

10. O'Brien B. Principles of economic evaluation for health care programs // J.Rheumatol. - 1995. - Vol.22, N7. - P.1399-1402.

11. Guyatt G.H. A taxonomy of health status instruments // J. Rheumatol. - 1995. - Vol.22, N6. - P. 1188-1190.

12. Kobelt G. Методы фармакоэкономического анализа: полезность затрат // Клини. фарм. и тер., - 1999. - Vol.3 -P. 60- 64.

13. Kobelt G. Методы фармакоэкономического анализа: полезность затрат // Клини. фарм. и тер., - 1999. - Vol.3 -P. 60- 64.

14. Бутиевская В.Б., Тургель И.Д. Методика анализа эффективности затрат в рамках программы социально-экономического развития здравоохранения региона. <http://chinovnik.uapa.ru/modern/article.php=586>

УДК 614.2+616-036.8-026.87

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАТРАТ НА СТАЦИОНАРНУЮ ПОМОЩЬ НА ПРИМЕРЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ В КРУГЛОСУТОЧНОМ СТАЦИОНАРЕ

А.Б. Абдрахманов, А.С. Айкешева, А.К. Альмадиева, Г.Т. Корабаева, Ш.К. Каюпова, Ю.С. Сидоркина, Ж.А. Ергалиева

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, г. Астана

Резюме

Публикация посвящена проблеме эффективности затрат в стационаре. Для проведения оценки эффективности предлагается использование метода «затраты - результативность». В качестве результатов деятельности медицинских организаций рассматривается показатель летальности в стационарах (коэффициент летальности).

Түйіндеме

ТӘУЛІК БОЙЫ СТАЦИОНАРДА, ҚАНША ӨЛІМ БОЛАТЫН ТУРАЛЫ МЫСАЛЫ, СТАЦИОНАРЛЫҚ КӨМЕКТИҢ ҚАНШАЛЫҚТЫ КӨРСЕТІЛГЕННІҢ ТИІМДІ БАҒАЛАНУЫ

Мақала стационардағы шығындарды тиімді пайдалану мәселесіне арналған. Шығындарды тиімді бағалау үшін мақалада «шығындар-нәтижелілік» әдістемесін қолдану ұсынылады. Стационарлық қызмет көрсететін ауруханалардың жұмысының нәтижесі ретінде ауруханадағы өлім көрсеткіші қарастырылады.

Summary

ASSESSMENT OF COST-EFFECTIVENESS OF INPATIENT MORTALITY FOR EXAMPLE, ROUND THE HOSPITAL

The article deals with the problem of cost-effectiveness analysis in inpatient care. "Cost-effectiveness analysis" proposed to carry out the effectiveness analysis in inpatient care. The rate of hospital mortality is considered as a result of the activities of the hospitals.

Актуальность - на современном этапе развития общества перед казахстанским здравоохранением остро стоит проблема эффективного распределения доступных ресурсов для повышения доступности и качества медицинской помощи. Решение этой проблемы требует использования в практике управления методов сравнительной оценки возможных вариантов распределения ресурсов. Обоснование выбора наилучшего варианта сопряжено с учетом экономических, технологических, социальных, политических и других факторов.

Для нашей страны характерной особенностью финансирования отрасли здравоохранения является непрерывный рост ассигнований с преимуществом финансирования стационарной помощи, на протяжении долгих лет начиная со времен существования Советского союза. При этом приоритетным направлением, как и во всем мире, является профилактика хронических неинфекционных заболеваний, улучшение состояния здоровья популяции.

Актуальность разработки методов оценки эффективности бюджетных расходов (особенно на региональном уровне) обусловлена необходимостью соответствия результатов деятельности медицинских учреждений реальным условиям их финансирования. В связи с этим основной целью данной работы выступает анализ возможностей и результатов использования методов оценки эффективности затрат в здравоохранении по данным базы АИС «Стационар» КОМУ МЗ РК за 2010г. и ТОО «МедИнформ» за 2009г.

Цель – оценка эффективности затрат на стационарную помощь на примере летальных исходов.

