**Тезисы к презентации**

**по вопросу внедрения обязательного социального медицинского страхования**

Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство) разработаны концептуальные подходы по внедрению обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС) в Казахстане.

*Анализ текущей ситуации*

В настоящее время в системе здравоохранения существует 3 ключевые системные проблемы:

1. Отсутствие солидарности граждан и работодателей в охране здоровья. При этом бремя охраны здоровья лежит только на государстве. Гражданам характерно потребительское отношение к здравоохранению, имеется слабая приверженность к здоровому образу жизни.
2. Финансовая неустойчивость системы. Недостаточно эффективная структура оказываемой медпомощи, высокая доля расходов на стационарную помощь. Высокий удельный вес теневых платежей населения (37,4% от общих расходов здравоохранения, в ОЭСР – в среднем 17%). Имеется фрагментация потоков финансовых средств.
3. Неэффективное управление системой. Низкая эффективность медицинских организаций. Слабая тарифная политика и непрозрачное распределение средств. Низкий уровень качества услуг и компетенции системы.

В отрасли сохраняются основные системные риски:

* рост роста потребления услуг
* риск роста стоимости здравоохранения
* риск недостаточности государственного бюджета и возможности компенсации
* риск неэффективности – не достижения конечных результатов.

Существующие ключевые проблемы и ожидаемые системные риски требуют кардинального пересмотра модели системы здравоохранения.

*Мировой опыт*

В мире существуют 3 глобальные модели здравоохранения:

* государственная (Великобритания, Испания, Италия, Швеция),
* общественное страхование (Германия, Франция, Бельгия),
* частное страхование (США).

Большинство стран комбинируют их, чем фокусируются на одной. Общая тенденция – конвергенция «бюджетных» и «страховых» моделей: бюджетные перенимают страховые принципы распределения средств. Страховые перенимают бюджетные принципы сбора и накопления средств.

Также в страховых системах наблюдается тенденция увеличения роли государства.

Отчетлива тенденция централизации и укрупнения фондов ОМС с целью увеличения эффективности, упрощения управления и сокращения неравномерностей распределения средств.

Мировая тенденция: почему выбран ОСМС?

Разный уровень доходов не обеспечивает гражданам равный доступ к медпомощи. Богатые добровольно не будут перечислять взносы за бедных граждан. В этой связи большинство стран ОЭСР выбрали ОСМС, которая позволяет перераспределять средства от менее нуждающихся к более нуждающимся.

Мировая тенденция: почему один Фонд?

Модель единого плательщика абсолютно доминирует в странах  
Центральной и Восточной Европы и рекомендуется ВОЗ.

Преимущества модели единого закупщика:

* Обеспечение солидарности при перераспределении ресурсов от менее нуждающихся к более нуждающимся.
  + - Единый пакет медпомощи и равенство в доступе к нему для каждого жителя страны.
    - Аккумулирование всех страховых рисков в одном фонде.
    - Единые правила распределения средств по регионам и закупа медицинской помощи у поставщиков.
    - Мощность переговоров в ходе стратегических закупок и возможность влияния на повышение эффективности системы здравоохранения.
    - Сохранение государственной монополии как эффективного инструмента воплощения национальной политики здравоохранения.
    - Более высокая эффективность (низкие административные расходы).

Исходя из анализа текущей ситуации и положительного мирового опыта, в реализацию ст.29 Конституции Республики Казахстан, 80-го шага Институциональных реформ Главы государства с 2017 года в Казахстане будет внедрена смешанная система финансирования здравоохранения.

Целями внедрения ОСМС являются:

* достижение общественной солидарности путем укрепления собственного здоровья и разделения бремени охраны здоровья населения;
* обеспечение финансовой устойчивости системы путем обеспечения устойчивости системы к внешним факторам и росту затрат и обеспечения прозрачности и справедливости системы;
* повышение эффективности системы через достижение конечных результатов доступности, полноты и качества услуг и обеспечения высокой компетенции, и конкурентоспособности системы.

Основными принципами систем ОСМС являются: универсальность, социальная справедливость и солидарность.

При внедрении ОСМС в РК произойдет разделение функций и роли Министерства и ФСМС. Основополагающие регуляторные документы будут определены министерством, ФСМС будет аккумулировать и закупать медицинские услуги.

Государство сохраняет за собой право обеспечивать гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП): оказание медпомощи при социально значимых заболеваниях, неотложных состояниях, скорую медпомощь, санитарную авиацию и вакцинацию.

В целях обеспечения всеобщего право на охрану здоровья до 2020 года «незастрахованным» гражданам предоставляется в рамках ГОБМП амбулаторно-поликлиническая помощь с амбулаторным лекарственным обеспечением.

В рамках ОСМС будет предоставляться:

амбулаторно-поликлиническая помощь с амбулаторным лекарственным обеспечением «застрахованным» гражданам;

стационарная медпомощь;

высокотехнологические медицинские услуги,

стационарозамещающие технологий;

долгосрочный сестринский уход.

Добровольное медицинское страхование позволит полностью или частично покрывать расходы застрахованного лица на медицинское обслуживание, непредусмотренные системой ОСМС. Полис ДМС дает возможность физическим лицам или сотрудникам крупных компаний обследоваться в выбранных ими клиниках и на условиях (сервисные услуги и др) за счет страховой компании.

Источниками финансирования здравоохранения при ОСМС будут:

* государство *(4% (с 01.07.17 г.) от СМЗ-2 года, 5% (с 2018 г.), 6% (с 2023 г.), 7% (с 2024 г.) за социально-незащищенные слои населения (15 категорий согласно закона об ОСМС)*;
* работодатели *(с 2% (2017 г.) от дохода до 5% (2020 г.)*;
* сами работники *(1% (2019 г.) от дохода 2% (2020 г.)*.

Согласно пункту 4 статьи 28 Закона «Об обязательном социальном медицинском страховании» следующие граждане освобождаются от уплаты взносов в фонд:

1) дети;

2) многодетные матери, награжденные подвесками «Алтын алқа», «Күміс алқа» или получившие ранее звание «Мать-героиня», а также награжденные орденами «Материнская слава» I и II степени;

3) участники и инвалиды Великой Отечественной войны;

4) инвалиды;

5) лица, зарегистрированные в качестве безработных;

6) лица, обучающиеся и воспитывающиеся в интернатных организациях;

7) лица, обучающиеся по очной форме обучения в организациях среднего, технического и профессионального, послесреднего, высшего образования, а также послевузовского образования в форме резидентуры;

8) лица, находящиеся в отпусках в связи с рождением ребенка (детей), усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), по уходу за ребенком (детьми) до достижения им (ими) возраста трех лет;

9) неработающие беременные женщины, а также неработающие лица, фактически воспитывающие ребенка (детей) до достижения им (ими) возраста трех лет;

10) пенсионеры;

11) военнослужащие;

12) сотрудники специальных государственных органов;

13) сотрудники правоохранительных органов;

14) лица, отбывающие наказание по приговору суда в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы (за исключением учреждений минимальной безопасности);

15) лица, содержащиеся в изоляторах временного содержания и следственных изоляторах.

При этом, за военнослужащих, сотрудников специальных государственных органов, сотрудников правоохранительных органов не будет перечислять взносы государство: эти категории граждан будут продолжать получать обслуживание в учреждениях ведомственной сети.

В соответствии с п.3 статьи 27 Закона от уплаты отчислений освобождаются работодатели за граждан, указанных выше.

Фонд социального медицинского страхования (ФСМС) будет функционировать с 1 июля 2016 года и будет выполнять функции финансового оператора по ГОБМП и Стратегического Закупщика по ОСМС.

Одним из основных функций ОСМС будет аккумулирование средств в фонде. Как показывает мировой опыт, в разных странах по-разному осуществляется сбор и контроль за поступлением средств. В Венгрии, Словении, Эстонии и Латвии это делает налоговые службы. В Литве и Польше государственные фонды социального страхования с дальнейшим перечислением в фонды ОСМС. В Германии, Молдове и Словении сами Фонды ОСМС собирают взносы.

При этом характерно, что во всех этих странах контроль за поступлением осуществляют налоговые службы.

В Казахстане Фонд СМС будет аккумулировать взносы и отчисления со стороны работников и работодателей, а также целевые трансферты для ГОБМП.

Большая часть ранее финансируемых из местного бюджета видов медпомощи будет передана в фонд – это обеспечит единство и качество процедур и потребует внесения изменений в Бюджетный кодекс в части межбюджетных отношений (изъятия и субвенции).

В соответствии с уже действующей в Казахстане практикой предлагается контроль за поступлениями в ФСМС закрепить за Комитетом государственных доходов – такой подход применяется во многих странах с обязательной системой общественного страхования.

Это также позволит сохранить уже выстроенную и работающую систему без создания дублирующей сети сбора взносов – меньшие административные расходы и большая эффективность.

Госкорпорация как автономная организация будет вести персонифицированный учет всех поступлений.

Обмен информацией между системами Комитета госдоходов и Госкорпорацией с предоставлением необходимых сведений будет осуществляться на ежедневной основе – для этого необходима доработка информационных систем КГД по персонифицированному учету отчислений и взносов в фонд (для контроля и мониторинга) и формирование единых платежных документов при соответствующих перечислениях.

Во многих зарубежных странах СМС не является основным источником финансирования здравоохранения. При этом практически во всех странах с СМС государство оставляет за собой финансирование расходов из госбюджета, на примере Германии, это расходы на общественное здравоохранение, образование, науку, содержание медицинских служб силовых структур, капитальные инвестиции и эксплуатационные расходы, которые составляют порядка 11% от общих расходов на здравоохранение.

Таким образом, прогноз структуры финансирования ОСМС в РК предполагает поэтапное уменьшение финансирования за счет общих налогов (ГБ на ГОБСП) с 32% в 2017 году до 10% к 2020 году, за счет взносов в ОСМС увеличение поступлений и взносов с 28% в 2017 году до 62% к 2020 году. Все это отразится на частных платежах населения, которые должны быть уменьшены с 36% в 2017 году до 25% к 2020 году.

Пакет медицинских услуг является главным составляющим ОСМС.

Мировой опыт показывает, что каждая страна формирует пакеты услуг исходя из возможности и особенности своих стран.

В Германии существует единый и широкий пакет за счет СМС. При этом имеется альтернативный пакет частного страхования, на который имеют право лица, с доходом более 49,5 тыс.Евро в год (это 11% населения страны). В Литве, Польше, Венгрии и Молдове также существует широкий единый пакет для всех застрахованных ОСМС. ДМС играет минимальную роль в этих странах.

В Нидерландах имеют два пакета в рамках ОСМС: стандартный пакет для всего населения и дополнительный пакет для лиц пожилого возраста на случаи хронических болезней, ухода и т.п.

В России принят гарантированный государством пакет для всех граждан и базовый пакет в рамках ОМС для застрахованных граждан.

В Казахстане исходя из норм Конституции определены: пакет для ГОБМП для всего населения и пакет ОСМС для застрахованных.

Во многих странах мира, пакеты услуг включают социально-значимые заболевания. При этом они в некоторых странах СЗЗ выделены отдельным перечнем. В Германии и Франции нет данных о существовании отдельного списка СЗЗ. В Литве нет отдельного списка, но они включены в пакет ОСМС, список опасных заражаемых болезней, больные которыми автоматически становятся застрахованным ОСМС, туда включены 14 нозологий.

В России список СЗЗ входит 9 болезней и отдельный список особо опасных 15 болезней. В Беларуси нет списка СЗЗ, существует список опасных инфекционных болезней из 6 нозологий. В нашей стране существует оба списка: СЗЗ – 12 болезней и ООЗ – 15 болезней. В рамках ОСМС предполагается поэтапное включение в пакет ОСМС социально-значимых заболеваний. В настоящее время все эти болезни включены в перечень ГОБМП.

Одним из острых вопросов является оказание экстренной медицинской помощи гражданам.

В настоящее время в РК существует перечень показаний (как больные и пострадавшие), по которым предоставляется неотложная медицинская помощь в рамках ГОБМП. Но с внедрением ОСМС состояния экстренней помощи (острые заболевания, обострения хронических болезней, роды, травмы и т.д.) исходя из положительного международного опыта будут возмещаться за счет госбюджета.

Перераспределение видов медицинской помощи в рамках ОСМС будет осуществляться из ГОБМП в СМС с учетом поэтапного повышения ставки взносов государства за экономически неактивное население.

При этом на первом этапе с 2017 по 2019 годы, за счет госбюджета будут предоставляться амбулаторно-поликлиническая помощь с амбулаторным лекарственным обеспечением для непродуктивно занятого населения и 10 видов социально значимых заболеваний перейдут из ГОБМП в ОСМС.

Начиная с 2019 года, с внедрением повсеместного декларирования доходов и расходов граждан будут ужесточены требования к системе ОСМС. Граждане сами начнут платить взносы в СМС (в 2019 г. -1% от дохода, с 2020 г. – 2%). Это стимулирует граждан к повышению их ответственности собственному здоровью. При этом государство поэтапно будет расширять пакет ОСМС для застрахованных граждан.

Как измениться закуп медицинских услуг?

**Сегодня** Комитет оплаты медуслуг выступает как единый плательщик. Преимуществом этого являются:

* Единые правила по закупу медуслуг в рамках ЕНСЗ
* Обеспечение доступа специализированной медпомощи сельским жителям
* Оптимизация коечной мощности за счет внедрения новых технологий.

Однако такой подход имеет свои недостатки:

* Формальный подход при выборе поставщика
* Отсутствие прозрачности процесса закупок
* Высокий уровень коррупциогенности
* Отсутствие автоматизированной системы закупок

Завтра ФСМС будет выступать как Стратегический закупщик. Основными достоинствами новой системы будут являться:

* аккумулирование всех средства для закупа (ОСМС + ГОБМП);
* закуп медицинской помощи применяя отбор поставщиков и влияние на поставщиков с целью усовершенствования системы здравоохранения (оптимизация потребления и инфраструктуры);
* осуществление централизованного финансирования всех видов услуг через головной офис ФСМС;
* снижение заинтересованности местных исполнительных органов в усовершенствовании системы здравоохранения.

Однако есть один недостаток этой системы: это снижение заинтересованности местных исполнительных органов в усовершенствовании системы здравоохранения, так как все финансирование перейдет к ФСМС. Для нивелирования такого риска будут заключены соглашения/меморандумы с акимами регионов по реализации государственной политики и достижения целевых результатов и показателей здравоохранения.

При внедрении новой системы также был изучен передовой мировой опыт стран Европы.

Новая система закупа медицинских услуг будет функционировать следующим образом:

* выбор поставщиков и закуп медицинских услуг будет осуществляться по двух этапной модели согласно Единых правил контрактирования, утверждаемых Министерством здравоохранения и социального развития РК;
* ФСМС выступает в роли стратегического закупщика услуг как в рамках ОСМС, так и по ГОБМП;
* схема будет выстроена на основе интегрированной системы электронного здравоохранения и информационных систем всех медорганизаций - модернизация систем уже начата;
* медорганизации, не имеющие своих информационных систем и возможности их создания, получат ключи доступа в систему электронного здравоохранения для работы в ней через личный кабинет;
* тем самым, весь процесс, за исключением переговорной части, будет автоматизирован;
* сведения в едином регистре поставщиков также будут автоматически актуализироваться, в том числе при обновлении базы данных по положительным и отрицательным рейтингам поставщиков – такие рейтинги будут формироваться ФСМС по результатам оценки качества оказанных услуг;
* поставщики уникальных медицинских услуг (высокоспециализированные, высокотехнологичные) могут привлекаться вне схемы способом из одного источника.

Для реализации единых правил закупа и оплаты услуг, а также контроля качества, все ранее финансируемые из местного бюджета виды медпомощи будут переданы в Фонд СМС. В связи с этим требуется внести изменения в Бюджетный кодекс в части межбюджетных отношений (изъятия и субвенции).

Расходы республиканского бюджета в 2017 году составят 2,25 млрд.тенге (на лечение зарубеж, пропаганды ЗОЖ, медпомощь с применением инновационных технологий). Цнелевые текущие трансферты регионам составят 14,4 млрд.тенге (закуп вакцин, профилактика ЗОЖ). За местным бюджетом сохраняется финансирование прочих услуг и мероприятий в общем объеме 22,7 млрд.тенге (дома ребенка, спецмедснабжение, медколлледжи и др.).

Фонд СМС будет финансировать медицинские услуг в объеме 502,2 млрд.тенге, в тои числе по пакету ОСМС, как Стратегический закупщик в сумме 359,8 млрд.тенге (АПП, АЛО и СМП).

Средства ГОБМП будут профинансированы через ФСМС, как финансового оператора в сумме 142,4 млрд.тенге:

1. АПП и АЛО *(не имеющим право на медпомощь в ОСМС)* – 10,9 млрд.тг.
2. Экстренная стационарная помощь *(не имеющим право на мед помощь в ОСМС) –* 6,6 млрд.тг.
3. Экстренная стационарная помощь *(наблюдение до 24 часов, кратковременное пребывание в приемных отделениях стационаров (до 3 часов) в пилотных регионах)* – 1,9 млрд.тг.
4. АЛО СЗЗ – 24,5 млрд. тг.

5. Онкология – 21,8 млрд. тг. *(АЛО, дорогостоящие ЛС – 7,7 млрд.тг, медпомощь - 19,7 млрд.тг.).*

6. Медицинская помощь при СЗЗ – 47 млрд. тг.

7. Скорая медпомощь и санитарная авиация – 22,9 млрд.тг.

1. Прочие услуги – 8,1 млрд. тг. (производство крови, ее компонентов и препаратов – 7,3 млрд. тг., услуги ПАБ – 0,8 млрд. тг.

9. Возмещение лизинговых платежей – 0,6 млрд. тенге.

Кроме того, по некоторым приоритетным направлениям изменится схема финансирования. В настоящее время определены 10 медицинских организаций, осуществляющих трансплантацию. Предлагается заключить с ними долгосрочный контракт на 3 года с условием возможности ежегодного изменения видов оказываемой помощи и цен, установленных на этот год: предлагается закупать их из одного источника на 3 года.

Также сельские районные больницы и поликлиники будут объединены в одну единую структурную единицу. Будет внедрено амбулаторное лекарственное обеспечение на уровне ПМСП. В таких организациях предлагается перейти на принцип возмещения расходов.

Будет изменена схема оплаты медицинских услуг.

В настоящее время в РК медорганизации-контрактники ежедневно в автоматизированном режиме представляют информацию о пролеченных случаях в стационарах в формате, установленным уполномоченным органом в КОМУ. Филиалы КОМУ выборочно проверяют объем и качество услуг, принимают или не принимают к оплате. Далее филиалы предоставляют потребность средств в КОМУ МЗСР. КОМУ МЗСР направляет средства в филиалы для дальнейшего перечисления на расчетные счета медицинских организаций.

При этом такая система имеет свои недостатки:

* KOMУ оплачивается только стационарная помощь;
* некачественная оценка пролеченных случаев;
* низкая прозрачность при принятии решений и невозможность оценки эффективности использования средств;
* высокий уровень коррупциогенности;
* проблема перераспределения средств;
* высокий уровень административных расходов.

Изучив положительный международный опыт в новой системе предполагается:

* Все виды предоставляемой медицинской помощи будут финансироваться через Фонд:
* ГОБМП - все виды медпомощи (Фонд как оператор)
* OCMC - все виды медпомощи (Фонд как закупщик)
* Медорганизации-контрактники ежедневно в автоматизированном режиме будут предоставлять информацию, которая будет доступна как филиалам Фонда, так и самому Фонду. Это даст возможность проведения ежедневного мониторинга и выборочной проверки услуг, оказанных населению по всей стране.
* Общая потребность будет предоставляться в Фонд к 25 числу ежемесячно.
* Головной офис Фонда, с учетом данных филиалов и заключений соответствующих структурных подразделений Фонда, перечисляет централизованно средства на расчетные счета медицинских организаций (аналогично как сейчас по ГЦВП)

Претерпит изменения и тарифная политика при закупе медицинских услуг:

Тарифы, которые сегодня рассчитаны под государственные медорганизации и не предусматривают возмещения инвестиций, будет пересмотрены и отразят реальную структуру затрат, в том числе капитальные затраты и амортизационные отчисления, обслуживание медицинских и ИТ технологий, стоимость финансовых услуг и прочие расходы:

* это создаст возможности для развития медорганизаций, позволит перейти от практики жесткого контроля объемов к системе оперативного мониторинга;
* будет стимулировать привлечение частных медорганизаций к оказанию услуг в рамках ГОМБП и ОСМС, повысит интерес частного капитала во входе на рынок здравоохранения, в т.ч. по ГЧП;
* будет концентрировать медицинские организаций на проведение профилактики и расширение стационарозамещающей помощи.

Методы оплаты медицинских услуг будут усовершенствованы:

1. первичная медико-санитарная помощь – через подушевой норматив;
2. консультативно-диагностические услуги – через тарифы по видам услуг;
3. скорая помощь – по числу вызовов;
4. приемный покой (при доставке пациента каретой скорой помощи);

* единый усредненный тариф на расширенные консультации;
* 67% КЗГ при нахождении пациента в приемном покое не более 24 часов;

1. стационарозамещающая помощь – 25% КЗГ при больничном стационаре, 17% КЗГ при домовом уходе;
2. стационарная помощь – 100% КЗГ на каждый пролеченный случай.

Внедрение ОСМС позволит повысить качества оказываемых медицинских услуг. Уже создано Объединенная комиссия по качеству медицинских услуг (по опыту Германии), который регулирует вопросы стандартизации клинических протоколов диагностики и лечения, медицинского образования, лекарственного обеспечения, аккредитации медицинских организаций. В данную организацию вошли представители общественности, общественных объединений медицинских организации и обществ врачей и провизоров Казахстана, представители медицинского бизнеса.

При внедрении ОСМС параметры для оценки качества будут пересмотрены и будут включать:

1. Параметры для оценки качества будут пересмотрены и будут включать:

а) обеспечение безопасности пациентов;

б) клиническая эффективность;

в) экономическая эффективность;

г) достижение целевых показателей и индикаторов поставщиками медуслуг.

2. ККМФД будет осуществлять гос.контроль, в т.ч.:

* контроль за соблюдением стандартов в области здравоохранения;
* проверка летальных случаев, в т.ч. по запросу ФСМС;
* проверка жалоб.

3. Фонд будет осуществлять проверку на основании заключенного договора с медорганизацией, в т.ч.:

* экспертизу объемов и качества пролеченных случаев;
* экспертизу обоснованности назначения ЛС и ИМН;
* мониторинг индикаторов конечного результата деятельности поставщиков.

4. По результатам проверок Фонд будет формировать базу данных медицинских организаций, имеющих положительные и отрицательные рейтинги.

Одним из основных функций ОСМС является обеспечение его финансовой устойчивости. Изучен опыт Литвы, Словакии и России, где ОМС функционирует довольно давно. Исходя из международного опыта в рамках ОСМС для обеспечения его финансовой устойчивости предусматривается:

1. В рамках ОСМС для обеспечения финансовой устойчивости предусматривается:

а) взносы государства будут осуществляться от официальной средней зарплаты позапрошлого года (т.е. для 2017 года берётся показатель 2015 г.). Они дают возможность компенсировать государством потерь системы ОСМС в случаях экономического спада.

б) инвестирование на стандартный набор финансовых инструментов через Национальный банк;

в) предлагается формировать следующие резервы:

* + ежемесячный неинвестируемый неснижаемый остаток в объеме не менее 50 млрд.тенге;
  + резервы на покрытие непредвиденных расходов в размере 3% от объема взносов и отчислений в Фонд СМС;
  + оборотные средства для покрытия ежемесячных счет-фактур, представленных за текущий месяц, после 25-го числа, а также в случаях превышения объема представленных услуг по сравнению с объемом, указанном в договоре.

При внедрении новой системы ОСМС основные функции МЗСР и его комитетов, и ФСМС будут разграничены законодательном уровне.

Все бизнес-процессы ФСМС определены и предусмотрены меры по их реализации.

Внедрение ОСМС осуществляется в комплексе с реформированием системы здравоохранения Казахстана. В январе 2016 года Главой государства Н.Назарбаевым утверждена Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы, где предусмотрены основные задачи и направления развития отрасли.

Также реализация нового совместного со Всемирным Банком нового проекта «Социальное медицинское страхование: повышение доступности, качества, экономической эффективности и финансовой защиты» на 2016-2020 гг. обеспечит устойчивое развитие ОСМС в Казахстане.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_