرات في التصنيف ومن إمكانية الاستفادة من التحسينات الواردة في المراجعة الحادية عشرة. • ربما بدأت الدراسة في وقت مبكر جداً قياساً إلى مواد التدريب على استخدام المراجعة الحادية عشرة لأغراض الوفيات التي كانت متاحة باللغة الإسبانية آنذاك. فعلى سبيل المثال، كانت هناك شكوك كثيرة بشأن استخدام التنسيق اللاحق (توليف الرموز)، تعيّن على المرمِّزين الخبراء مراجعتها. • ويمثّل حجم العيّنة قيداً آخر. فإذا كان المطلوب حجماً كافياً، فإن عبء العمل على المرمِّزين الخبراء يكون كبيراً جداً ويصعب التصدي له. وعلاوة على ذلك، يتعيّن على من يتولّون الترميز على المستوى المحلي مواصلة أنشطة الترميز المعتادة، ما يحدّ من حجم العمل الإضافي. ولا يمكن عملياً ترميز جميع شهادات الوفاة ترميزاً مزدوجاً. • كانت نسخة أداة DORIS المتاحة وقت العمل الميداني لا تزال في مرحلة مبكرة. وقد رُوجعت جميع الحالات التي لم يحصل فيها اتفاق بين الترميز اليدوي والترميز بأداة DORIS؛ وربما كان كثير من أوجه التباين راجعاً إلى نسخة أداة DORIS التي استُخدمت. • ويؤمل توسيع نطاق هذه التجربة لتشمل مقاطعات أخرى، في مرحلة يجري فيها مزيد من التطوير لكل من تدريب المرمِّزين وأداة DORIS، قبل تقييم النتائج ونشرها. ويلزم توافر عيّنة أكبر لتقييم التغييرات بين المراجعتين. **الموارد والتكلفة:** • تولّى مرمِّزون محليون، سبق أن تلقّوا تدريباً على المراجعة الحادية عشرة ويرمِّزون الوفيات روتينياً باستخدام المراجعة العاشرة، إدخالَ السجلات (النصوص الكاملة لأسباب الوفاة والرموز) في منصّة على الويب طُوّرت في إدارة الإحصاءات والمعلومات الصحية (Dirección de Estadísticas e Información de Salud – DEIS). وتتضمّن هذه المنصّة واجهة برمجة التطبيقات (API) الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة لترميز كل مصطلح والسبب الأساسي للوفاة. • وفي مرحلة ثانية، راجع خبيران في الترميز عملية الترميز. • قُدِّمت موارد مالية لتطوير المنصّة على الويب، ولشخص واحد في كل مقاطعة لإدخال البيانات، وللخبيرين اللذين راجعا الترميز. لم تُنشر الدراسة.	بدأت في عام 2022

A2.3 مشاريع الترميز المزدوج الواسعة النطاق لبيانات الوفيات

أمثلة على خطط المشاريع الواسعة النطاق الخاصة بحالة استخدام الوفيات:

الجدول 9. مشاريع الترميز المزدوج الواسعة النطاق لبيانات الوفيات

البلد	تفاصيل مشروع الترميز المزدوج
جنوب أفريقيا	يُعتزم ترميز بيانات سنة واحدة باستخدام المراجعتين العاشرة والحادية عشرة كلتيهما، ثم إجراء الاستعراضات اللازمة، لكن ذلك رهن بتوافر الموارد. النتائج الرئيسية والتكلفة والنشر: غير متاحة بعد.

البلد	تفاصيل مشروع الترميز المزدوج
المملكة المتحدة	تعتزم إجراء دراسة واسعة النطاق للترميز الجسري في الفترة 2026–2027، بفترة مرجعية لا تقل عن 12 شهراً تغطي بيانات إنكلترا وويلز. ويتمثّل الهدف في نشر نتائج أولية للترميز الجسري قبل تنفيذ المراجعة الحادية عشرة، على أن تُحدَّث بعد التنفيذ. النتائج الرئيسية: لا تنطبق – لم تُجرَ بعد. التكلفة: لم تفصل المملكة المتحدة حتى الآن تكلفة الترميز الجسري عن التكاليف الكاملة لمشروع تنفيذ المراجعة الحادية عشرة.

وفيما يخص المراضة، أنجزت بعض البلدان التي تتسم بتكامل قوي للمراجعة العاشرة في نظام الرعاية الصحية لديها (مثل أستراليا وكندا وألمانيا والسويد) مشاريع للترميز المزدوج لبيانات المراضة أو أعلنت عن خطط لإعدادها. وستتحقق أفضل النتائج بعد استكمال عمليات المضاهاة اللازمة انطلاقاً من المراجعة العاشرة (أو من تعديل وطني).

A2.4 المؤلفات المنشورة عن التجارب في مشاريع الترميز المزدوج باستخدام المراجعة الحادية عشرة وفي عمليات التحوّل السابقة في الترميز

ترد الإحالات المرجعية الكاملة والروابط في الملحق 6 تحت أرقام المراجع المبيَّنة.

1. Office for National Statistics (United Kingdom). Impact of the implementation of IRIS software for ICD10 cause of death coding on mortality statistics, England and Wales. نُشر في عام 2014. [الملحق 6، المرجع 26]
2. Office for National Statistics (United Kingdom). Impact of the implementation of IRIS software for ICD10 cause of death coding on stillbirth and neonatal death statistics: England and Wales. نُشر في عام 2016. [المرجع 27]
3. Office for National Statistics (United Kingdom). Cause of death coding in mortality statistics, software changes: January 2022. نُشر في عام 2022. [المرجع 28]
4. Office for National Statistics (United Kingdom). Comparability ratios: what they are and when to use them (UK experience). [المرجع 29]
5. Field testing a new ICD coding system: methods and early experiences with ICD-11 Beta Version 2018. BMC Research Notes. نُشر في عام 2022. [المرجع 30]
6. Eastwood CA, et al. Training and experience of coding with the World Health Organization's International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). Health Information Management Journal; نُشر على الإنترنت في عام 2021. [المرجع 5]
7. Describing agreement in the main condition coding field using Canadian ICD-11 inpatient data. نُشر في عام 2021. [المرجع 31]
8. Paving the way: a cost and outcome evaluation framework for the transition from the 10th to the 11th version of the International Classification of Diseases. نُشر في عام 2020. [المرجع 32]
9. Lee H, Kim S. Impact of the ICD-11 on the clinical coding in South Korea. Health Information Management Journal. نُشر في عام 2022. [المرجع 6]
10. A study on initial productivity trend in the transition of the ICD-10 to ICD-11 morbidity coding in Iran. نُشر في عام 2024. [المرجع 33]