Материалы и методы исследования – в качестве методологической базы оценки экономической эффективности затрат в стационаре, в данной работе используются такие показатели как средняя стоимость одного койко-дня и коэффициент летальности. Для расчета этих показателей, была использована база данных АИС «Стационар» по пролеченным случаям в стационаре, ежегодно обновляемая Республиканским информационно-аналитическим центром МЗ РК и его филиалами.

Результаты – Применение экономического анализа по методу «затраты - результативность» для оценки эффективности использования затрат в стационарах позволило установить связь между объемом финансирования и результатом деятельности стационара, выраженных летальными исходами а также установить классы болезней и регионы где наблюдались как высокие затраты, так и высокие показатели летальности. Анализ, проведенный в разрезе регионов республики, позволяет оценить деятельность медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь как неэффективную в г. Алматы. Анализ, проведенный по всем группам заболеваний в городах Алматы и Астана показал, что при больших затратах по сравнению с другими регионами в г. Алматы наблюдается самый высокий показатель летальности, тогда как в г. Астана отмечается один из самых низких показателей летальности по республике по всем классам болезней.

Выводы – для эффективного управления затратами в здравоохранении рекомендуется применение экономического анализа по методу «затраты – результативность». Методика «затраты – результативность» для

оценки эффективности расходов на здравоохранение на региональном уровне, может с успехом использоваться в целях разработки бюджета, ориентированного на результат, на нескольких этапах бюджетного процесса.

Введение. Экономические вопросы в здравоохранении являются чрезвычайно актуальными в настоящее время. Это связано с необходимостью обоснования объема адекватных инвестиций и попыткой оценить вероятный экономический эффект от затрат на сохранение здоровья [1]. При этом здравоохранение является ресурсосберегающей отраслью, именно поэтому в индустриально развитых странах расходы на него составляют значительную долю от внутреннего валового продукта и зачастую превышают расходы на многие другие отрасли народного хозяйства, а инвестирование в здоровье населения, с целью сохранения трудового потенциала, является одной из наиболее приоритетных задач.

На современном этапе развития общества перед казахстанским здравоохранением остро стоит проблема эффективного распределения доступных ресурсов для повышения доступности и качества медицинской помощи. Решение этой проблемы требует использования в практике управления методов сравнительной оценки возможных вариантов распределения ресурсов. Обоснование выбора наилучшего варианта сопряжено с учетом экономических, технологических, социальных, политических и других факторов.

В последние годы происходят заметные изменения в бюджетном процессе, направленные на повышение его эффективности. Но растущая открытость бюджетного процесса во многом остается таковой лишь для непосредственных участников самого процесса принятия бюджета. Между тем все большая часть населения осознает, что может являться активным участником распределения общественных ресурсов. Усиливается актуальность реформирования самой процедуры разработки бюджета с целью достижения вынужденных и близких общественным интересам результатов.

Осознание необходимости соизмерения полученных и запланированных результатов в первую очередь порождает вопрос о разработке системы индикаторов, отражающих приоритетные направления в расходовании бюджетных средств в сфере здравоохранения. Применяемый ранее подход к оценке эффективности деятельности здравоохранения с использованием только конечных социально-демографических показателей (показатели смертности, ожидаемой продолжительности жизни и т.п.) и таких критериев, как размер коечного фонда, и т.д., в новых условиях финансирования отрасли является непригодным. Сегодня одним из наиболее эффективных путей решения этой задачи является экономический анализ, предусматривающий сопоставление финансовых затрат на охрану и укрепление здоровья населения с уровнем социально-экономических потерь общества от заболеваемости и смертности [2]. Речь идет о сопоставлении затрат на деятельность служб здравоохранения и других социальных служб определенной территории по профилактике, лечению и реабилитации отдельных болезней с экономическим либо социальным эффектом от этой деятельности, заключающимся в снижении заболеваемости и смертности населения и их последствий (повышенная временная и стойкая нетрудоспособность, неоправданная инвалидность и преждевременная смертность). В результате использования методов экономического анализа удастся выявить те классы болезней и отдельные заболевания, которые обуславливают наибольший социально-экономический ущерб, что дает обоснованную

информацию для принятия решений о более эффективном распределении ресурсов.

