

УДК 332.1:614:2  
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;61-71>

## Экономические и технические аспекты формирования тарифов оплаты медицинских услуг на основе клинико-статистических групп

С.С. Бударин

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

Автор, ответственный за переписку, email: sbudarin@yandex.ru

### Аннотация

**Введение.** Исследование посвящено анализу экономических и технических аспектов формирования тарифов оплаты медицинских услуг на основе клинико-статистических групп (КСГ/DRG) в России и зарубежных странах. Внедрение системы оплаты медицинских услуг на основе КСГ/DRG во всех странах мира сопряжено с серьезными вызовами, среди которых технические сложности классификации случаев и расчета тарифов, недостаточная инфраструктура данных, риски для финансовой устойчивости медицинских организаций и др. Успешное внедрение КСГ/DRG требует тщательной подготовки, инвестиций в данные и учета специфических особенностей функционирования системы здравоохранения в каждой стране. **Цель.** Проведение оценки перспективы внедрения КСГ в медицинскую практику и классификации трудностей, с которыми сталкиваются в разных странах при формировании тарифов оплаты медицинской помощи на основе КСГ. **Материалы и методы.** В качестве основных источников информации использовались нормативные правовые акты в сфере здравоохранения, действующие в Российской Федерации и за рубежом, а также научные публикации российских и зарубежных авторов по теме исследования. В качестве основных методов исследования использовались систематический и критический обзоры, сравнительный анализ и контент-анализ. **Результаты и заключение.** Анализ систем оплаты медицинской помощи на основе КСГ/DRG показывает наличие ряда проблем при их внедрении, которые можно разделить по следующим признакам: проблемы классификации и ценообразования КСГ/DRG, специфичные для каждой страны проблемы реализации, экономические и финансовые сложности, проблемы качества и доступности медицинской помощи. Международный опыт демонстрирует существенное разнообразие характеристик и эффективности систем КСГ/DRG. Страны разработали различные подходы к устранению присущих базовым системам DRG ограничений, включая использование дополнительных механизмов оплаты за высоковариабельную, специализированную и малообъемную помощь. Эти дополнительные механизмы включают выплаты за отдельные услуги, дополнительные сборы за определенные услуги и альтернативные модели оплаты для определенных видов медицинской помощи. Последствия проблем, связанных с внедрением КСГ/DRG, выходят за рамки технических вопросов финансирования здравоохранения и касаются более широких вопросов проектирования и функционирования системы здравоохранения. Данные свидетельствуют о том, что успешное внедрение КСГ/DRG требует значительных инвестиций в инфраструктуру, обучение и постоянное обслуживание системы, которые могут превзойти первоначальные ожидания.

**Ключевые слова:** клинико-статистические группы; Diagnosis-related groups; модели оплаты медицинской помощи; медицинские организации; финансирование здравоохранения; тарифы ОМС

**Для цитирования:** Бударин С.С. Экономические и технические аспекты формирования тарифов оплаты медицинских услуг на основе КСГ. *Здоровье мегаполиса*. 2026;7(1):61-71. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;61-71>

© С.С. Бударин, 2026

© Это произведение доступно по лицензии Creative Commons Attribution-ShareAlike («Атрибуция-СохранениеУсловий») 4.0 Всемирная.

УДК 332.1:614:2  
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;61-71>

## Economic and Technical Aspects of DRG-Based Tariff Setting for Medical Services

Sergey S. Budarin

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya st., 115088, Moscow, Russian Federation

Corresponding author, email: [sbudarin@yandex.ru](mailto:sbudarin@yandex.ru)

### Abstract

**Introduction.** The study analyzes the economic and technical aspects of setting tariffs for medical services based on Diagnosis-Related Groups (DRG) in Russia and foreign countries. The implementation of a DRG-based tariff system is associated with serious challenges in all countries of the world, including technical difficulties in case classification and tariff calculation, insufficient data infrastructure, and risks to the financial stability of healthcare providers, etc. Successful implementation requires careful planning, investment in data systems, and adaptation to each country's specific healthcare context. **Objective.** To assess the prospects for introducing DRG into medical practice and to classify the difficulties encountered in different countries when establishing DRG-based tariffs. **Materials and methods.** The main sources of information were regulatory legal acts in Russian and global healthcare, as well as relevant Russian and foreign scientific publications. The principal research methods employed were systematic review, critical review, comparative analysis, and content analysis. **Results and conclusion.** The analysis of DRG-based tariff setting for medical services reveals a number of challenges in its implementation, which can be divided into the following categories: problems of DRG classification and pricing, country-specific implementation issues, economic and financial problems, and concerns regarding quality and access to health care. International experience shows significant diversity in the characteristics and effectiveness of DRG systems. Countries have developed different approaches to address the limitations of basic DRG systems, including the use of additional payment mechanisms for high-tech, specialized, and low-volume medical care. These additional mechanisms include payments for individual services, additional charges for certain services, and alternative payment models for certain types of care. The implications of the challenges associated with DRG implementation go beyond technical issues of health financing and concern broader issues of health system design and operation. The data suggest that successful implementation of DRG requires significant investments in infrastructure, training, and ongoing system maintenance that may exceed initial expectations.

