
보건의료 인력정책의 방향

-- 토론문(신 영석)

2020. 9. 24.



K I H A S A
한국보건사회연구원

I. 보건의료 인력의 중요성

- ① **보건의료 인력의 특성** : 보건의료 부문의 인력은 타 부문의 인력과 비교하여 시장독점과 공공성, 장기간 인력 양성 체계 등 다양한 특징을 가짐.

〈표 1〉 보건의료 인력이 가지는 특징

구분	특성	관련 내용
일반적 특성	공공성	건강을 권리로 인식, 높은 외부효과로 공공성이 큼
소비자 특성	소비자의 지식 결여	소비자가 의사결정에 필요한 정보를 제공자에게 전적으로 의존하는 비대칭적인 관계 형성
제공자 특성	의료제공의 독점	면허를 가진 자에게만 시장에 참여할 수 있는 자격이 부여
수요-공급 특성	예측 불가능한 수요 발생	질병의 발생 시기에 대하여 각 개인이 예측할 수 없음. 또한 코로나 19와 같은 전염성 질환의 발생에 대해 예측할 수 없음.
	수요와 공급의 시간적 불일치	의료인력의 양성과 시설의 건립에는 오랜 시간이 소요됨.
서비스 특성	노동집약적 서비스	자본투자로 노동을 대체하기 어려운 서비스

자료 : 보건의료인력 실태조사, 보건복지부, 한국보건사회연구원, 2019

- (경쟁의 제한) 국가 주도의 규제와 정책으로 면허제도 하에 명칭과 업무에 대한 자격과 특권이 부여됨.
- (장기간의 인력 훈련 체계) 정부의 중장기 인력 수급계획에도 불구하고, 여러 인력이 보건의료 분야 내부 뿐만 아니라 외부에서도 영향을 받는 예측 불가능성이 존재함(오영호, 2007).
- (노동 집약적 서비스 산업) 의사, 간호사, 약사 등 의료인이나, 의료기사를 자본투자로 대체하기에 한계가 있어 의료서비스는 노동집약적임.
- (여러 제도의 교차점) 의료기관 자체의 특성상, 인력 집약적이며, 의료법, 근로기준법, 노동관계법, 모성보호 관련법, 산업안전보건법 등 다양한 법에 적용을 받게 되는데 이는 해당 법들이 준수되지 않을 경우 그만큼 사각지대에 노출될 가능성이 높음을 의미함.

- ② **WHO(보건의료 인력에 대한 중요성 강조)** : 보건의료인력의 현황과 실태는 인력 수급체계, 노동 시장에서의 맥락, 건강보험제도 및 보건의료체계 전반을 함께 고려해야 하며, 이를 통해 비로소 국가 단위의 보건의료인력 종합계획을 수립할 수 있음

③ 보건의료 인력의 중요성(명암)

- (적정한 보건의료 인력확보의 필요성) 양질의 보건의료 인력은 사회 구성원의 건강수준을 결정함.
: 적정한 보건의료 인력의 확보, 보건의료 인력의 질, 서비스 이용체계 등이 그 사회의 기대여명, 영아 사망률, 질병별 연령표준화 사망률 등과 같은 건강지표를 결정
- (과도한 보건의료 인력확보의 폐해) 소비자와 공급자의 정보 비대칭성 때문에 필요 이상의 보건의료 인력 확보는 의료비의 낭비를 가져올 수 있음.

II. 인력관련 대내외 환경 전망

- ① 급속한 저출산·고령화로 부담능력은 감소하고 의료수요는 증가
- ② 언택트(Untact) 시대의 도래 및 코로나 블루 경험자 증가
- ③ 예방중심, 지역사회 중심으로 보건의료 패러다임 변화
- ④ 코로나19 위기에서 찾아온 바이오·헬스 산업의 기회

III. 보건의료 인력 관련 문제인식

① 국제 비교

〈표〉 OECD health statistics: 2017년 (or nearest year)