Принципы проведения анализа эффективности

Основными этапами анализа эффективности являются:

- сбор информации о затратах из государственных источников на лечение больного в круглосуточном стационаре за определенный период времени (как правило, один год);
- расчет показателя летальности в стационарах, характеризующих качество оказания медицинской помощи;
- проведение собственно анализа эффективности, заключающегося в сопоставлении затрат с показателем летальности в стационарах;
- интерпретация полученных результатов и разработка рекомендаций по эффективному управлению затратами в стационарах в разрезе регионов.

Применение метода «затраты - результативность»

Для проведения экономического анализа по методу «затраты – результативность» нами предлагается использовать в качестве своеобразной системы координат две оси: «коэффициент летальности» в % и «затраты» в тг. выраженные в стоимости одного койко-дня. Точка пересечения этих двух осей определяется либо как среднеарифметическое значение для однородных показателей. Такая система координат образует четыре квадранта, значения индекса «затраты – результативность» в каждом из которых расцениваются по-разному – соответственно возможны 4 варианта его интерпретации (см. табл. 1):

1) высокие затраты при высокой летальности характеризуют ситуацию как неэффективное использование ресурсов;

2) низкие затраты при высокой летальности – как ситуацию с нехваткой ресурсов, требующей дополнительного финансирования;

3) высокие затраты при относительно низкой летальности в стационаре должны оцениваться как избыток ресурсов. При этом возможно перераспределение ресурсов внутри стационара на лечение других классов болезней;

4) и наконец, низкие затраты при низкой летальности характеризуют ситуацию как реально эффективную.

При рассмотрении летальности в стационаре вследствие болезней данный подход применим лишь частично, поскольку различные заболевания имеют неодинаковые тяжести. Например, заболевания связанные с психическими расстройствами, неврологические болезни характеризуются более высоким уровнем тяжести.

Разумеется, результаты деятельности стационара состоят не только в оценке предотвращенного летального исхода, но и в качестве сохраненных лет жизни. Соответственно предлагаемый метод оценки эффективности затрат на стационарную помощь не претендует на комплексность. Такие оценки должны использоваться в качестве индикаторов наличия проблем, требующих более детального анализа. Основное их преимущество и основная польза состоят в акцентировании внимания управленческих структур на тех проблемных зонах, которые в первую очередь требуют тщательного анализа.

Результаты

Анализ по классам болезней

Анализ по таблице «затраты – результативность» показало, что затраты не эффективны при лечении «болезней системы кровообращения», «отдельные состояния возникшие в перинатальном периоде», «новообразования», «врожденные аномалии» (табл.2).

Таблица 1 – Варианты интерпретации метода «затраты – результативность»

		Затраты (стоимость одного койко-дня)	
		Высокие	Низкие
Летальность	Высокие	1. Затраты неэффективны	2. Нехватка ресурсов – дополн. финансирование
	Низкие	3. Избыток ресурсов – Перераспределение ресурсов: - другие виды заболеваний	4. Реальная эффективность

Таблица 2 – Эффективность затрат по классам заболеваний в 2010 г.

		Затраты (стоимость одного койко-дня)	
		Высокие	Низкие
Летальность	Высокие	1. Болезни системы кровообращения 2. Отдельные состояния 3. Новообразования 4. Врожденные аномалии	1. Травмы и отравления 2. Болезни органов пищеварения
	Низкие	1. Болезни глаза 2. Болезни крови	1. Болезни кожи 2. Болезни органов дыхания 3. Болезни эндокринной системы 4. Симптомы, признаки и отклонения от нормы 5. Болезни МПС 6. Факторы, влияющие на состояние здоровья 7. Болезни КМС 8. Болезни уха 9. Беременность, роды

В вышеперечисленных классах болезней как средняя стоимость одного койко-дня, так и показатель летальности были выше их средних республиканских значений. Так, если средняя стоимость одного койко-дня в этих группах в среднем составили 10 266,5 тг. (что на 71,8% выше среднего республиканского значения), то показатель летальности составили в среднем 3,8% (что на 277,1% выше среднего республиканского значения) (табл. 3). При этом наиболее неэффективное использование затрат отмечается в классе болезней врожден-

ные аномалии. По данному классу болезней средняя стоимость одного койко-дня в среднем составили 12 924,9 тг., что на 116,3% выше среднего республиканского значения. Показатель летальности составили 5,5%, что на 441,8% выше среднего республиканского значения. В этих классах следует принимать меры, как по рациональному использованию финансовых средств, так и по устранению факторов, приводящих к летальному исходу.