**Keywords:** Clinical-statistical groups; Diagnosis-related groups; health care payment models; medical organizations; health care financing; compulsory medical insurance tariffs

**For citation:** Budarin S.S. Economic and technical aspects of DRG-based tariff setting for medical services. *City Healthcare*. 2026;7(1):61-71. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i1;61-71>

## Введение

Формирование тарифов на медицинское обслуживание на основе DRG (Diagnosis-related groups) сталкивается во многих странах со значительными проблемами, включая технические сложности классификации и ценообразования, неадекватную инфраструктуру данных, проблемы финансовой устойчивости, проблемы с качеством, возникающие из-за несовершенных стимулов, а также существенные различия в подходах к реализации, которые требуют тщательной адаптации к местным условиям здравоохранения.

Системы групп, связанные с диагнозом (DRG), представляют собой фундаментальный переход от моделей оплаты по факту оказания услуг к перспективным моделям оплаты в финансировании здравоохранения. С момента их внедрения в системе Medicare США в 1983 г. системы оплаты на основе DRG были приняты во всем мире в качестве механизма контроля расходов на здравоохранение, повышения эффективности и прозрачности возмещения расходов медицинских организаций.

Российская модель клинко-статистических групп (КСГ) как аналог западной DRG была создана в рамках проекта, реализованного по соглашению между Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Международным банком реконструкции и развития в период с 2012 по 2015 г. Этот проект проходил в пилотных регионах России в два этапа. На первом этапе участвовали три пилотных региона, а на втором этапе был выбран один пилотный субъект в каждом федеральном округе.

С 2014 г. многие субъекты Российской Федерации начали самостоятельно переходить на оплату стационарной медицинской помощи по КСГ. Создание КСГ в России базировалось на тех же принципах, что и в других странах, но дополнительно учитывали особенности работы отечественного здравоохранения и системы ОМС. Основой для российской модели КСГ, как и за границей, послужили данные о фактических затратах на лечение пациентов в стационарах пилотных регионов.

Модель проходила несколько коррекций на основе результатов пилотного внедрения и экспертных оценок, что позволило ее усложнить и усовершенствовать. В результате в 2025 г. количество КСГ для стационарных условий составляет 452 группы, а для дневного стационара – 216 групп [1].

Внедрение систем DRG сопряжено с многочисленными трудностями, которые существенно различаются в зависимости от контекста и национальных систем здравоохранения [2].

Формирование тарифов в системах DRG включает сложные процессы классификации пациентов, расчета стоимости и ценообразования, которые должны учитывать множество целей: сдерживание затрат, поддержание качества медицинских услуг, финансовую устойчивость поставщиков услуг и равную для граждан доступность к медицинской помощи. Эти проблемы особенно остро проявляются, когда страны пытаются адаптировать системы DRG, разработанные в других странах, к своему местному контексту, инфраструктуре здравоохранения и экономическим условиям.

Цель настоящей статьи – оценить перспективы внедрения КСГ в медицинскую практику и классификации трудностей, с которыми сталкиваются в разных странах при формировании тарифов оплаты медицинской помощи на основе КСГ.

## Материалы и методы

В качестве основных источников информации использовались нормативные правовые акты в сфере здравоохранения, действующие в Российской Федерации и за рубежом, а также научные публикации российских и зарубежных авторов по теме исследования. В качестве основных методов исследования использовались систематический и критический обзор, сравнительный анализ и контент-анализ.

## Результаты

Изучение нормативных документов, а также научных публикаций российских и зарубежных авторов позволяет определить основные параметры формирования тарифов на основе клинко-статистических групп.

В России формирование тарифа, основанного на КСГ, рассчитывается исходя из базовой ставки, коэффициента относительной затратноемкости и поправочных коэффициентов, которые устанавливаются на федеральном или региональном уровне в соответствии с методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС<sup>1</sup>.

Под базовой ставкой понимается размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в группу заболеваний или со-

<sup>1</sup> Письмо Минздрава России от 28.01.2025 № 31-2/И/2-1304 (ред. от 19.11.2025) «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (вместе с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утв. Минздравом России № 31-2/И/5, ФФОМС № 00-10-26-2-06/965 28.01.2025). URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_497461/96c60c11ee5b73882df84a7de3c4fb18f1a01961/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_497461/96c60c11ee5b73882df84a7de3c4fb18f1a01961/) (дата обращения: 10.09.2025).

стояний, предусмотренный в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ), которая ежегодно утверждается Правительством Российской Федерации.

На федеральном уровне утверждается коэффициент относительной затратно-емкости (КЗ), который отражает отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке), и коэффициент дифференциации (КД), который отражает экономический уровень субъекта Российской Федерации.

На территориальном уровне устанавливаются поправочные коэффициенты (коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов).