국가	임상의사 (인구천명당)	임상간호사 (인구천명당)	임상약사 (인구천명당)	임상치과의사 (인구천명당)	의사 외래진료 (국민1인당)	환자 1인당 평균 재원일수 (일)	노인인구 비율 (%)
OECD 평균	3.42	7.41	0.83	0.68	6.7	7.3	17.3
NHI(SHI) 평균	3.36 ↓	6.36 ↓	0.80 ↓	0.65 ↓	8.12 ↑	7.88 ↑	17.00
NHS 평균	3.57 ↑	8.65 ↑	0.86 ↑	0.73 ↑	5.31 ↓	6.79 ↓	18.18

- 한국은 OECD 평균에 비해 인구 천명 당 의사 수(한 의사 포함)는 작으나 상대적으로 남성 비율이 높고, 면허 대비 임상 종사비율이 82.5%로 OECD 평균인 71.4%보다 높고, 상대적으로 54세 이상 비율이 높은 것으로 나타나고 있음. 단 35세 이하 계층에서는 OECD 평균보다 낮아 최근 OECD 국가들이 의사의 은퇴에 대비한 젊은 의사의 확충에 나서는 것으로 파악됨.

〈표〉 OECD 평균과 비교한 한국의 의사 구성

		2011년				2017년				OECD 평균 이상 ● OECD 평균 미만 ○ (2017년 기준)	
		한국		OECD		한국		OECD			
의사	임상 의사 수* (인구 천 명당)	2.0명		3.2명		2.3명		3.5명		○	
	면허 의사 수 (인구 천 명당)	2.5명		4.4명		2.8명		4.9명		○	
	성별	여성*	21%		44%		23%		48%		○
		남성	79%		56%		77%		52%		●
	연령별	35세 이하	27.07%	(0.54명)	19.59%	(0.63명)	20.49%	(0.47명)	20.54%	(0.72명)	○
		35-44세	34.84%	(0.70명)	23.42%	(0.75명)	31.80%	(0.73명)	22.85%	(0.80명)	●
		45-54세	24.43%	(0.49명)	26.12%	(0.84명)	28.32%	(0.65명)	22.40%	(0.78명)	●
		55-64세	9.23%	(0.18명)	22.26%	(0.71명)	13.67%	(0.31명)	23.20%	(0.81명)	○
		65-74세	4.44%	(0.09명)	8.19%	(0.26명)	4.13%	(0.09명)	9.83%	(0.34명)	○
		75세 이상	-		-		1.59%	(0.04명)	2.22%	(0.08명)	○
구분별 (인구 천 명당)	일반의(GP)	0.58		0.97		0.63		1.03		○	
	전문의(SP)	1.45		2.01		1.71		2.25		○	

주 1) * Health at glance 2013(OECD, 2013), Health at glance 2019(OECD, 2019)에 수록된 OECD 평균값을 기재함.

2) 면허 의사 수, 연령별 비율, 일반의 및 전문의 수는 해당년도(또는 인접년도) 데이터가 있는 OECD 국가를 대상으로 평균을 산출함.

3) 성별, 연령별 의사의 기준은 임상 의사이며, 이 자료가 없는 경우 관련분야 포함 활동 의사 또는 의사 면허 소지자 정보를 집계할 수 있음.

자료: OECD statistics (stats.oecd.org)

○ 한국의 간호사와 약사도 인구 천 명 당 각각 6.91명과 0.72명으로 OECD 평균 8.8명과 0.83명에 비해 낮은 것으로 나타남. : 특히 간호사의 경우 한국은 간호조무사까지 포함한 수치로 간호사로만 한정하면 3.9명으로 많이 낮음.

○ 면허 대비 간호사의 임상 비율은 약 33.7%(간호조무사까지 포함, 간호사만 한정하면 약 50%)로 OECD 평균인 61.7%(간호조무사 포함)에 비해 낮은 것으로 나타나고 있고, 약사도 약 53.9%로 OECD 평균인 약 67.5%에 비해 낮음.