Таблица 3 – Эффективность затрат по классам болезней в 2010 г.

МКБ-10	Наименование класса	Средняя стоимость одного койко-дня, в тг.	Летальность
I00-I99	Болезни системы кровообращения	7 675,1	2,86
P00-P99	Отдельные состояния	8 172,4	5,48
C00-D49	Новообразования	12 293,8	1,52
Q00-Q99	Врожденные аномалии	12 924,9	5,53
	Итого/среднее по 4 классам	10 266,5	3,85
A00-Z99	Итого/среднее по 21 классам	5 976,1	1,02
	Разница между средними, в %	+ 71,8 %	+ 277,1%

Источник: АИС «Стационар» КОМУ, 2010 г.

В классах «болезни глаза» (6103,1тг./0,01%) и «болезни крови» (6662,5тг./0,53%), где отмечается избыток ресурсов, следует изменять подходы к лечению: требуется удешевление медицинской помощи за счет применения мер первичной профилактики. Недостаток ресурсов отмечается в классах заболеваний «травмы и отравления» (5599,2тг./1,73%), «болезни органов пищеварения» (5735,5тг./1,11%). Здесь следует наращивать инвестиции, прежде всего в дорогостоящее диагностическое и лечебное оборудование.

И наконец, низкие затраты при низких показателях общей летальности наблюдались в классах болезней «болезни кожи», «болезни органов дыхания», «болезни эндокринной системы» «симптомы, признаки и отклонения от нормы», «болезни МПС», «факторы, влияющие на состояние здоровья», «болезни КМС», «болезни уха» и «беременность, роды». В данных классах болезней как средняя стоимость одного койко-дня, так и показатель

летальности были ниже их средних республиканских значений.

Анализ в разрезе регионов РК

Анализ, проведенный в разрезе регионов республики (табл. 5), позволяет оценить деятельность медицинских организаций оказывающих стационарную помощь как неэффективную в Актыобинской области и в г. Алматы. В этих регионах как средняя стоимость одного койко-дня, так и показатель летальности были выше их средних республиканских значений. Так, если средняя стоимость одного койко-дня в этих регионах в среднем составили 7 207,9 тг. (что на 20,6% выше среднего республиканского значения), то показатель летальности составили в среднем 1,40% (что на 37,2% выше среднего республиканского значения) (табл. 6). При этом необходимо отметить что наиболее неэффективное использование затрат отмечается в г. Алматы. Средняя стоимость одного койко-дня составили 8 292,9 тг., что на 38,8% выше среднего республиканского значения.

Показатель летальности составили 1,71%, что на 67,7% выше среднего республиканского значения. Низкие значения как средней стоимости одного койко-дня так и показателя летальности в Актюбинской области по

сравнению с г. Алматы характеризуют ситуацию, как реально приближающуюся к эффективной (см. табл. 6). Избыток ресурсов отмечается в городе Астана (13 318,2тг./0,71%).

Таблица 5 – Эффективность затрат в разрезе регионов в 2010 г.

Летальность	Затраты (стоимость одного койко-дня)		
		Высокие	Низкие
	Высокие	1. Актюбинская 2. г. Алматы	1. Костанайская 2. Карагандинская 3. В-Казахстанская 4. Мангистауская 5. Павлодарская
	Низкие	1. г. Астана	1. Акмолинская 2. Кызылординская 3. Алматинская 4. С-Казахстанская 5. Жамбылская 6. З-Казахстанская 7. Ю-Казахстанская 8. Атырауская

Казалось бы, что высокую стоимость одного койко-дня в городах Алматы и Астана можно объяснить тем что, основные и наиболее затратные виды медицинской помощи жителям республики оказываются именно в этих городах. Так, к примеру, доля пролеченных больных получивших высокоспециализированную медицинскую помощь в круглосуточном стационаре в 2010 году в городе Алматы составили 42,8% и в городе Астана -

34,2% в структуре всех пролечившихся по республике. Однако было установлено, что средняя стоимость одного койко-дня по ВСМП в среднем по двум городам не превышало средних значений других регионов. $t_{расч} = 0,18 < t_{табл} = 2,14$ при $\beta = 95\%$ из таблицы t-критериев Стьюдента говорит о статистической незначимости разницы уже по первому порогу доверительной вероятности.