Формирование КСГ в России осуществляется с учетом совокупности параметров, которые позволяют определить относительную затратно-емкость лечения пациентов. К числу классификационных критериев относятся диагноз, хирургическая операция и(или) другая применяемая медицинская технология, схема лекарственной терапии, возрастная категория и пол пациента, сопутствующий диагноз, оценка состояния пациента, длительность лечения и некоторые другие.

Аналогичные подходы для формирования тарифов на основе DRG применяются и в других странах.

С 1983 г. Medicare Part A (США) использует перспективную систему оплаты для возмещения расходов на стационарные услуги. Сумма, выплачиваемая за каждый случай госпитализации, представляет собой комплексный платеж, называемый оплатой по группам, связанным с диагнозом (DRG).

Сформировано около 750 групп DRG, которые охватывают все виды заболеваний с учетом установленных диагнозов. Расчет платежа является сложным процессом и отражает стоимость реальных услуг, а также возраст и пол пациента. Размер оплаты для одного и того же DRG варьируется в зависимости от уровня заработной платы в регионе, местоположения больницы (городская или сельская местность), статуса медицинского учреждения, доли обслуживаемых пациентов с низкими доходами.

Финансовые риски несут больницы, так как получают фиксированную сумму за случай лечения, даже если фактические затраты оказались выше. Доплаты предусмотрены только для крайне дли-

тельных или дорогостоящих случаев лечения.

В Германии с 2000 г. проводится масштабная реформа способов финансирования стационарной помощи – переход на систему оплаты по клинико-статистическим группам (G-DRG)<sup>2</sup>. Изначально процесс перехода осуществлялся поэтапно и тщательно регулировался. За основу была взята австралийская система DRG, адаптированная к немецким условиям. Полный переход на единые федеральные тарифы завершился к 2010 г.

Стоимость каждого случая лечения определяется на основе сложного алгоритма, учитывающего диагноза, процедуры, возраст пациента и другие факторы. Каждой группе (G-DRG) присваивается весовой коэффициент, отражающий относительные затраты. Система покрывает большинство операционных расходов, но для некоторых дорогостоящих услуг и лекарств предусмотрены дополнительные выплаты. С 2020 г. расходы на сестринский персонал были выведены из тарифов DRG, они оплачиваются отдельно. Развитием системы и калькуляцией тарифов занимается независимый Институт InEK<sup>3</sup>, который собирает данные о затратах от больниц.

Немецкая модель G-DRG содержит около 1200 позиций и представляет собой хорошо структурированную и постоянно развивающуюся систему, сочетающую федеральное регулирование с элементами самоуправления и гибкости для особых случаев.

В Великобритании формирование тарифов осуществляется с учетом группы ресурсов здравоохранения (HRG). HRG (Healthcare Resource Groups) – это стандартные группы пациентов, используемые в системе оплаты по результатам (PbR). Они служат «валютой» для расчета оплаты медицинских услуг (стационарных, амбулаторных и неотложных) на основе ожидаемых затрат ресурсов. Группы формируются по клиническим признакам (диагнозы, процедуры) и обеспечивают справедливое и прозрачное возмещение затрат медицинским учреждениям<sup>4</sup>.

Анализ систем оплаты медицинской помощи на основе КСГ/DRG показывает наличие ряда проблем при их внедрении, которые можно разделить по следующим признакам:

- технические проблемы классификации и ценообразования DRG;
- проблемы реализации специфичные для каждой страны;
- экономические и финансовые проблемы;
- проблемы качества и доступности медицинской помощи.

<sup>2</sup> Germany: health system review 2020. Health Systems in Transition. Vol. 22, No. 6. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020> (дата обращения: 18.09.2025).

<sup>3</sup> Institute for the hospital remuneration system (InEK). URL: <https://mtrconsult.com/news/institute-hospital-remuneration-system-inek> (дата обращения: 05.09.2025).

<sup>4</sup> NHS, SUS+PbR reference manual, Healthcare Resource Groups. URL: <https://digital.nhs.uk/services/secondary-uses-service-sus/payment-by-results-guidance/sus-pbr-reference-manual/hrg-grouping> (дата обращения: 05.09.2025).

Каждый из выявленных признаков следует рассмотреть отдельно.

### **Технические проблемы классификации и ценообразования DRG**

Техническая реализация систем DRG требует сложных механизмов классификации пациентов и надежной инфраструктуры данных. Исследования, посвященные внедрению DRG в разных странах, выявляют наличие технических препятствий.

Самая фундаментальная техническая проблема заключается в разработке адекватных систем классификации пациентов, точно отражающих модели потребления ресурсов. Страны сталкиваются со значительными трудностями, связанными с недостаточным документированием диагнозов и процедур, неполными медицинскими картами и отсутствием первичных данных, необходимых для системы классификации случаев на этапе адаптации DRG. Сложность самой методологии DRG создает существенные препятствия, поскольку медицинским работникам бывает трудно понять и реализовать сложные требования к кодированию.