② 보건의료 인력에 대한 수요와 공급 요인

□ 의료체계 : 보험방식(NHI) 국가들의 인구천명당 의사수는 약 3.36인 반면 조세방식(NHS) 국가들은 약 3.57에 이른다(OECD 평균 : 3.42)

○ 민간의료보험(CSM)인 미국은 2.61

○ 조세방식(NHS) 국가들에서는 지불보상 총액이 사전에 결정됨으로써 행위별 수가제를 적용하는 국가들에 비해 의사들에 대한 유인동기가 작음 : 상대적으로 더 많은 의사가 필요함.

○ 간호사와 약사 모두 보험방식 국가들의 종사자 수가 조세방식 국가들에 비해 작은 것으로 나타남.

□ 지불보상 방식 : Gate-Keeping, Budget-Constraint 등 지불 총액이 통제되는 나라들에 비해 행위별 수가제를 적용하는 국가들의 보건의료 인력 수가 작음(한국, 일본, 미국 등)

- 의료공급의 주체 : 민간주도 의료공급 국가(한국, 일본, 프랑스, 미국 등)들의 보건의료 인력 수가 공공주도 의료공급 국가(노르웨이, 스웨덴, 덴마크 등)들에 비해 작음
- 보건의료인력 현황에 대한 국제 비교시, 단순한 활동인력, 면허 인력의 양적 수치 비교 뿐 만 아니라, 질병의 발생 및 유병률, 건강 패턴 등 다양한 의료 욕구를 반영할 필요가 있음.
- 인력 추계 시에는 질병 이환과 발생, 노동시장의 형태, 정책 변화 등 다양한 요인을 고려해야 함.

③ 문제 인식

1. 의사에 대해

□ 의사 과잉 vs 부족

- 우리나라 의사 수는 OECD 국가와 비교했을 때 매우 적은 수준이므로 의사 수를 늘려야 한다는 입장과, 문제는 인력 수가 아닌 불균형에 있다는 입장이 대립되고 있음¹⁾.
 - (의사 부족) 우리나라의 인구 1,000명 당 의사 수는 2017년 기준 2.3명으로, OECD 평균 (3.4명)보다 낮은 수준임.
 - 의료의 고도화, 전문화에 따른 1인 의사의 담당영역 축소, 의사의 직업의식 변화 및 삶의 질 추구, 휴일·야간 진료 희망 환자 증가, 대형병원·전문의를 대한 수요 증가 등 의사확충 필요
 - (의사 부족하지 않음) 인구 1,000명당 의사 수는 증가하고 있으나 의사 1인당 국민 수는 감소하는 추세이기 때문에 추후 의사 수는 부족하지 않으며, 중요한 것은 의사 수가 아니라 의료기관 종별 지역별 격차이므로 의료기관 쏠림 현상을 해결하는 것이 우선적임.
 - 의사는 수요를 창출할 수 있기 때문에 필요 이상의 공급은 국민의료비 촉발
- (종합)의사 인력 총량에 대해서는 이견이 있지만 현재 지역간, 진료과목간 불균형에 대해서는 공감대가 형성되고 있음.
 - 다만 인구의 감소가 예측되고, 의사 인력 양성에 장시간이 소요되는 점을 감안하여 미래의 수급상황을 동시에 고려해야한다는 의견 팽배
 - 의사 인력을 총량 관점에서 증가시키기 보다 부족한 영역에 타겟팅하여 증가시킬 필요가 있음.

□ 진료과목별 전공의 쏠림 현상

- 개원이 유리하거나 수요가 많거나 근무여건이 좋은 피부과, 성형외과, 정형외과, 이비인후과 등 진료과목은 전공의 지원자가 많고 전문의 자격을 취득한 이후 수입과 근무여건이 상대적으로

1) 메디컬타임즈(2017.9.28.), '과잉vs부족' 또 다시 불붙은 의사인력 찬반논쟁

열악한 흉부외과 등 진료과목은 전공의 지원자가 작음. : 진료과목별 전공의 쏠림 현상이 지속

- 이에 보건복지부는 진료과목별 전공의 쏠림 현상을 해소하기 위해 2013년부터 의사국가시험 합격자 수와 전공의 정원을 맞추는 ‘전공의 정원 구조 합리화 정책’을 시행하였고 2018년 완료되었음.