Таблица 6 – Эффективность затрат в разрезе регионов в 2010 г.

Регион	Средняя стоимость одного койко-дня, в тг.	Летальность
Актюбинская область	6 122,8	1,09
г. Алматы	8 292,9	1,71
Итого/среднее по 2 регионам	7 207, 9	1,40
Итого/среднее по 16 регионам	5 976,1	1,02
Разница между средними, в %	+ 20,6 %	+ 37,2 %

Источник: АИС «Стационар» КОМУ, 2010 г.

Для доказательства достоверности вышеизложенного вывода по ВСМП также были проанализированы наиболее затратные группы болезней как «новообразования» и «болезни системы кровообращения». Анализ по двум группам болезней показал, что средние стоимости одного койко-дня по двум городам не превышали значений других регионов. $t_{расч} = 0,68 < t_{табл} = 2,14$ по БСК, и $t_{расч} = 0,53 < t_{табл} = 2,26$ по новообразованиям при $\beta = 95\%$ из таблицы t-критериев Стьюдента говорит о статистической не значимости разницы.

Было также установлено, что летальные исходы в городе Алматы были выше среди пролеченных, получивших специализированную медицинскую помощь по отношению к высокоспециализированной помощи. Так, к примеру, показатель летальности по новообразованиям (уровень СМП) составили 4,3%, что было на 273,3% выше среднего республиканского значения. Показатель летальности по ВСМП составили 1,0%, что не превышало среднего республиканского значения.

Анализ, проведенный по всем группам заболеваний в городах Алматы и Астана показал, что при больших затратах по сравнению с другими регионами в г. Алматы наблюдается самый высокий показатель летальности, тогда как в г. Астана отмечается один из самых низких показателей летальности по республике по всем классам болезней.

В вышеназванных городах республики следует принимать меры, как по рациональному использованию финансовых средств (г. Астана), так и по устранению факторов, приводящих к летальному исходу (г. Алматы).

Недостаток ресурсов наблюдается в Костанайской (4580,7тг./1,16%), Павлодарской (5761,1тг./1,24%), Карагандинской (4882,9тг./1,37%), Восточно-Казахстанской (5017,8тг./1,17%), Мангистауской (5415,6тг./1,04%) областях. В этих регионах наблюдается несколько нехватка ресурсов, сколько другие факторы, которые влияют на показатель летальности. В этих областях следует провести мероприятия по профилактике внутри своих районов для снижения летальности, а также уделить внимание улучшению медицинской помощи населению (внедрение более эффективных методов лечения, повышение квалификации медицинского персонала, кадров и т.д.).

Таким образом, можно также анализировать ситуацию как внутри каждого класса болезней, так и внутри каждого региона.

Литература:

1. Римашевская Н.М., Кислицина О.А. Неравенство доходов и здоровье // Народонаселение. 2004. - № 2. - С. 14-22.
2. Дуганов. М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. М.: ИЭПП, 2007.

УДК 614.2 (085.7)

ВЛИЯНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ФАКТОРА НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ТАРИФОВ

Г.Т. Корабаева, А.К. Альмадиева, В.В. Койков, А.Б. Абдрахманов, Ю.С. Сидоркина

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, г. Астана

Резюме

В статье приведен анализ влияния человеческого фактора на использование медико-экономических тарифов. Некачественное заполнение стационарных карт (ф 066/у), вследствие недостаточного уровня навыков врачей в работе с АИС «Стационар», привело к значительным количественным и качественным дефектам объема выполнения МЭТ, что соответственно могло повлиять и на эффективность лечения.

Тұжырым

МЕДИЦИНАЛЫҚ-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТАРИФТЕРДІ ҚОЛДАНУЫНДА АДАМ ФАКТОРЫНЫҢ ӘСЕРІ

Келесі мақалада медициналық-экономикалық тарифтерді қолдануында адам факторының әсерін талдау жүргізілген. "Стационар" ААЖ-ны дәрігерлер қажетті деңгейде меңгермегендіктен, статистикалық карталарды сапасыз толтыру салдарынан медициналық-экономикалық сыйымдылығының сапа-молшерік дефектілеріне әкелді. Бұл емдеу нәтижесіне де әсер етуі мүмкін.