الملحق 3 مرجع الأدوات

يلخِّص الجدول أدناه أدوات منظمة الصحة العالمية الداعمة لتنفيذ المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض. وتُتاح جميع الأدوات المُدرَجة مجاناً بوصفها جزءاً من المنفعة العامة الرقمية. وتتوفر النسخ الحالية وأنماط التكامل والعيّنات البرمجية في المواقع المبيَّنة.

محتوى التصنيف والوصول إليه

الجدول 10. محتوى التصنيف والوصول إليه: الأدوات وأماكن الحصول عليها

الأداة	الوظيفة	مكان الحصول عليها
أداة تصفح المراجعة الحادية عشرة	التصنيف الكامل مع البحث المتعدد اللغات بالمصطلحات الشائعة لدى عامة الناس، والأوصاف السريرية، والتصفح حسب التشريح وحسب الآلية	icd.who.int
أداة الترميز في المراجعة الحادية عشرة	بحث باللغة البسيطة يُعيد توليفات مرتَّبة من الرموز الجذعية ورموز الامتداد، ولا يعرض إلا المعدِّلات الصالحة	icd.who.int
واجهة برمجة التطبيقات الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة	نقاط نهاية REST مستقرة ومتوافقة مع معيار FHIR، مع معرِّفات موارد موحَّدة (URI) مرجعية، وتحديد مزدوج للهوية على مستوى المكوّن الأساسي وإحصائيات الوفيات والمراضة	icd.who.int/icdapi
حزم الاستخدام دون الإنترنت	وظائف أداة الترميز وأداة التصفح كاملةً للبيئات ذات الاتصال المحدود بالإنترنت، مع المزامنة الدورية	icd.who.int
الدليل المرجعي	المرجع المصاحب الرسمي: قواعد الترميز، وهيكل التصنيف، وقواعد الوفيات والمراضة، والتنسيق اللاحق (توليف الرموز)، والصيانة	icd.who.int

الترجمة والاختبار وإعداد المحتوى

الجدول 11. الترجمة والاختبار وإعداد المحتوى: الأدوات وأماكن الحصول عليها

الأداة	الوظيفة	مكان الحصول عليها
أداة الترجمة	تتولى مراكز الترجمة المسجَّلة إعداد النسخ باللغات الوطنية وصيانتها، ويجري إخطارها بالتغييرات في النص المصدر	icd.who.int/dev11/f/en/Multilingual
منصّة ICD-FIT (منصّة التدريب على التنفيذ الميداني للتصنيف الدولي للأمراض)	التدريب والتقييم الذاتي في مجال الترميز وفق المراجعة الحادية عشرة.	icd.who.int
منصّة الاقتراحات	تقديم مفتوح لاقتراحات المحتوى والتعليقات والمساهمات؛ واستعراضها من جانب الأفرقة الاستشارية؛ وسجل شفاف للقرارات	icd.who.int/dev11

سلسلة أدوات الوفيات

الجدول 12. سلسلة أدوات الوفيات: الأدوات وأماكن الحصول عليها

الأداة	الوظيفة	مكان الحصول عليها
الشهادة الطبية الإلكترونية بشأن سبب الوفاة (eMCCD)	إصدار شهادات رقمية منظَّمة عند حدوث الوفاة، مع قاموس بيانات موحَّد، والترميز وفق المراجعة الحادية عشرة من المصدر	icd.who.int

الأداة	الوظيفة	مكان الحصول عليها
أداة DORIS (الاختيار الرقمي لسبب الوفاة القائم على قواعد مفتوحة متكاملة، الخاصة بالمنظمة)	الاختيار المؤتمت للسبب الأساسي للوفاة بتطبيق قواعد المنظمة؛ متعددة اللغات؛ مجموعات قواعد منشورة وقابلة للتكييف	icd.who.int
أداة ANACoD-3 لتحليل بيانات أسباب الوفاة	تقييم جودة البيانات في الإبلاغ عن أسباب الوفاة: الأسباب غير المحدَّدة تحديداً جيداً، والثغرات، والأنماط المثيرة للشك	icd.who.int
أداة CodEdit	تقييم جودة الترميز للسجلات الفردية وملفات الإبلاغ	icd.who.int
أداة المنظمة للتشريح اللفظي	أداة موحَّدة لتقييم سبب الوفاة حيثما لا يتوفر إصدار الشهادات الطبية	who.int

أدوات المضاهاة والمحتوى

الجدول 13. أدوات المضاهاة والمحتوى: الوظيفة وأماكن الحصول عليها

الأداة	الوظيفة	مكان الحصول عليها
جداول المضاهاة بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة	معابر (مضاهاة) ثنائية الاتجاه: أمامية وخلفية وعلى مستوى المكوّن الأساسي. وتُحدَّث سنوياً مع كل إصدار من إصدارات المراجعة الحادية عشرة	icd.who.int (علامة التبويب "Info" في أداة تصفح إحصائيات الوفيات والمراضة)
أداة CodeFusion	تقرأ النصوص التشخيصية من الملفات؛ وتضاهيها برموز المراجعة الحادية عشرة ومعرّفات الموارد الموحَّدة؛ وتدعم أعمال الترميز على دفعات والمضاهاة	icd.who.int/docs/codefusion/