Качество данных становится критически важной проблемой, поскольку многие страны сталкиваются с проблемами неадекватного надзора и технической инфраструктуры [3]. Точность кодирования напрямую влияет на объективность тарифов, так как полное информирование о сопутствующих заболеваниях существенно влияет на тяжесть заболевания, что отражается на уровне финансирования больниц. Страны, внедряющие системы DRG, часто обнаруживают, что существующие у них системы медицинской информации недостаточны для поддержки подробных требований к данным, необходимых для точной классификации медицинской услуги и формирования ее стоимости.

Задача установления соответствующих относительных весов для различных категорий DRG оказывается особенно сложной. Исследования показывают значительную вариабельность соотношения цен на лекарственные препараты и медицинские изделия, включенные в тарифы DRG, что подчеркивает сложность достижения точного ценообразования на основе себестоимости [4]. Эта вариабельность указывает на фундаментальные проблемы в методологиях учета затрат, лежащих в основе формирования тарифов DRG.

### **Проблемы реализации, специфичные для каждой страны**

Сравнительный анализ различных систем здравоохранения выявляет существенные раз-

личия в подходах к внедрению DRG и связанные с этим проблемы.

Страны с разным уровнем экономического и социального развития демонстрируют различные возможности внедрения и адаптации систем DRG [5]. Развивающиеся страны сталкиваются с особыми трудностями в создании необходимой инфраструктуры и экспертных знаний для внедрения DRG. Опыт трех регионов ВОЗ (Западная часть Тихого океана, Юго-Восточная Азия и Ближний Восток) показывает, что большинство стран столкнулись с проблемами, связанными с неравенством и неэффективностью системы здравоохранения, а также с нехваткой финансирования в процессе адаптации DRG.

Важность тщательной адаптации к местным условиям становится очевидной при изучении международного опыта<sup>5</sup>. Страны, импортирующие системы классификации по категориям пациентов (DRG), сталкиваются с дополнительными сложностями в обеспечении адекватного отражения в системе классификации особенностей их пациентов и особенностей лечения. Например, внедрение систем DRG в Китае потребовало значительных изменений с учетом местных особенностей оказания медицинской помощи и экономических условий [6].

Региональные различия внутри стран также создают трудности при внедрении. Опыт Китая показывает: социально-экономические условия в разных регионах различаются, что делает создание национального стандарта оплаты трудоемким и сложным [7]. Аналогичным образом опыт Чешской Республики показывает, что текущая реализация DRG может стать очень похожей на традиционную фиксированную ставку, не давая ожидаемого положительного эффекта от механизмов DRG [8].

### **Экономические и финансовые проблемы**

Экономический анализ внедрения DRG выявляет существенные проблемы с финансовой устойчивостью и трудности контроля расходов в различных системах здравоохранения [9].

Одной из наиболее серьезных экономических проблем является рост расходов, связанных с лечением тяжелых заболеваний и оказанием специализированной помощи в рамках систем оплаты DRG [3]. Это создает финансовую нагрузку на больницы, обслуживающие сложные случаи, что может привести к проблемам с доступностью для пациентов, нуждающихся в интенсивной терапии. Финансовые риски, присутствующие при использовании системы DRG, могут создавать серьезные проблемы для поставщиков

<sup>5</sup> Диссертация «Финансирование больниц в Венгрии на основе системы DRG: цели и их реализация после смены режима». URL: <https://edit.elte.hu/xmlui/handle/10831/68946> (дата обращения: 04.09.2025).

медицинских услуг, особенно когда финансовый риск неравномерно распределяется между всеми DRG и пациентами [10].

Сдерживание расходов, будучи основной целью систем DRG, создает парадоксальные проблемы. Хотя внедрение DRG может привести к экономии бюджета больницы примерно на 5% и повышению эффективности лечения, оно также может привести к увеличению расходов при оказании определенных категорий медицинской помощи [11]. Исследования показывают, что механизмы возмещения расходов на основе DRG часто приводят к перенаправлению пациентов в другие учреждения, тем самым перекладывая расходы на другие секторы, а не к реальному снижению затрат.

Сложность установления соответствующих уровней тарифов создает постоянные финансовые проблемы. Системы здравоохранения должны находить баланс между финансовой устойчивостью поставщиков услуг и целями контроля затрат, что часто приводит к установлению тарифов, которые могут быть неадекватными для определенных видов медицинской помощи [12]. Анализ способа учета в тарифах применения отдельных медицинских изделий (лекарственных препаратов) показывает, что некоторые дорогостоящие вмешательства значительно превышают ставки возмещения DRG, что создает проблемы с финансовой устойчивостью поставщиков услуг [10].

### **Проблемы качества и доступности медицинской помощи**

Исследования, посвященные изучению влияния систем DRG на качество и доступность медицинской помощи, выявляют как положительные, так и отрицательные последствия в различных условиях функционирования здравоохранения.

Внедрение системы классификации по категориям (DRG) приводит к ряду негативных последствий, которые напрямую влияют на качество и доступность медицинской помощи. Наиболее часто документируемые проблемы включают сокращение продолжительности пребывания пациентов в стационаре, раннюю выписку пациентов, снижение числа госпитализаций, увеличение числа повторных госпитализаций и сокращение объема услуг. Эти тенденции свидетельствуют о том, что финансовые стимулы, присущие системам DRG, могут негативно сказаться на принятии клинических решений и качестве медицинской помощи, оказываемой пациентам [13].

Система создает финансовые стимулы для более ранней выписки пациентов из больницы, что иногда противоречит приоритетам клинической пользы [14]. Такое несоответствие между финансовыми и клиническими целями

представляет собой фундаментальную проблему при формировании тарифов DRG, поскольку структура оплаты может не полностью учитывать весь спектр потребностей пациентов в медицинской помощи [15].

Проблемы с доступностью особенно остро ощущаются при оказании сложной и специализированной медицинской помощи. Системы DRG могут создавать препятствия для лечения пациентов, требующих значительных ресурсов, поскольку поставщики услуг могут неохотно лечить пациентов, расходы на которые превышают стандартный уровень возмещения. Концентрация помощи определенным группам пациентов в конкретных больницах может усугубить эти проблемы, особенно затрагивая уязвимые группы [16].

Измерение и мониторинг качества в системах DRG становятся более сложными, поскольку поставщики услуг могут применять различные поведенческие адаптации, влияющие на модели предоставления медицинской помощи. Исследования документируют изменения в поведении врачей, включая потенциальное повышение кодирования, выбор пациентов и модификацию услуг в ответ на стимулирование оплаты в рамках DRG.

### **Обсуждение**

Сравнительные исследования в разных странах выявили значительные различия в структуре системы DRG, подходах к ее внедрению и результатах.

Международный опыт демонстрирует существенное разнообразие характеристик и эффективности систем DRG. Страны разработали различные подходы к устранению присущих базовым системам DRG ограничений, включая использование дополнительных механизмов оплаты за высоковариабельную, специализированную и малообъемную помощь [17]. Эти дополнительные механизмы включают выплаты за отдельные услуги, дополнительные сборы за определенные услуги и альтернативные модели оплаты для определенных видов медицинской помощи.

Эволюция систем DRG развивается по-разному в разных странах. Хотя США стали пионерами этого подхода, используя программу Medicare, другие страны разработали собственные варианты, например австралийскую систему AR-DRG и различные европейские адаптации. Каждая система отражает различные приоритеты здравоохранения, экономические условия и административные возможности [18].

Сравнительный анализ показывает, что ни одна система DRG не обеспечивает оптимального решения всех задач финансирования здравоохра-

нения. Странам приходится искать компромиссы между различными целями, такими как контроль затрат и поддержание качества, административная простота и клиническая точность, а также автономность поставщиков и системный контроль [14]. Успех внедрения DRG, по-видимому, во многом зависит от более широкого контекста системы здравоохранения и конкретных решений, принятых в ходе внедрения [19].

Анализ практики установления тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, проведенный Счетной палатой РФ<sup>6</sup>, выявил отдельные недостатки нормативно-правового и методологического обеспечения формирования тарифов при оплате по КСГ в Российской Федерации. В результате отмечается наличие случаев формирования тарифов, размер которых либо превышает затраты на оказание медицинской помощи, либо не покрывает их. Указывается, что методика формирования групп КСГ, используемая при оплате специализированной медицинской помощи, и расчета коэффициента затратоемкости отсутствует, а при определении групп КСГ не используются стандарты медицинской помощи, что снижает прозрачность и обоснованность формирования тарифов на специализированную медицинскую помощь.

### **Перспективы внедрения DRG в различных системах здравоохранения**

Анализ успешного внедрения DRG и усилий по реформированию дает представление об эффективных стратегиях решения общих проблем.

Успешное внедрение DRG требует комплексной подготовки и постоянного совершенствования системы. Первоначальная пилотная апробация систем DRG, а также тщательная адаптация к местным условиям становятся критически важным фактором успеха, особенно при импорте систем DRG из других стран. Страны, добившиеся лучших результатов, как правило, вкладывали значительные средства в развитие инфраструктуры данных, обучение поставщиков услуг и постепенное внедрение.

В нескольких странах были разработаны инновационные подходы к устранению ограничений, связанных с DRG. Разработка альтернативных систем, таких как Big Data Diagnosis & Intervention Packet (BD-DIP) [20], демонстрирует стремление к совершенствованию традиционных подходов DRG за счет создания более однородных групп использования ресурсов и лучшего соответствия реальным схемам лечения. Такие инновации свидетельствуют о необходимости постоянной эволюции и совершенствования системы для до-

стижения оптимальной эффективности.

Регулярные обновления и корректировки системы имеют решающее значение для поддержания эффективности системы DRG. Страны, которые не обновляют свои системы регулярно с учетом анализа затрат и изменений в клинической практике, со временем сталкиваются с ухудшением эффективности. Необходимость постоянных инвестиций в поддержание и совершенствование системы представляет собой значительную долгосрочную задачу для систем здравоохранения, внедряющих оплату на основе DRG.