Summary

THE INFLUENCE OF THE HUMAN FACTOR IN USE OF MEDICAL AND ECONOMICAL TARIF

Article describes an analysis of the influence of human factors in use of medical - economic tarif. Improper filling of stationary maps (p 066 / y) due to an insufficient level of skills of doctors in dealing with AIS "Statsionar" the hospital has resulted in significant quantitative and qualitative defects in the volume of the implementation of the MET, respectively, which could influence to effectiveness of treatment.

Актуальность. Как известно, в 2010 году прошел 1 этап внедрения, который включил в себя централизацию ГОБМП (стационарная и стационарозамещающая помощь). В результате внедрена совершенно новая модель финансирования, ориентированная на конечный результат и оплату за фактические расходы на оказание медицинской помощи [1].

Согласно приказу МЗ РК № 801 от 26 ноября 2009 г., *медико-экономический тариф (МЭТ)* – это интегральная стоимостная характеристика медико – экономических протоколов за один пролеченный случай.

Медико-экономические протоколы вошли в основу медико-экономических тарифов (МЭТов), которые состоят из двух основных частей: переменной и постоянной. Переменная (медицинская) часть протокола определяет необходимые для лечения основные и дополнительные диагностические исследования, медикаменты, операционные медикаменты, медикаменты для анестезии, дополнительные лечебные мероприятия, их необходимое количество, цену за единицу и общую стоимость. Постоянная (экономическая) часть приводит сводный расчет стоимости лечения одного случая, включающий зарплату медицинским работникам, социальные отчисления, питание для основной и дополнительной частей протокола [2-4].

Для анализа применения медико-экономических тарифов были использованы следующие составные части МЭТ: лабораторные, инструментальные исследования, дополнительные лечебные мероприятия, консультации специалистов и медикаменты. Категория «медикаменты» в МЭТ включает основные и дополнительные медикаменты, медикаменты в отделении, операционные, для анестезии, а также включает расходные материалы и мягкий инвентарь (такие как шприцы, вата, устройства для внутривенных вливаний и др.)

Цель исследования: В 2010 году на базе РГП «Институт развития здравоохранения» в рамках научно-исследовательской программы «Разработка науч-

но-обоснованных предложений по повышению эффективности финансирования медицинских организаций» был проведен анализ применения медико-экономических тарифов на примере Городской больницы №1 г. Астана.

При применении МЭТ в ГБ№1 были обнаружены значительные дефекты, выраженные несоответствием перечня предоставленных лечебно-диагностических мероприятий рекомендациям медико-экономических тарифов (МЭТов).

Материалы и методы исследования: Анализ дефектов применения МЭТ был проведен для 120 случаев по форме 066/у с диагнозами: «Острый аппендицит неуточненный» (30 форм), «Сальпингит и оофорит» (60 форм), «Нестабильная стенокардия» (30 форм) в хирургическом, гинекологическом и кардиологическом отделениях Городской больницы №1 г. Астана в 2010 году. Данные для анализа были взяты из экспертированной базы данных АИС - «Стационар» Комитета оплаты медицинских услуг. Каждая форма 066/у анализировалась на соответствие проведенного лечения и МЭТ 06-062б «Острый аппендицит. Аппендэктомия неосложненная, общий наркоз», МЭТ13-124а «Сальпингит и оофорит», МЭТ 05-053а «Нестабильная стенокардия». Для анализа были использованы основные составные части МЭТ - лабораторные исследования, инструментальные исследования, дополнительные лечебные мероприятия, консультации специалистов и медикаменты.

Данные статистической карты выбывшего из стационара (форма 066/у) каждого пролеченного случая были внесены в таблицы, где рассчитано общее количество всех предоставленных исследований и медикаментов (как рекомендованных в МЭТ, так и не упоминаемых в МЭТ) для 120 пролеченных случаев.

Результаты и обсуждение: Подводя итоги результатов проведенного исследования можно вынести следующие выводы: