



# Офіціоз

## **7 серпня 2014 року у Міністерстві охорони здоров'я України відбулася публічна презентація та медіа-обговорення проекту Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України.**

У заході взяли участь представники МОЗ України, Інституту стратегічних досліджень, експерти, громадськість та журналісти.

Міністр охорони здоров'я Олег Мусій зазначив, що Урядом України та Президентом України Міністерству було поставлено завдання змінити існуючу систему охорони здоров'я. «В Кабінеті Міністрів України під Головуванням Прем'єр-міністра та Віце-прем'єр-міністра з гуманітарних питань було проведено низку нарад. Міністерство враховуючи євроінтеграційний курс України, розробило сучасну національну модель охорони здоров'я європейського зразка. Принциповим при цьому є не реформування чи реанімація старого, а побудова нового на зовсім інших принципах», – сказав Міністр.

За його словами, проект Концепції розроблений висококваліфікованими фахівцями за активної участі провідних науковців та громадськості. Він пройшов широке обговорення, вперше за історію існування МОЗ України, редакція первинного документу змінювалася чотири рази через пропозиції громадськості. «В результаті ми отримали набагато якісніший документ, основною парадигмою якого є збереження громадського здоров'я», – підкреслив Олег Мусій.

Міністр назвав три принципові зміни, передбачені проектом Концепції. Це перехід до бюджетно-страхової моделі, за якої зберігається сучасний бюджет і запроваджується загальнообов'язкове державне медичне страхування. Запровадження громадсько-адміністративної моделі управління, за якої МОЗ і управління охорони здоров'я на місцях управляють системою спільно з самоврядними організаціями, а громадськість долучена до процесу через наглядові, опікунські, громадські ради. Суттєва зміна у підготовці медичних кадрів – перехід до практичної підготовки спеціалістів на додипломному етапі та трьохрівневої підготовки на післядипломному етапі.

Міністр зазначив, що на пропозицію багатьох громадських організацій та міжнародних інституцій, які підтримали проект Концепції, при МОЗ створено Стратегічну дорадчу групу з питань реформування охорони здоров'я України для розробки Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025 рр. – розширеного публічного документу, який буде презентований суспільству для того, щоб кожна людина зрозуміла що саме планується побудувати. Підсумком роботи Стратегічної дорадчої групи, до якої увійшли вітчизняні та міжнародні експерти, буде розробка поетапного плану дій з реалізації Концепції і Стратегії. «На кінець року ми плануємо підготувати деталізований чіткий документ, у якому буде прописано, який орган за що відповідає у побудові нової

системи, також будуть визначені чіткі терміни виконання впровадження конкретних положень», – сказав Олег Мусій.

Олег Мусій запевнив, що Концепція буде запроваджуватись із залученням зацікавлених сторін – пацієнтів і медиків. Паралельно з існуючою системою охорони здоров'я будуватимуть нову. І тільки після побудови нової моделі і надання людям гідної альтернативи, стара система відіме.

«Я маю велику надію, що Президент України, Уряд і парламент візьмуть за основу майбутньої політичної діяльності побудову нової системи охорони здоров'я для українців. Адже соціологічними опитуваннями доведено, що для людей пріоритетом номер один є їхнє здоров'я», – наголосив Олег Мусій.

Начальник Управління реформ системи охорони здоров'я МОЗ України Костянтин Надутий зазначив, що метою концепції є збереження і зміцнення здоров'я населення задля всезагального блага, відтворення та примноження людського потенціалу держави та задоволення об'єктивних потреб населення у якісній медичній допомозі шляхом комплексної розбудови правових, управлінських, фінансово-економічних, структурних, інформаційних, міжсекторальних, комунікаційних та інших компонентів системи охорони здоров'я.

Побудова нової системи охорони здоров'я забезпечить:  
**ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ТА СУСПІЛЬСТВА:**

- збільшення якості та доступності послуг з ОЗ;
- перехід від подолання наслідків порушень прав пацієнтів до їх запобігання;
- зростання рівня задоволення населення послугами з ОЗ;
- створення для інвалідів та інших маломобільних категорій населення безперешкодного середовища в системі ОЗ.

**ДЛЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ:**

- участь медичної громадськості та пацієнтів в реалізації політики в ОЗ, управлінні закладами охорони здоров'я;
- безперервність освіти та професійної підтримки як чинника професійного зростання та підвищення рівня економічного добробуту;
- підвищення соціального престижу та поваги до професії медичного працівника, рівня заробітної плати в ОЗ;
- ефективна економічна мотивація до продуктивної і якісної праці;
- законодавче врегулювання вимог професійної етики медичних працівників, правове та інституційне забезпечення самоврядності медичних професій.

**ДЛЯ ДЕРЖАВИ:**

- досягнення балансу між потребами населення у послугах з ОЗ, пріоритетами суспільства у сфері ОЗ і обсягами фінансових ресурсів, які спрямовуються на ці цілі;
- зміцнення трудового потенціалу за рахунок підвищення якості медичної допомоги, збільшення обсягів профілактики захворювань та ефективної діяльності громадської охорони здоров'я.

З презентацією проекту Концепції можна ознайомитись за посиленням

**Прес-служба МОЗ України**

**Спільний представницький орган репрезентативних всеукраїнських об'єднань профспілок на національному рівні (СПО) за участю Профспілки працівників охорони здоров'я України, департаменту охорони праці ФПУ провів опрацювання проекту розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України», надісланого Міністерством охорони здоров'я України і направив низку зауважень і пропозицій розробнику. Пропоновані зміни та пропозиції надаємо для огляду.**

18.07.2014 ? 04-18/678-СПО

## **Про проект розпорядження Кабінету Міністрів України**

*Міністерство охорони  
здоров'я України*

Спільний представницький орган об'єднань профспілок розглянув проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України» (надалі – Концепція), надісланий до СПО листом Міністерства охорони здоров'я України від 04.07.2014 № 3.19-286/1856 і повідомляє наступне.

Проект Концепції містить ряд позитивних моментів: визначені кроки для побудови нової національної системи охорони здоров'я на коротко-середньому та довгостроковому перспективу, більш чітко окреслені проблеми та шляхи їх вирішення. Зокрема, передбачається встановлення гарантованого рівня медичної допомоги, законодавче врегулювання питань загально-обов'язкового державного медичного страхування, забезпечення належного рівня фінансування охорони здоров'я з диверсифікацією джерел фінансування, об'єднання коштів громад у фінансові пули на регіональному рівні, розроблення та запровадження нових підходів до нормування праці, виходячи з її інтенсивності і складності та ряд інших.

Разом з тим вважаємо, що проект Концепції потребує суттєвого доопрацювання з наступних причин. Так, серед причин невдалого реформування системи охорони здоров'я у межах пілотних проектів вказано лише «недостатній термін відпрацювання» і не наголошується на відсутності вагомих фінансових інвестицій для їх реалізації.

Мета Концепції жодним чином не передбачає відродження престижності медичної професії.

Ключовим питанням Концепції (як і діючого експерименту в системі ОЗ) є вимоги статті 49 Конституції України щодо безоплатного надання медичної допомоги населенню, а також прямої заборони скорочення існуючої мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я, які надають безоплатну медичну допомогу населенню. Суперечливим є наміри «опрацювати питання щодо необхідності нової редакції 49 Статті Конституції України» і, одночасно, без реалізації цих намірів – «розпочати реструктуризацію мережі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), забезпечивши чітке розмежування вторинної медичної допомоги (ВМД) та третинної медичної допомоги (ТМД), а також функціональну спеціалізацію закладів ВМД відповідно до інтенсивності лікування та видів ВМД зі створенням ЗОЗ нового типу».

Запровадження базисних елементів нової системи охорони здоров'я передбачається на аналізі та врахуванні позитивних результатів реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій,

Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011р. Закон про реформування має кінцевий термін дії – «31 грудня 2014 року», але об'єктивно визначити результати експерименту за зазначеним Законом у комплексі не вдається, в силу різних незалежних причин (Донецька область перебуває в зоні проведення АТО), що вказує на необхідність термінового оприлюднення Міністерством охорони здоров'я показників, які ним визнані вдалим; тим більше, що Проект має на меті розповсюдити їх на всю країну, а перший етап побудови НСОЗ на найближчу перспективу визначено як «2014-2015» роки.

У проекті Концепції жодним чином не визначено питань відновлення медицини праці в Україні та здійснення профілактичних заходів із запобігання професійним захворюванням і професійним отруєнням працівників. Вважаємо за необхідне, серед основних шляхів реалізації проекту Концепції в Україні визначити, що програмна діяльність крім інших напрямів, спрямовується на вирішення практичних проблем, що виникають при реалізації конституційних прав працівників на охорону здоров'я, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя, безпечні та здорові умови праці. Вирішення практичних питань спрямоване на подолання в подальшому основних загрозливих факторів працюючому населенню у сфері охорони здоров'я безпосередньо на виробництві.

Пропонуємо передбачати механізм участі соціальних партнерів у прийнятті рішень щодо поновлення та розвитку медицини праці, виходячи з того, що складовими інтегрованими частинами медицини праці визнаються охорона праці, гігієна праці, профпатологічна медична служба, медико-соціальна експертиза, реабілітація хворих, а також відповідні положення щодо розвитку зазначених напрямів медичної діяльності.

Одним із передбачених проектом шляхів і способів розв'язання проблеми у відповідному розділі Концепції визначено застосування нових фінансових механізмів оплати медичних послуг, при цьому жодним чином не зазначається про необхідність попереднього законодавчого визначення переліку медичних послуг, обсягів медичних послуг за рівнями медичної допомоги тощо.

Також у цьому розділі зазначається про усунення дискримінації між державними та недержавними ЗОЗ, при цьому не визначено чи включає термін «недержавний» комунальні та приватні ЗОЗ та в чому саме і з боку кого виявляється дискримінація таких ЗОЗ порівняно з державними.

У розділі, присвяченому змінам системи управління галуззю вважаємо передчасним створення системи саморегульованих організацій надавачів медичної допомоги. Передача регуляторних та управлінських функцій у таких організаціях невизначеним структурам громадянського суспільства створює значні корупційні ризики, що виникають у системі фінансування та закупівель для таких організацій.

Категорично неприйнятним є положення цього розділу щодо залучення населення до співоплати наданої медичної допомоги, так як така вимога порушує конституційні права громадян України, залишається, з точки зору населення, однією з основних проблем функціонування сучасної системи охорони здоров'я, а вимушена незаконна оплата медичних послуг населенням у розмірах, по різних даних, 40-50% від загального обсягу фінансування сфери охорони здоров'я, стала одним із основних джерел корупції у сфері охорони здоров'я.

Недоцільним вважаємо створення Національного центру контролю за громадським здоров'ям шляхом об'єднання Державної санепідслужби, Держслужби України соц-захворювань, Центру медичної статистики, МОЗ України та Центральної СЕС. Чергова реформа Держсанепідслужби не обговорювалося з громадськістю та Профспілкою, таким чином невідомо, які мета та задачі створення такого Центру, його функції, яким чином зазначені органи та служби МОЗ України, що на сьогодні в системі охорони здоров'я мають різні функції та вирішують різні завдання, при їх об'єднанні мають

забезпечити функціонування системи громадської охорони здоров'я. В той же час, створена у 2012 році Державна санепідслужба України складається з двох державних установ (головних управлінь та лабораторних центрів), чії функції певною мірою розмежовані. Не зрозуміло, яка роль відводиться їм у Національному центрі контролю за громадським здоров'ям, що пропонується створити, і що станеться з працівниками нині існуючих установ, адже в результаті проведеного реформування було скорочено понад 24 тисячі працівників. Незважаючи на постійні звернення галузевої Профспілки працівників охорони здоров'я України, досі залишаються не вирішеними низка питань щодо їх соціально-економічного захисту, відновлення втрачених під час ліквідації попередньої СЕС України прав та гарантій працівників.

Неприйнятними для впровадження є положення проекту Концепції щодо:

- запровадження ліцензування лікарської діяльності та «контрактування» лікарів;
- передання медичних послуг на аутсорсинг;
- колективної відповідальності за якісно-кількісні показники роботи.

Так, впровадження контрактної форми трудових правовідносин з усіма лікарями ЗОЗ не буде і не може сприяти стимулюванню до якісної і продуктивної праці, тому що невід'ємною частиною контрактної форми трудового договору є строк його дії, що призведе до погіршення умов праці лікарів. У рішенні від 9 липня 1998 р. № 12-рп Конституційний Суд України зазначив, що передбачений контрактом тимчасовий характер трудових відносин є однією з умов, які ускладнюють становище працівника (абзац другий пункту 5 мотивувальної частини). Таким чином, примушування працівника, який працює на умовах безстрокового трудового договору, до укладання контракту з обмеженим строком його дії є погіршенням його становища, що може стати підставою для визнання такого контракту недійсним.

Звертаємо увагу на те, що контрактна форма трудових правовідносин з керівниками ЗОЗ вже встановлена ч. 9 ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я з 01.01.2012р. Укладення контракту у випадках, не передбачених законами не допускається, оскільки це знижує рівень соціальної захищеності працівників і суперечить вимогам Конвенції МОП № 158 (1982р.), яка була ратифікована Україною 04.02.1994.

Юридично і економічно невиправданими та передчасними, є наміри впровадження ліцензування усіх лікарів (тобто і тих, хто не займається індивідуальною медичною практикою), що фактично змушує лікаря отримувати дозвіл на роботу і лише за певним напрямком діяльності. Таким чином, з'явиться ще один дозвільний документ з ризиком застосування корупційних механізмів та необхідністю періодичного платного її продовження. Для лікарів, які вже знаходяться у трудових правовідносинах, зобов'язання отримання платної ліцензії юридично стане порушенням вимог ч. 3 ст. 22 Конституції України, яка при прийнятті нових законів, або внесенні змін до діючих забороняє звужувати зміст та обсяг існуючих прав і свобод. Отже, запровадження індивідуальної лікарської ліцензії без запровадження конкретних шляхів підвищення престижності праці медичних працівників, створення необхідних умов праці та збільшення її оплати, державного гарантування відповідних соціально-економічних прав та гарантій працівників галузі, а також подолання проявів корупції в галузі та Державі в цілому є передчасним.

До обмеження трудових прав працівників може призвести і запровадження аутсорсингу медичних послуг (коли виконання певних функцій і робіт, які традиційно є «внутрішніми» і виконуються штатними працівниками, буде надаватися іншими фахівцями (не працівниками даного ЗОЗ) на договірній основі. Такі «нововведення» також призведуть до порушення ч. 3 ст. 22 Основного Закону. Крім того, аутсорсинг медичних послуг

значно погіршує рівень відповідальності медичних працівників, керівництва ЗОЗ за якість надання медичної допомоги, керованість медичного персоналу, особливо у випадках надання невідкладної медичної допомоги, медичної допомоги у випадках масового надходження постраждалих при стихійних лихах та техногенних аваріях тощо.

Щодо колективної відповідальності за якісно-кількісні показники роботи.

За діючим трудовим законодавством (ст. 135-2 КЗпП), колективна матеріальна відповідальність може запроваджуватися при спільному виконанні працівниками окремих видів робіт, пов'язаних із зберіганням, обробкою, продажем (відпуском), перевезенням або застосуванням у процесі виробництва переданих їм цінностей, коли неможливо розмежувати матеріальну відповідальність, може запроваджуватися колективна (бригадна) матеріальна відповідальність.

Така відповідальність у обов'язковому порядку для усіх трудових колективів ЗОЗ жодним чином не відповідає законодавству і не буде сприяти реалізації мети Проекту, тому її недоцільно запроваджувати.

Також варто врахувати, вимоги і статті 1172 Цивільного кодексу України щодо відповідальності саме юридичної особи за шкоду заподіяну її працівником. Вважаємо неможливим в сучасних умовах посилювати міру відповідальності медичних працівників без адекватних кроків щодо встановлення відповідної винагороди за працю та страхування професійної діяльності.

Крім того, широкого, відкритого публічного обговорення потребують питання щодо:

- передачі відомчих закладів охорони здоров'я, а також тих що мають прикріплене населення та знаходяться у підпорядкуванні МОЗ, на рівень обласних громад при наявності їх права, а не обов'язку погоджуватися з цим або ні;
- надання лікарям права справляння плати за користування (чим?);
- перехід з 3-х до 2-х рівневого бюджету ОЗ на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Просимо врахувати.

Голова СПО Г.В. Осовий

## Британський досвід медичного забезпечення

Під час свого візиту до України британський лікар Роман Грех знайшов час, аби поспілкуватися з нашими журналістами та висловити своє бачення процесу змін, що вже відбуваються в нашій системі охорони здоров'я, розказати про особливості функціонування медичної системи Великої Британії.

**Пане Романе, як фахівець ззовні, як Ви оцінюєте загальнополітичні та галузеві процеси змін, що розпочалися в Україні? Поспілкувавшись з тутешніми медиками, громадськими діячами, фахівцями з робочої групи при Міністерстві охорони здоров'я, чи склалося у Вас враження реалістичності цих перетворень?**

Р.Г.: Насправді саме зараз ви маєте унікальний момент змінити владу і ті структури при ній, що давно себе віджили. Світ невинно змінюється, а Україна за 23 роки так і не наважилася на будь-які суттєві реформи у медицині, застрягнувши у 90-х роках минулого століття. Ці зміни абсолютно реальні, але вважаю, що за них вам ніхто не подякує. Жодна людина! Навпаки – за це вас всі причетні до галузі особи, в першу чергу лікарі, лише критикуватимуть! Це неспростовно, як кажуть шахісти – Е2Е4!

### **Якою є британська медична система? Чи варто українцям щось запозичувати звідти?**

Р.Г.: Насамперед зазначу, що це ваш і лише ваш свідомий вибір, до якої системи охорони здоров'я схилитися. Переконаний, що вам радитимуть багато варіантів: польський, американський, британський тощо. Всі вони мають свої переваги та недоліки, але, як на мене, останній – найбільше підходить для України.

Отож, коротко про модель Великої Британії. По-перше, вона – державна й існує майже цілковито за рахунок податків громадян.

По-друге, вона є дорогою та все ще неефективною. Здорові їй не потребують, а серйозно чи хронічно хворі люди витягують на себе багато коштів, що в принципі й очевидно. Відзначу, що є ще й приватна медицина, але її споживачі становлять лише 10% населення.

По-третє, це робота лікарів з широкими можливостями, що передбачає зайнятість 3,5 дня на тиждень. Весь інший час – «вільний», який використовується працівником для додаткової роботи (скажімо, практики у приватній клініці), науки, освіти чи професійного саморозвитку. На мою думку, це дуже позитивний прагматичний момент.

По-четверте, ця система не має жорсткої ієрархії. Завідділу є рівним серед рівних, а кожен медик має свою голову на плечах, а отже, здатен коректувати свій робочий графік і щотижневий план, практикувати так, як вважає за потрібне в рамках розумного.

### **Якщо є свобода дій, то, вочевидь, повинна бути і відповідальність за них?**

Р.Г.: Система контролю складається з кількох положень. Перше – це є сам лікар, його честь, свідомість, порядність. Я вважаю, що це найбільш простий, але водночас найбільш важливий контроль!

Друге – це колектив. Від санітарки чи вантажника до директора закладу – кожен може і має право висловитися щодо моєї діяльності. Молоді лікарі повинні кожні 1–2 роки давати колегам заповнювати анонімні анкети-опитування щодо оцінки своєї роботи. Лікарі вищої кваліфікації роблять те саме кожні 5 років. Тобто мене контролюють та оцінюють всі ті, з ким я вітаюся щодня, приходючи на роботу. На практиці – це в середньому від 5 до 10 осіб.

Окрім цього, є ще один метод проміжного колективного контролю. Щороку відбувається співбесіда з офіцером-представником Головної медичної ради (це основна впливова національна організація, що представляє і контролює інтереси професійної спільноти), який є в кожному медичному закладі.

Так проходить дружня конструктивна розмова – про життя, кар'єрний рух, сім'ю, різні проблеми та загальні справи, психологічний настрій та плани на майбутнє. З'ясовується, які конференції я відвідав, які статті написав, чи є на мене скарги пацієнтів тощо. Це досить дієвий інструмент саморегуляції життя всього медичного колективу і контролю за ним. Зазвичай він має мотивуючий та спонукальний ефект на вдосконалення особистості лікаря. Але якщо сталася «надзвичайна пригода» – хтось із пацієнтів помер чи, скажімо, лікаря ввіймали на крадіжці – то офіцер неодмінно це зафіксує і зробить відповідні висновки, адже він завжди має «револьвер» у кишені і завжди готовий ним скористатися.

На основі цих розмов з року в рік формується професійне досвід на кожного працівника, за допомогою якого лікарня вирішує, як допомогти чи як підтримати колегу, куди краще спрямувати його творчу енергію.

### **Як відбувається фінансування галузі у Великій Британії?**

Р.Г.: Концептуально існує баланс – одні мають гроші (тримають бюджет), інші – просять їх (пропонують гуртові медичні послуги). Мають гроші первинні державні інституції, які їх розподіляють між районами залежно від потреб хворих і найбільш поширених там хвороб, соціального статусу їх населення (бідні/багаті), регіональних особливостей (промисловий район, багато курців) тощо. Якщо із загального бюджету, умовно кажучи, у 100 фунтів, район отримує 25, то з них десь 1/3 витрачається на ліки, а решта – на хворих. Тут вже вмикається ручне гальмо, що регулює розподіл пацієнтів. Бо ж мусять двічі зважити, чи зможуть у тому чи іншому госпіталі вилікувати таку чи таку кількість людей з відповідними недугами. Такі моменти ретельно плануються, ніколи всіх гамузом не направляють в один госпіталь. Позитив системи – наявність фінансового балансу при розподілі коштів, негатив – можливість сімейних лікарів економити на обмеженні направлень у лікарню хронічних хворих. Разом з тим, наявна конкуренція (як і саморегуляція!) і якісний результат у роботі дає змогу клініці чи району отримувати більше грошей. Діє принцип: більше і якісніше працюєш – більше й отримуєш.

### **Чи достатньо забезпечений ліками хворий за такої системи фінансування?**

Р.Г.: Коротко – так, на 95%. Додам, що у Великій Британії створено такий заклад, як NICE – Національний інститут клінічної якості, який уповноважений впроваджувати певні стандарти лікування. NICE каже, якщо пацієнт прийшов по рецепт до лікаря, то йому пропонується цілий перелік ліцензованих препаратів для подолання його захворювання.

Британська медицина забезпечує хворого вкрай прагматично. Її мета – досягти покращення здоров'я у процесу лікування як такого, одним із сурогатних маркерів якого є сприяє швидшому видужанню пацієнта і його регенерації в соціум, повернення до виконання своїх трудових обов'язків. Людина повертається до праці, а отже – вона приносить суспільну користь та сплачує податки державі. Тому система робить все, щоб сприяти саме такому лікуванню. Хворий зазвичай забезпечений медикаментами і вкрай рідко купує препарати своїм коштом.

### **Враховуючи початок побудови нової системи охорони здоров'я в Україні, щоби Ви побажали українським колегам, які взялися за ці зрушення?**

Р.Г.: Перше – негайно налагодити сервіс військової медицини і медицини катастроф на випадок, не дай Боже, військових дій!

Я також пропоную вам якнайширше вивчати і аналізувати зарубіжний досвід подібних перетворень, щоб взяти з нього найкраще для себе. І не йдеться лише про британський, завтра на моєму місці може сидіти представник медичної системи іншої держави, і так само пропонувати конструктивні ідеї. Варто дослухатися різних думок, але робити свій самостійний та зважений вибір. Зазначу, що Українська медична асоціація Великої Британії завжди до ваших послуг, і меморандум про співпрацю вже підписано!

Насамкінець раджу провести широку внутрішню консультацію щодо реформ і узгодити таку програму дій, яка не змінюватиметься кожен раз з новим урядом, як це було у нас до того, як політики ввели ліберальнішу саморегуляцію і здорову конкуренцію.

І не баріться, як сказав Генерал Патон: «Хороший план, агресивно виконаний, вже є кращим, ніж ідеальний план, виконаний на наступному тижні».