Программы обучения и образования для медицинских работников имеют решающее значение для успешного внедрения. Страны, инвестирующие в комплексное обучение по кодированию DRG, повышающие требования к документации и достижению целей системы, добиваются более высокого уровня соответствия требованиям и лучших результатов [21]. Сложность систем DRG требует постоянных образовательных усилий для обеспечения их надлежащего использования.

Результаты исследования также свидетельствуют о значительных различиях в методологиях оценки и показателях эффективности деятельности, что затрудняет прямое сравнение различных систем здравоохранения. Кроме того, в ряде исследований изучается внедрение DRG в переходные периоды, что может неточно отражать эффективность системы в стабильном состоянии.

### **Заключение**

Последствия проблем, связанных с внедрением DRG, выходят за рамки технических вопросов финансирования здравоохранения и касаются более широких вопросов проектирования и функционирования системы здравоохранения. Данные свидетельствуют о том, что успешное внедрение DRG требует значительных инвестиций в инфраструктуру, обучение и постоянное обслуживание системы, которые могут превзойти первоначальные ожидания.

Для политиков, рассматривающих внедрение DRG, имеющиеся данные указывают на необходимость постановки реалистичных сроков и выделения соответствующих объемов ресурсов. Опыт таких стран, как Китай, который начал внедрение DRG в 2011 г. и продолжает сталкиваться с трудностями, показывает, что внедрение DRG – это долгосрочный процесс, требующий постоянной приверженности достижения цели.

<sup>6</sup> Счетная палата РФ предложила изменить подход к тарифообразованию в системе ОМС. URL: <https://ach.gov.ru/checks/39335?highlight-search-result=%D0%98%D0%97%D0%9E%D0%A2%D0%9E%D0%92&highlight-search-result=%D0%98%D0%97%D0%9E%D0%A2> (дата обращения: 28.08.2025).

Финансовые последствия особенно значительны для систем здравоохранения с ограниченными ресурсами. Необходимость в сложных системах данных, обширных программах обучения и постоянном совершенствовании систем может обременить бюджеты здравоохранения, особенно в развивающихся странах. Однако потенциальные преимущества повышения эффективности и контроля затрат могут со временем оправдать эти инвестиции.

Данные также свидетельствуют о том, что системы DRG наиболее эффективны в рамках более широких реформ здравоохранения, а не изолированных изменений в системе оплаты. Страны, которые интегрируют внедрение DRG с более широкими инициативами по повышению качества, наращиванию потенциала поставщиков услуг и укреплению систем здравоохранения, добиваются лучших результатов.

### Список литературы

1. Авксентьева М.В., Салахутдинова С.К. Клинико-статистические группы (КСГ) как новый метод оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи в Российской Федерации. *Лекарственный вестник*. 2016;10(2):31-36. EDN: WZUBPB.
2. Verulava T., Jorbenadze R. The Impact of DRG-Based Payment Reform on the Efficiency of Medical Care for Patients with Myocardial Infarction: Evidence from Georgia. *Hospital Topics*. 2024;1-6. <https://doi.org/10.1080/00185868.2024.2433243>
3. Barouni M., Ahmadian L., Mohsenbeigi H.S., Elham. Challenges and Adverse Outcomes of Implementing Reimbursement Mechanisms Based on the Diagnosis-Related Group Classification System: A systematic review. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2020;20:e260-270. <https://doi.org/10.18295/squmj.2020.20.03.004>
4. Trippoli S., Messori A., Borselli M. et al. Relationship Between Price and Diagnosis-Related Group Tariff for Medical Devices Assessed by a Regional Health Technology Assessment Committee. *Cureus*. 2022;14(3):e23092. <https://doi.org/10.7759/cureus.23092>
5. Mehmood A., Ahmed Z., Ghailan K. et al. Implementation of Healthcare Financing Based on Diagnosis-related Group in Three WHO Regions; Western Pacific, South East Asia and Eastern Mediterranean: A Systematic Review. *Journal of Health Management*. 2023;25(3):404-413. <https://doi.org/10.1177/09720634231168250>
6. Zhang J., Liu J., Qu L., Duan Z. How does the dual policy-the C-DRG-based reimbursement system and subsidy policy for appropriate Traditional Chinese Medicine (TCM) techniques-influence physicians' choice of disease treatment methods in TCM hospitals? *Health Economics Review*. 2025;15(1):48. <https://doi.org/10.1186/s13561-025-00643-6>
7. Zhao C., Wang C., Shen C., Wang Q. Diagnosis-related group (DRG)-based case-mix funding system, a promising alternative for fee for service payment in China. *BioScience Trends*. 2018;12(2):109-115. <https://doi.org/10.5582/BST.2017.01289>
8. Kotherová Z., Caithamlová M., Nemeč J., Dolejšová K. The Use of Diagnosis-Related Group-Based Reimbursement in the Czech Hospital Care System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(10):5463. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105463>
9. Agri F., Möller W., Deslarzes P. et al. Cost Analysis of Outpatient Colectomy in a Tertiary Center: A Projected Medico-Economic Evaluation. *Health Services Insights*. 2024;17:11786329241284400. <https://doi.org/10.1177/11786329241284400>
10. Lüthi H.J., Widmer P.K. DRG system design: A financial risk perspective. *Operations Research for Health Care*. 2017;13:28-36. <https://doi.org/10.1016/j.orhc.2017.03.002>
11. Xie X., Cui T., Ying X. et al. Development of a novel hospital payment system – Big data diagnosis & intervention Packet. *Health Policy OPEN*. 2022;3:100066. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2022.100066>
12. LoPresti M., Igarashi A. Value-based reimbursement under the inpatient prospective payment system in Japan: a review of Japan's diagnosis procedure combination/per-diem payment system. *Journal of Medical Economics*. 2024;27(1):1515-1529. <https://doi.org/10.1080/13696998.2024.2427502>
13. Ryan S.P., Plate J.F., Goltz D.E. et al. Should Medical Severity-Diagnosis Related Group Classification Be Utilized for Reimbursement? An Analysis of Elixhauser Comorbidities and Cost of Care. *The Journal of Arthroplasty*. 2019;34(7):1312-1316. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2019.02.045>

14. Mihailovic N., Kocic S., Jakovljevic M. Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*. 2016;3:2333392816647892. <https://doi.org/10.1177/2333392816647892>
15. Железнякова И.А., Волкова О.А., Румянцева Е.И. и др. Методология формирования модели клинко-статистических групп заболеваний для случаев оказания медицинской помощи с применением методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2024;17(2):137-151. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2024.241>
16. Chang W.F., Yan X.Y., Ling H., Liu T., Luo A.J. A study of the types and manifestations of physicians' unintended behaviors in the DRG payment system. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1141981. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1141981>
17. Quentin W., Stephani V., Berenson R.A. et al. How Denmark, England, Estonia, France, Germany, and the USA Pay for Variable, Specialized and Low Volume Care: A Cross-country Comparison of In-patient Payment Systems. *International Journal of Health Policy and Management*. 2022;11(8):1377-1388. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6536>
18. Авксентьева М.В., Петровский А.В., Железнякова И.А. и др. Развитие клинко-статистических групп для оплаты диагностики и лечения злокачественных новообразований в Российской Федерации. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2021;43(3):12-20. <https://doi.org/10.17116/medtech20214303112>
19. Asadi F., Sabahi A., Ramezanghorbani N., Emami H. Challenges of implementing diagnostic-related groups and healthcare promotion in Iran: A strategic applied research. *Health Science Reports*. 2023;6(2):e1115. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1115>
20. Batko K., Ślęzak A. The use of Big Data Analytics in healthcare. *Journal of Big Data*. 2022;9(1):3. <https://doi.org/10.1186/s40537-021-00553-4>
21. Gay S.E., Line K.W., Collar A., Reynaldo G. Inpatient Coding System and Opportunities for Documentation Optimization: An Interactive Session for Internal Medicine Residents. *MedEdPORTAL*. 2022;18:11219. [https://doi.org/10.15766/mep\\_2374-8265.11219](https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11219) Доступно по ссылке: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35309253/>

## References

1. Avksentyeva M.V., Salakhutdinova S.K. Clinical and statistical groups (CSG) as a new method of payment for inpatient and inpatient-replacing care in the Russian Federation. *Drug Bulletin*. 2016;10(2):31-36. EDN: WZUBPB. (In Russ.)
2. Verulava T., Jorbenadze R. The Impact of DRG-Based Payment Reform on the Efficiency of Medical Care for Patients with Myocardial Infarction: Evidence from Georgia. *Hospital Topics*. 2024:1-6. <https://doi.org/10.1080/00185868.2024.2433243>
3. Barouni M., Ahmadian L., Mohsenbeigi H.S., Elham. Challenges and Adverse Outcomes of Implementing Reimbursement Mechanisms Based on the Diagnosis-Related Group Classification System: A systematic review. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2020;20:e260-270. <https://doi.org/10.18295/squmj.2020.20.03.004>
4. Trippoli S., Messori A., Borselli M. et al. Relationship Between Price and Diagnosis-Related Group Tariff for Medical Devices Assessed by a Regional Health Technology Assessment Committee. *Cureus*. 2022;14(3):e23092. <https://doi.org/10.7759/cureus.23092>
5. Mehmood A., Ahmed Z., Ghailan K. et al. Implementation of Healthcare Financing Based on Diagnosis-related Group in Three WHO Regions; Western Pacific, South East Asia and Eastern Mediterranean: A Systematic Review. *Journal of Health Management*. 2023;25(3):404-413. <https://doi.org/10.1177/09720634231168250>
6. Zhang J., Liu J., Qu L., Duan Z. How does the dual policy-the C-DRG-based reimbursement system and subsidy policy for appropriate Traditional Chinese Medicine (TCM) techniques-influence physicians' choice of disease treatment methods in TCM hospitals? *Health Economics Review*. 2025;15(1):48. <https://doi.org/10.1186/s13561-025-00643-6>

7. Zhao C., Wang C., Shen C., Wang Q. Diagnosis-related group (DRG)-based case-mix funding system, a promising alternative for fee for service payment in China. *BioScience Trends*. 2018;12(2):109-115. <https://doi.org/10.5582/BST.2017.01289>
8. Kotherová Z., Caithamlová M., Nemeč J., Dolejšová K. The Use of Diagnosis-Related Group-Based Reimbursement in the Czech Hospital Care System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(10):5463. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105463>
9. Agri F., Möller W., Deslarzes P. et al. Cost Analysis of Outpatient Colectomy in a Tertiary Center: A Projected Medico-Economic Evaluation. *Health Services Insights*. 2024;17:11786329241284400. <https://doi.org/10.1177/11786329241284400>
10. Lüthi H.J., Widmer P.K. DRG system design: A financial risk perspective. *Operations Research for Health Care*. 2017;13:28-36. <https://doi.org/10.1016/j.orhc.2017.03.002>
11. Xie X., Cui T., Ying X. et al. Development of a novel hospital payment system – Big data diagnosis & intervention Packet. *Health Policy OPEN*. 2022;3:100066. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2022.100066>
12. LoPresti M., Igarashi A. Value-based reimbursement under the inpatient prospective payment system in Japan: a review of Japan's diagnosis procedure combination/per-diem payment system. *Journal of Medical Economics*. 2024;27(1):1515-1529. <https://doi.org/10.1080/13696998.2024.2427502>
13. Ryan S.P., Plate J.F., Goltz D.E. et al. Should Medical Severity-Diagnosis Related Group Classification Be Utilized for Reimbursement? An Analysis of Elixhauser Comorbidities and Cost of Care. *The Journal of Arthroplasty*. 2019;34(7):1312-1316. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2019.02.045>
14. Mihailovic N., Kocic S., Jakovljevic M. Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*. 2016;3:2333392816647892. <https://doi.org/10.1177/2333392816647892>
15. Zheleznyakova I.A., Volkova O.A., Rummyantseva E.I. et al. Methodology of forming a model of diagnosis-related groups for cases of medical care using surgery performed by laparoscopic access. *Farmakoekonomika. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology*. 2024;17(2):137-151. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2024.241>
16. Chang W.F., Yan X.Y., Ling H., Liu T., Luo A.J. A study of the types and manifestations of physicians' unintended behaviors in the DRG payment system. *Frontiers in Public Health*. 2023;11:1141981. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1141981>
17. Quentin W., Stephani V., Berenson R.A. et al. How Denmark, England, Estonia, France, Germany, and the USA Pay for Variable, Specialized and Low Volume Care: A Cross-country Comparison of In-patient Payment Systems. *International Journal of Health Policy and Management*. 2022;11(8):1377-1388. <https://doi.org/10.54172/ijhpm.2022.6536>
18. Avksentyeva M.V., Petrovsky A.V., Zheleznyakova I.A. et al. Development of diagnosis-related groups for malignant neoplasms diagnostics and treatment in the Russian Federation. *Medical Technologies. Assessment and Choice*. 2021;43(3):12-20. <https://doi.org/10.17116/medtech20214303112>
19. Asadi F., Sabahi A., Ramezanghorbani N., Emami H. Challenges of implementing diagnostic-related groups and healthcare promotion in Iran: a strategic applied research. *Health Science Reports*. 2023;6(2):e1115. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1115>
20. Batko K., Ślęzak A. The use of Big Data Analytics in healthcare. *Journal of Big Data*. 2022;9(1):3. <https://doi.org/10.1186/s40537-021-00553-4>
21. Gay S.E., Line K.W., Collar A., Reynaldo G. Inpatient Coding System and Opportunities for Documentation Optimization: An Interactive Session for Internal Medicine Residents. *MedEdPORTAL*. 2022;18:11219. [https://doi.org/10.15766/mep\\_2374-8265.11219](https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11219)

## Информация о статье

**Конфликт интересов:** автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование:** данная статья подготовлена автором в рамках НИР «Разработка методологических подходов ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ) в городе Москве» (№ по ЕГИСУ: № 123032100062-6)

## Сведения об авторе

**Бударин Сергей Сергеевич** – д-р экон. наук, ведущий научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <http://orcid.org/0000-0003-2757-5333>

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

## Для корреспонденции

Бударин Сергей Сергеевич  
[sbudarin@yandex.ru](mailto:sbudarin@yandex.ru)

Статья поступила 22.10.2025  
Принята к печати 24.02.2026  
Опубликована 30.03.2026

## Article info

**Conflict of interest:** the author declares that there is no conflict of interest.

**Funding:** This article was prepared by the author as part of the research project “Development of methodological approaches for value-based healthcare (VBH) in the city of Moscow” (No. in EGIS: No. 123032100062-6)

## About the author

**Sergey S. Budarin** – Dr. Sci. in Economics, Leading Researcher, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <http://orcid.org/0000-0003-2757-5333>

The author read and approved the final version of the manuscript.

## Corresponding author

Sergey S. Budarin  
[sbudarin@yandex.ru](mailto:sbudarin@yandex.ru)

Received 22.10.2025  
Accepted for publication 24.02.2026  
Published 30.03.2026