التدريب وبناء القدرات

الجدول 14. التدريب وبناء القدرات: الموارد وأماكن الحصول عليها

الأداة	الوظيفة	مكان الحصول عليها
موارد التدريب الخاصة بمجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية	مناهج ومواد تدريبية وأطر لإصدار الشهادات تتولى صيانتها شبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية	who.int
منصّة ICD-FIT	التدريب والتقييم الذاتي في مجال الترميز وفق المراجعة الحادية عشرة.	icd.who.int
برامج التدريب التي تقدمها المراكز المتعاونة	تدريب إقليمي يُقدَّم من خلال شبكة المراكز المتعاونة مع المنظمة المعنية بمجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية	who.int

تصنيفات المنظمة ذات الصلة

الجدول 15. تصنيفات المنظمة ذات الصلة: الوظيفة وأماكن الحصول عليها

التصنيف	الوظيفة	مكان الحصول عليها
التصنيف الدولي للتدخلات الصحية	التصنيف الدولي للتدخلات الصحية: التدخلات الجراحية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية والتمريضية وتدخلات الصحة العامة	who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions

التصنيف	الوظيفة	مكان الحصول عليها
التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة	التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة، مع نظام المنظمة لتقييم الإعاقة (WHODAS) لحساب الدرجات الموجزة	who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health
التصنيف الدولي للأمراض – علم الأورام	تصنيف مشتق لعلم الأورام، متكامل مع المراجعة الحادية عشرة عن طريق المكوّن الأساسي	who.int

الملحق 4 مسرد المصطلحات

ANACoD-3. تحليل بيانات أسباب الوفاة، النسخة 3. أداة منظمة الصحة العالمية لتقييم جودة بيانات أسباب الوفاة.

API. واجهة برمجة التطبيقات. يُقصد بها في هذا الدليل تحديداً واجهة برمجة التطبيقات الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض التي توفرها المنظمة، والتي تتيح وصولاً إلى محتوى التصنيف قائماً على بنية REST ومتوافقاً مع معيار FHIR.

تَجَمُّعات الحالات (Casemix). طريقة لتجميع حلقات الرعاية السريرية في فئات متجانسة سريرياً ومن حيث الموارد لأغراض استرداد التكاليف وقياس الأداء والإدارة. وتُعدّ المجموعات المرتبطة من حيث التشخيص (DRG) أكثر منهجيات تَجَمُّعات الحالات شيوعاً.

CDDR. الأوصاف السريرية والمتطلبات التشخيصية. المرجع المصاحب للمراجعة الحادية عشرة لأغراض الاستخدام السريري في مجال الصحة النفسية.

التصنيف (Classification). نظام ينظِّم الكيانات في فئات متنافية وشاملة لأغراض العدّ والتجميع الإحصائي. وتُنتِج المراجعة الحادية عشرة تصنيفات (عمليات التعبير في صورة خطية)، مثل إحصائيات الوفيات والمراضة، انطلاقاً من المكوّن الأساسي الذي تستند إليه.

CodeFusion. أداة للمنظمة تقرأ النصوص التشخيصية من الملفات وتضاهيها برموز المراجعة الحادية عشرة ومعرّفات الموارد الموحَّدة (URI)، دعماً لأعمال الترميز على دفعات والمضاهاة.

CodEdit. أداة للمنظمة لتقييم جودة الترميز.

فترة الاستخدام المتوازي (Coexistence period). الفترة المحدَّدة التي يقبل خلالها النظام الوطني السجلات المرمَّزة وفق كلٍّ من المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض والمراجعة الحادية عشرة، بحسب المجال، قبل سحب التصنيف الموروث.

المركز المتعاون (Collaborating Centre). المركز المتعاون مع المنظمة مؤسسة وطنية تعيّنها المنظمة لدعم مجال محدَّد من مجالات عملها. وتدعم المراكز المتعاونة مع المنظمة المعنية بمجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية أعمال التصنيف على الصعيدين الوطني والإقليمي.

أداة الترميز (Coding Tool). تطبيق شبكي للمنظمة يدعم البحث عن رموز المراجعة الحادية عشرة واختيارها انطلاقاً من النصوص السريرية، بما في ذلك دعم التنسيق اللاحق (توليف الرموز).

المعبر (Crosswalk). جدول مضاهاة موحَّد يحدِّد التناظر بين الرموز في تصنيفين. وتنشر المنظمة معابر ثنائية الاتجاه بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة.

CSAC. اللجنة الاستشارية المعنية بالتصنيف والإحصاءات، وهي اللجنة الاستشارية الرئيسية للمنظمة بشأن صيانة المراجعة الحادية عشرة.

المنفعة العامة الرقمية (Digital public good). منتج رقمي مرخَّص ترخيصاً مفتوحاً، ويخضع لحوكمة مفتوحة، ومصمَّم ليكون متاحاً لجميع الفئات السكانية، ويخدم المصلحة العامة. وتستوفي المراجعة الحادية عشرة هذه المعايير.

DORIS. الاختيار الرقمي لسبب الوفاة القائم على قواعد مفتوحة متكاملة، الخاص بالمنظمة. أداة للمنظمة للاختيار المؤتمت للسبب الأساسي للوفاة في ترميز الوفيات.

DRG. المجموعة المرتبطة من حيث التشخيص. أكثر أشكال تصنيف تَجَمُّعات الحالات شيوعاً، وتُستخدم في استرداد التكاليف وقياس الأداء.

الترميز المزدوج (Dual coding) أو الترميز الجسري (bridge coding). ترميز البيانات السريرية أو بيانات الوفيات نفسها باستخدام نسختين من التصنيف (عادةً المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة) لمقارنة النتائج وقياس أثر التحوّل كمياً.

eMCCD. الشهادة الطبية الإلكترونية بشأن سبب الوفاة. معيار المنظمة لإصدار شهادات سبب الوفاة رقمياً بصورة منظَّمة عند حدوث الوفاة.

EHDS. الفضاء الأوروبي للبيانات الصحية. إطار للاتحاد الأوروبي للاستخدام الأولي والثانوي للبيانات الصحية في جميع الدول الأعضاء فيه.

الكيان في المراجعة الحادية عشرة (Entity). مفهوم سريري في المكوّن الأساسي، له معرِّف ثابت (معرِّف الموارد الموحَّد)، وتعريف، وأوصاف سريرية. والأمراض والاضطرابات والعلامات والأعراض والإصابات وغيرها من المفاهيم السريرية كلها كيانات.

رمز الامتداد (Extension code). رمز يعدِّل رمزاً جذعياً في التنسيق اللاحق. وتغطي رموز الامتداد أبعاداً مثل الوخامة، والتشريح، والجانبية، والآلية، والعوامل، والأجهزة، والبُعد الزمني.

FHIR. موارد التشغيل البيني السريع للرعاية الصحية (Fast Healthcare Interoperability Resources). معيار منظمة HL7 لتبادل المعلومات الصحية. وتتيح واجهة برمجة التطبيقات الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة عمليات لخدمة المصطلحات متوافقة مع معيار FHIR، منها العمليات $lookup و$expand و$validate-code.

المكوّن الأساسي (Foundation). المكوّن الأساسي للمراجعة الحادية عشرة: أنطولوجيا متعدّدة التسلسل الهرمي تضم نحو 85 000 كيان سريري، تُشتق منها جميع عمليات التعبير في صورة خطية. والمكوّن الأساسي هو قاعدة المعارف؛ أما عمليات التعبير في صورة خطية فهي طرائق لعرضه.

GIDH. المبادرة العالمية بشأن الصحة الرقمية.

GLASS. النظام العالمي لترصّد مقاومة مضادات الميكروبات واستخدامها.

HL7. Health Level Seven International (منظمة HL7 الدولية)، وهي منظمة وضع المعايير المسؤولة عن معيار FHIR، من بين معايير أخرى لمعلومات الرعاية الصحية.

المراجعة العاشرة. التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة، المراجعة العاشرة. اعتُمدت في عام 1990. ولم تعد تخضع للصيانة على الصعيد الدولي.

المراجعة الحادية عشرة. التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة الحادية عشرة. اعتمدتها جمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو 2019، ودخلت حيّز التنفيذ اعتباراً من 1 كانون الثاني/ يناير 2022.

المراجعة الحادية عشرة لإحصائيات الوفيات والمراضة. المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض لإحصائيات الوفيات والمراضة. التعبير المرجعي في صورة خطية المستخدَم لأغراض الإبلاغ الإحصائي الدولي.

أداة التصفح الخاصة بالتصنيف الدولي للأمراض. تطبيق شبكي للمنظمة لتصفح محتوى المراجعة الحادية عشرة.

ICD-FIT. منصّة المنظمة الشبكية للتدريب على الترميز وفق المراجعة الحادية عشرة وللتقييم الذاتي.

التصنيف الدولي للأمراض – علم الأورام. تصنيف مشتق لأغراض تسجيل حالات السرطان.

التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة. مكوّن مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية الذي يغطي وظائف الجسم وبُنى الجسم والأنشطة والمشاركة والعوامل البيئية.

التصنيف الدولي للتدخلات الصحية. مكوّن مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية الذي يغطي التدخلات الصحية، والجاري إعداده بنشاط من خلال شبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية.

مركز موارد التنفيذ (Implementation Hub). موقع موارد تتولى المنظمة صيانته لدعم تنفيذ المراجعة الحادية عشرة، ويتضمن دراسات حالات قُطرية وموارد تقنية ومجموعات أدوات إقليمية.

IPS. الملخص الدولي للمريض. مواصفة لتبادل السجلات السريرية عبر الحدود.

البلد ذو النظام الموروث (Legacy country). بلد يوجد لديه نظام قائم لجمع البيانات باستخدام التصنيف الدولي للأمراض (عادةً المراجعة العاشرة أو مراجعة سابقة) وقت تنفيذ المراجعة الحادية عشرة.

التعبير في صورة خطية (Linearization). طريقة عرض مشتقة من المكوّن الأساسي للمراجعة الحادية عشرة تنظِّم الكيانات في هيكل مجدول لغرض محدَّد. والتعبير في صورة خطية لإحصائيات الوفيات والمراضة هو التعبير المرجعي في صورة خطية لأغراض إحصائيات الوفيات والمراضة؛ وتوجد عمليات تعبير في صورة خطية لأغراض التخصصات والرعاية الأولية تلبيةً لحالات استخدام أخرى.

المضاهاة (Mapping). عملية تحديد علاقة بين المفاهيم في نظام ترميز ما والمفاهيم في نظام ترميز آخر، وفقاً لأساس منطقي موثَّق، ولغرض معيَّن (ISO/TR 12300:2014، بالصيغة المعتمَدة في الورقة المعنونة "WHO-FIC Classifications and Terminology Mapping: Principles and Best Practice"). وناتج هذه العملية جدول مضاهاة أو معبر.

MbRG. الفريق المرجعي المعني بالمراضة.

إحصائيات الوفيات والمراضة. انظر المراجعة الحادية عشرة لإحصائيات الوفيات والمراضة.

بيانات المراضة (Morbidity data). بيانات عن وجود مرض أو اعتلال أو إصابة أو إعاقة أو أحداث صحية ضارة.

بيانات الوفيات (Mortality data). بيانات عن الوفيات حسب العمر والجنس والسبب، تُبلغها الدول الأعضاء عادةً من واقع نظمها للتسجيل المدني والإحصاءات الحيوية.

MRG. الفريق المرجعي المعني بالوفيات.

MSAC. اللجنة الاستشارية الطبية والعلمية.

التسجيل الأصلي (Native capture) – الخيار المفضَّل (مقابل التسجيل بالمضاهاة (mapped capture)). يعني التسجيل الأصلي اختيار رمز المراجعة الحادية عشرة عند نقطة التوثيق أو الترميز؛ أما التسجيل بالمضاهاة فيعني تحويل سجل مرمَّز وفق تصنيف آخر إلى المراجعة الحادية عشرة بواسطة معبر. وينبغي أن تبيّن المخرجات الوطنية أيهما ينطبق.

الاحتياجات الوطنية (National needs). المتطلبات الخاصة بكل بلد فيما يتعلق بإضافات المحتوى إلى التصنيف أو تحسيناته. ويُستخدم هذا المصطلح في هذا الدليل بدلاً من مصطلح "التعديلات الوطنية" لأن مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية تقلِّل الحاجة إلى إنشاء نسخة وطنية مستقلة وصيانتها؛ وتُعالَج الاحتياجات الوطنية الحقيقية من خلال منصّة الاقتراحات، إذ يُدرَج المحتوى في المكوّن الأساسي لصالح جميع البلدان.

Nordic Casemix Centre (مركز بلدان الشمال الأوروبي لتَجَمُّعات الحالات). الجهة المقدِّمة لمحرّك NordDRG لتَجَمُّعات الحالات والأدوات الداعمة له. وتقود المنظمة وشبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية عملية تكييف نظام NordDRG مع مدخلات المراجعة الحادية عشرة والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية.

تعدّد التسلسل الهرمي (Polyhierarchy). هيكل تنظيمي يُمكن فيه أن يكون للكيان أكثر من كيان أصل واحد. والمكوّن الأساسي للمراجعة الحادية عشرة متعدّد التسلسل الهرمي، مما يتيح إدراج الكيانات تحت أكثر من مسار تصنيفي واحد (إذ يُمكن إدراج سرطان المعدة تحت كلٍّ من "السرطان" و"أمراض الجهاز الهضمي").

التنسيق اللاحق (Postcoordination). الجمع بين رمز جذعي ورمز امتداد واحد أو أكثر للتعبير عن التفاصيل السريرية. ويختلف عن التنسيق المسبق الذي يُعبَّر فيه عن الفكرة السريرية نفسها في صورة مفهوم واحد.

التنسيق المسبق (Pre-coordination). التعبير عن فكرة سريرية في صورة مفهوم واحد (مثلاً "سرطان المعدة من المرحلة 2 والدرجة 2" برمز واحد). ويختلف عن التنسيق اللاحق.

منصّة الاقتراحات (Proposal platform). منصّة مفتوحة للمنظمة على العنوان icd.who.int/dev11 لتقديم اقتراحات المحتوى واستعراضها.

الدليل المرجعي (Reference Guide). المرجع المصاحب الرسمي للمراجعة الحادية عشرة، الذي يحدِّد قواعد الترميز، وهيكل التصنيف، وقواعد الوفيات والمراضة، واستخدام رموز الامتداد والتنسيق اللاحق، وعملية الصيانة.

الإنتاج الروتيني (Routine production). التوليد المستمر أو الإلزامي أو على نطاق وطني للسجلات المرمَّزة وفق المراجعة الحادية عشرة في نظام وطني، تمييزاً له عن المشروع التجريبي، أو الإطلاق، أو الفعالية التدريبية، أو إتاحة أداة أو نسخة لغوية، أو إعادة الترميز بأثر رجعي لمرة واحدة.

"خط الشاطئ" (Shoreline). حدّ الدقة في التعبير في صورة خطية لإحصائيات الوفيات والمراضة. والتفاصيل السريرية الأدق من "خط الشاطئ" موجودة في المكوّن الأساسي، لكنها لا تُحتسب على نحو منفصل في إحصائيات الوفيات والمراضة.

المبادئ التوجيهية SMART (SMART guidelines). المبادئ التوجيهية للمنظمة القائمة على المعايير، والمقروءة آلياً، والتكيُّفية، والقائمة على المتطلبات، والقابلة للاختبار: المحتوى المعياري للمنظمة في صورة قابلة للحوسبة.

SSSOM. المعيار البسيط لتبادل عمليات المضاهاة الأنطولوجية (Simple Standard for Sharing Ontological Mappings)، وهو معيار لتبادل عمليات مضاهاة الكيانات الدلالية وتكاملها.

الرمز الجذعي (Stem code). رمز أساسي من التصنيف، يُمكن أن يُستخدم منفرداً أو أن يُجمع مع رموز الامتداد عن طريق التنسيق اللاحق.

TMRG. الفريق المرجعي المعني بالطب التقليدي.

التحوّل (Transition). مرحلة الانتقال من نظام قائم للتصنيف الدولي للأمراض (عادةً المراجعة العاشرة أو مراجعة سابقة) إلى المراجعة الحادية عشرة، بما في ذلك جميع الأنشطة التحضيرية وأنشطة التنفيذ.

URI. معرّف الموارد الموحَّد. ويحمل كل كيان من كيانات المراجعة الحادية عشرة معرّف موارد موحَّداً ثابتاً، مستقلاً عن النسخ، مما يتيح الإحالة إليه دون لبس عبر النظم وعلى مر الزمن.

دورة التحديث (Update cycle). تخضع المراجعة الحادية عشرة للصيانة وفق دورة تحديث سنوية من خلال شبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية ومنصّة الاقتراحات.

التشريح اللفظي (Verbal autopsy). طريقة موحَّدة قائمة على المقابلات للتحقق من سبب الوفاة حيثما لا يتوفر إصدار شهادات طبية بسبب الوفاة. وأداة المنظمة للتشريح اللفظي هي الأداة المعيارية، وتتضمن قائمة بأسباب الوفاة مطابِقة للمراجعة الحادية عشرة.

أكاديمية منظمة الصحة العالمية (WHO Academy). المؤسسة التعليمية التابعة للمنظمة، التي دعمت إعداد وحدة التعلّم الإلكتروني الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة.

مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية. المجموعة المتكاملة التي تضم المراجعة الحادية عشرة، والتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة، والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية، والتصنيفات المشتقة بما فيها التصنيف الدولي للأمراض – علم الأورام.

شبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية. شبكة من المراكز المتعاونة مع المنظمة والأفرقة المرجعية تتولى تنسيق إعداد تصنيفات مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية وتنفيذها وصيانتها.

WHODAS. نظام المنظمة لتقييم الإعاقة. أداة لحساب درجة موجزة لأداء الوظائف استناداً إلى فئات التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة.

WONCA. المنظمة العالمية للكليات والأكاديميات والرابطات الأكاديمية الوطنية للأطباء العامين/ أطباء الأسرة. شريك في إعداد محتوى الرعاية الأولية في المراجعة الحادية عشرة.

الملحق 5 الموارد وأماكن الحصول عليها

يجمع هذا الملحق الموارد المشار إليها في جميع أجزاء الدليل.

نقاط الدخول الرئيسية

- **icd.who.int** – نقطة الدخول الرئيسية إلى المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض. أداة التصفح، وأداة الترميز، والدليل المرجعي، والإصدارات، والوثائق الداعمة.
- **icd.who.int/icdapi** – الصفحة الرئيسية لواجهة برمجة التطبيقات (API) الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة، وتتضمن الوثائق وأنماط التكامل والتسجيل للحصول على مفاتيح واجهة برمجة التطبيقات.
- **icd.who.int/dev11** – منصّة الاقتراحات المفتوحة لتقديم المساهمات في المحتوى.

- **icd.who.int/dev11** – منصّة الصيانة الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة، بما في ذلك أداة الترجمة.
- **icd@who.int** – عنوان الاتصال المباشر بوحدة التصنيفات والمصطلحات في منظمة الصحة العالمية.

الموارد المؤسسية للمنظمة

- **who.int/standards/classifications** – مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية، الصفحة الأم.
- **who.int/standards/classifications/classification-of-diseases** – صفحة المراجعة الحادية عشرة.
- **who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health** – التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والإعاقة والصحة.
- **who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions** – التصنيف الدولي للتدخلات الصحية.
- **who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/icd-11-implementation** – الأسئلة المتكررة بشأن التنفيذ.
- **academy.who.int** – أكاديمية منظمة الصحة العالمية، بما في ذلك الوحدات التدريبية الخاصة بالمراجعة الحادية عشرة.
- **who.int/about/structure/who-fic** – دليل المراكز المتعاونة مع المنظمة (يُرجى الرجوع إلى المكتب الإقليمي المعني للاطلاع على القوائم الحالية للمراكز).

موارد التنفيذ

- **مركز موارد التنفيذ (Implementation Hub)** – مركز موارد تتولى المنظمة صيانته لدعم تنفيذ المراجعة الحادية عشرة: دراسات حالات قُطرية، وموارد تقنية، ومجموعات أدوات إقليمية. (يُتاح الرابط إليه من icd.who.int.)
- **الصفحات الموجَّهة إلى الأطباء السريريين** – الأسئلة المتكررة بشأن التنفيذ، ومركز موارد التوثيق الخاص بالأطباء السريريين، والموارد الخاصة بالتخصصات. (يُتاح الرابط إليها من icd.who.int.)
- **المكاتب الإقليمية للمنظمة** – المكتب الإقليمي لأفريقيا، والمكتب الإقليمي للأمريكتين/ منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، والمكتب الإقليمي لشرق المتوسط، والمكتب الإقليمي لأوروبا، والمكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا، والمكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ. وهي نقاط الدخول التشغيلية لأعمال التنفيذ داخل البلدان.
- **فرقة العمل المعنية بالمضاهاة التابعة لشبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية** – whofic.mtf@gmail.com. تُرسَل إلى هذا العنوان التصويبات والإضافات المقترحة على جداول المضاهاة بين المراجعة العاشرة والمراجعة الحادية عشرة، في إطار عملية ضمان جودة المعابر.

الموارد الخاصة بالأدوات

- **أداة DORIS** – متاحة على icd.who.int.
- **أداة ANACoD-3** – متاحة على icd.who.int.
- **أداة CodEdit** – متاحة على icd.who.int.
- **أداة CodeFusion** – متاحة على icd.who.int/docs/codefusion/.
- **منصّة ICD-FIT** – متاحة على ICD-FIT (يلزم التسجيل)
- **أداة المنظمة للتشريح اللفظي** – متاحة على who.int.
- **أداة الترجمة** – متاحة على icd.who.int/dev11/f/en/Multilingual (يُشترط التسجيل).

المعايير والتشغيل البيني

- **معيار HL7 FHIR** – hl7.org/fhir
- **معيار SSSOM (Simple Standard for Sharing Ontological Mappings)** – mapping-commons.github.io/sssom

- **WHO-FIC Classifications and Terminology Mapping: Principles and Best Practice** – https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/who-fic-network/whofic_terminology_mapping_guide.pdf

المنظمات الشريكة

- **لجنة التصنيف الدولية التابعة للمنظمة العالمية لأطباء الأسرة (WONCA)** – لمحتوى الرعاية الأولية.
- **Orphanet** – لتصنيف الأمراض النادرة.
- **HL7 International (منظمة HL7 الدولية)** – للمواءمة مع معيار FHIR وأعمال فعالية اختبار الربط (connectathon) المشتركة بين المنظمة ومنظمة HL7.
- **Nordic Casemix Centre (مركز بلدان الشمال الأوروبي لتَجَمُّعات الحالات)** – لمحرّك NordDRG وأدواته، المكيَّفة من جانب المنظمة وشبكة مجموعة التصنيفات والمصطلحات الدولية لمنظمة الصحة العالمية لاستيعاب مدخلات المراجعة الحادية عشرة والتصنيف الدولي للتدخلات الصحية.

الملحق 6 قائمة المراجع الموحَّدة

المراجع المستشهد بها في الأجزاء A وB وC، بعد توحيدها وإعادة ترقيمها. وحيثما تتضمن المراجع معرّف الكائن الرقمي (DOI) أو عنوان URL، فإنهما أكثر نقاط الوصول موثوقية.

1. World Health Assembly, 72nd Session. Resolution WHA72.15: Eleventh revision of the International Classification of Diseases. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. ICD-11 implementation status; https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases
3. World Health Organization. *WHO releases 2025 update to the International Classification of Diseases (ICD-11)*. 14 February 2025. https://www.who.int/news/item/14-02-2025-who-releases-2025-update-to-the-international-classification-of-diseases-(icd-11)
4. World Health Organization. ICD-11 language availability and release notes. https://icd.who.int/
5. Eastwood CA, Southern DA, Doktorchik C, Khair S, Cullen D, Boxill A, Maciszewski M, Otero Varela L, Ghali W, Moskal L, Quan H. Training and experience of coding with the World Health Organization's International Classification of Diseases, Eleventh Revision. *Health Information Management Journal* 2023;52(2):92–100. doi:10.1177/18333583211038633. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10170554/
6. Lee H, Kim S. Impact of the ICD-11 on the accuracy of clinical coding in Korea. *Health Information Management Journal* 2023;52(3):221–228. doi:10.1177/18333583221095147
7. Ibrahim I, Alrashidi M, Al-Salamin M, Kostanjsek N, Jakob R, Azam S, Al-Mazeedi N, Al-Asoomi F. ICD-11 Morbidity Pilot in Kuwait: Methodology and Lessons Learned for Future Implementation. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(5):3057. doi:10.3390/ijerph19053057
8. Ooi ECW, Md Isa Z, Abdul Manaf MR, Ahmad Fuad AS, Sidek HF, Mustapa MN, Ahmad A, Ali FZ, Kharie MF, Shith SA, Mohd Marzuki N. From data collection to downstream data use: Malaysia's experience with ICD-11. *Health Information Management Journal* 2025;54(3):325–332. doi:10.1177/18333583241295717

9. Lee H, Lee Y. A Korean field trial of ICD-11 classification under practical clinical coding rules to clarify the reasons for inconsistencies. *Health Information Management Journal* 2025;54(3):303–310. doi:10.1177/18333583251319371

10. Xu Y, Zhou J, Li H, Cai D, Zhu H, Pan S. Improvements in Neoplasm Classification in the International Classification of Diseases, Eleventh Revision: Systematic Comparative Study With the Chinese Clinical Modification of the International Classification of Diseases, Tenth Revision. *Interactive Journal of Medical Research* 2024;13:e52296. doi:10.2196/52296. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10960217/

11. Zhang M, Wang Y, Jakob R, Su S, Bai X, Jing X, Xue X, Liao A, Li N, Wang Y. 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* 2024;31(5):1084–1092. doi:10.1093/jamia/ocae031

12. World Health Organization India. *Strengthening universal health coverage: NHA and WHO collaboration on ICD-11 and ICHI rollout under PMJAY*. 11 August 2022. https://www.who.int/india/news-room/detail/11-08-2022-strengthening-universal-health-coverage

13. Broadwin C, Zeidan W, Siam M, Kostanjsek N, Doctor HV, Aly EA, Shraim M, Ballout G, Seita A. Advancing Refugee Health Data Management: The Implementation of ICD-11 in UNRWA's Primary Care System. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2024;21(9):1121. doi:10.3390/ijerph21091121. https://www.mdpi.com/1660-4601/21/9/1121

14. WHO Classifications and Terminologies Unit, operational metrics, 2025–2026. https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases

15. Ministry of Health, Seychelles. Annual Vital Statistics Report 2023. Victoria: Ministry of Health; 2024. https://www.health.gov.sc/wp-content/uploads/2024/05/Annual-Vital-Statistics-Report-2023.pdf; Annual Vital Statistics Report 2024. Victoria: Ministry of Health; 2025. https://www.health.gov.sc/wp-content/uploads/Annual-Vital-Statistics-Report-2024.pdf

16. Ministère de la Santé Publique, Cameroun. Rapport national sur la mortalité hospitalière 2025 (certification, codage CIM-11, DORIS et ANACoD-3 dans 31 formations sanitaires). Yaoundé: Ministère de la Santé Publique; 2025. https://biblio-minsante.cm/server/api/core/bitstreams/545ca98a-adab-492e-b1b0-36897ba13842/content; Ministère de la Santé Publique, Cameroun. Classification internationale des maladies, 11e révision: version abrégée bilingue à quatre caractères. Yaoundé; 2023. https://biblio-minsante.cm/server/api/core/bitstreams/d9787905-0bac-4859-a349-81015a9b1d45/content

17. Les causes de décès selon la CIM-11 dans le DHIS2: intégration de l'API CIM-11 et de DORIS au Sénégal. DHIS2 Community, conference report; May 2026. https://community.dhis2.org/t/les-causes-de-deces-selon-la-cim-11-dans-le-dhis2/72150

18. Toelsie J, Mendes R, Dhanpat R, Ori R, Adams R, van Gool C, Alsokhn C, Kontio K, Ouattara Y. Digital transformation of mortality reporting using an ICD-11 integrated death certificate system in Suriname. Revista Panamericana de Salud Pública 2025;49:e85. doi:10.26633/RPSP.2025.85. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12302431/; Ministry of Health, Suriname. Digital Health Suriname: Information Systems for Health. Paramaribo; 2025. https://www.is4h-suriname.sr/wp-content/uploads/2025/11/Digital-Health-Suriname-v04-ENG.pdf

19. Republic of Kenya. Social Health Insurance Regulations, 2024 (Legal Notice No. 49 of 2024), Regulation 58(4) and Form 3. Nairobi: Kenya Gazette; 8 March 2024. https://new.kenyalaw.org/akn/ke/act/ln/2024/49/eng%402025-02-28/publication; Ministry of Health, Kenya. Standard Operating Procedures for Medical Certification of Cause of Death and ICD-11 Coding. Nairobi; September 2025. https://health.go.ke/sites/default/files/2026-06/Standard%20Operating%20Procedures%20%28SOP%27s%29%20for%20MCCoD%20and%20%20ICD%2011%20Coding.pdf

20. Department of Health Services, Ministry of Health and Population, Nepal. Annual Health Report 2080/81 (2023/24). Kathmandu; 2025. https://hmis.gov.np/media/40/Annual-Health-Report-208081_compressed.pdf; Health Management Information System reporting form HMIS 9.4. https://giwmscdnone.gov.np/media/pdf_upload/HMIS-Reporting-form-94_ydoy6h8.pdf

21. Lyall K, Roberge I, Yang W, Baker S, Denny K. ICD-11 in Canada: Leveraging crosswalks to evaluate adoption, impact and transition strategies. *Health Information Management Journal* 2025. doi:10.1177/18333583251392355; Canadian Institute for Health Information. *Assessing ICD-11 Implementation in Canada: Leveraging Crosswalks to Evaluate Adoption Impacts and Transition Strategies*. 2024. https://www.cihi.ca/

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

23. Ahmad Fuad AS, et al. *ICD-11 Certification of Coders Training Programme: Experience Sharing by the Ministry of Health Malaysia*. 2024. https://www.researchgate.net/publication/383647678

24. Ibrahim I, Kostanjsek N, Jakob R. Rethinking ICD-11 training: Why and how. *Health Information Management Journal* 2025;54(1):3–13. doi:10.1177/18333583241295459

25. Mugisha M, Byiringiro JB, Uwase M, Abizeyimana T, Ndikubwimana B, Karema N, Kayiganwa M, Tran Ngoc C, Kostanjsek N, Celik C, Marc D, Twizere C, Tumusiime D. Integration of International Classification of Diseases version 11 Application Program Interface (API) in the Rwandan Electronic Medical Records (OpenMRS): findings from two district hospitals in Rwanda. *Studies in Health Technology and Informatics 2020*. doi:10.3233/shti200549

26. Office for National Statistics. Impact of the implementation of IRIS software for ICD-10 cause of death coding on mortality statistics, England and Wales. 8 August 2014. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/impactoftheimplementationofirissoftwareforicd10causeofdeathcodingonmortalitystatisticsenglandandwales/2014-08-08

27. Office for National Statistics. Impact of the implementation of IRIS software for ICD-10 cause of death coding on stillbirth and neonatal death statistics: England and Wales. 2016. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/impactoftheimplementationofirissoftwareforicd10causeofdeathcodingonstillbirthandneonataldeathstatistics/englandandwales

28. Office for National Statistics. Cause of death coding in mortality statistics, software changes: January 2022. 2022. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/causeofdeathcodinginmortalitystatisticssoftwarechanges/january2022

29. Office for National Statistics. Comparability ratios: what they are and when to use them. UK Government Web Archive. https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20160108084125/http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/classifications/international-standard-classifications/icd-10-for-mortality/comparability-ratios/index.html

30. Eastwood CA, Southern DA, Khair S, Doktorchik C, Cullen D, Ghali WA, Quan H. Field testing a new ICD coding system: methods and early experiences with ICD-11 Beta Version 2018. BMC Research Notes 2022;15:343. doi:10.1186/s13104-022-06238-2. https://bmcresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-022-06238-2

31. Wiebe N, Quan H, Southern DA, Doktorchik C, Eastwood C. Describing agreement in the main condition coding field using Canadian ICD-11 inpatient data. International Journal of Population Data Science 2021;6(1):1397. doi:10.23889/ijpds.v6i1.1397. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8532191/

32. Khair S, Quan H, Eastwood CA, Doktorchik C, Zhao J, Losev T, Denny K, Baker S, Lu M. Paving the way: a cost and outcome evaluation framework for the transition from the 10th to the 11th version of the International Classification of Diseases. Perspectives in Health Information Management 2020. https://ahisp.ahima.org/page/paving-the-way-a-cost-and-outcome-evaluation-framework-for-the-transition-from-the-10th-to-the-11th-version-of-the-international-classification-of-disease

33. Azadmanjir Z, Sheikhtaheri A, Zarei J, Golpira R, Bakhshandeh H, Vahedi A, Hashemi N. A study on initial productivity trend in the transition of the ICD-10 to ICD-11 morbidity coding in Iran. Informatics in Medicine Unlocked 2024;44:101440. doi:10.1016/j.imu.2023.101440. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352914823002861

34. A Practical Implementation Guide to ICD-11 for Mortality. June 2024. Support acknowledged from Bloomberg Philanthropies Data for Health through the CDC Foundation. https://data4healthlibrary.org/sites/default/files/2024-08/ICD11%20Implementation%20Guide_061124.pdf

35. World Health Organization. Classifications: frequently asked questions; https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/; (accessed 2 November 2026).

36. World Health Organization. ICD-API documentation: release notes for version 2.6; FHIR support (prerelease); local deployment; API contact. https://icd.who.int/docs/icd-api/ReleaseNotes-Version2.6/ ; https://icd.who.int/docs/icd-api/ICDAPI-FHIR-Support/ ; https://icd.who.int/docs/icd-api/ICDAPI-LocalDeployment/ ; https://icd.who.int/icdapi/Home/About (accessed 2 November 2026).

37. World Health Organization Evaluation Office. Frequently asked questions. https://www.who.int/about/evaluation/frequently-asked-questions (accessed 2 November 2026).

38. Steps for Translating ICD-11 and Customizing the Tools. Technical working instructions, 5 June 2026.

39. Kostanjsek N. ICD-11 piloting and implementation. Regional technical presentation, 2025.

.

منظمة الصحة العالمية

التصنيفات والمصطلحات

إدارة البيانات والصحة الرقمية والتحليلات والذكاء الاصطناعي

منظمة الصحة العالمية · 20 1211 · Avenue Appia جنيف 27 · سويسرا

icd@who.int · icd.who.int