- 기대수익, 위험도, 삶의 질, 개원용이성, 등 ⇒ 정형외과, 재활의학과, 성형외과, 피부과 등은 140% 이상인 반면 흉부외과·비뇨의학과 등은 미달(2019년 기준)

□ 의료기관 종별, 지역별 의사 불균형

- 대도시와 대형병원에 의사가 집중되면서 의사가 부족한 일부 지역에서는 필수진료서비스조차 받지 못하는 상황이 일어나고 있음.

- 2015년 기준 분만 산부인과가 없는 분만 취약지는 37곳이었으며, 필수진료서비스인 내과, 외과, 소아청소년과가 없는 지역도 각각 5곳, 10곳 14곳이었음²⁾.

- 수도권에 의사들이 집중되고 최근 공보의의 숫자가 감소(여성 의대 진학률 증가, 군필 대학원 과정에 진입하는 사람들 증가)하면서 필수 공공의료를 담당할 인력 부족 : 최근 COVID19 사태 이후 자원인력의 헌신으로 부족함을 메우고 있으나 구조적 원인 규명 및 필수 인력 확보 필요

- 기초과학(의과학) 대비 임상의로의 쏠림 : 기초의학 분야 인력 부족

- 임상과 비임상 부문간 보상의 차이, 제도적 여건 차이 때문에 대부분 의사는 ‘임상의’ 과정을 선호
▶ 향후 **바이오-메디컬** 분야의 전망을 감안하면 의과학자 양성을 위한 국가적(제도적) 개입 필요
- 의대졸업생 약 3058명 중 기초의학 선택 자는 1% 미만

□ 전공의 수련시간 축소에 따른 대체 인력 필요

- 전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위해 2015년 12월 ‘전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률’이 제정되었고, 2017년 12월 전면 시행되었음.

- 대한전공의협의회가 수련병원의 전공의를 대상으로 실시한 ‘전국 병원 수련환경평가’에 따르면, 주 80시간 근무를 의무화한 전공의 특별법 제정에도 불구하고 전공의들의 근무환경은 여전히 열악한 것으로 조사되었음.

- 입원전담의 제도가 2017년부터 민간단위에서 시작된 이후 점진적으로 확대되고 있음.

- 2019년 10월 기준 서울대병원, 아산병원, 세브란스병원 등 36개 병원에서 2,836병상이 시범사업에 참여
- 코로나 19 이후 본 사업으로 전환될 예정

- 전공의법 제정 => 대체인력 필요 => 현장에서는 간호사 등을 통한 불법적 PA(Physician

2) 아시아투데이(2016.8.15.). 의료인 숫자 부족, 지역불균형 심각... 의사 확대 한 목소리

Assistant)로 대응

- 공중보건 의사 수는 2010년 5,179명에서 2016년 3,488명으로 6년 만에 32.7% 감소
 - 의학전문대학원으로 전환되면서 군 미필 졸업생이 줄고 의과대학 내 여학생 비율 증가
- 의과대학 정원 만 늘리는 방안으로는 의료기관 종별, 지역별 의사 불균형 문제를 해결할 수 없으며, 지방중소병원 및 취약지 인력 양성 및 배치를 위해서는 조건부 면허 의사 제도 도입, 취약지 의료 수가 신설, 공중보건장학의 제도 등을 통해 공공의료 인력양성 계획이 필요함.

2. 간호사

- 절대 인력 부족 : 한국은 간호조무사 포함 간호 인력이 인구 천 명당 6.9명으로 OECD 평균 8.8명에 비해 많이 작음.(간호사만 한정하면 인구 천 명당 3.9명)
 - 면허 대비 간호사의 임상 비율은 약 33.7%(간호조무사까지 포함, 간호사만 한정하면 약 50%)로 OECD 평균인 61.7%(간호조무사 포함)에 비해 낮음.
 - 임상에 종사하는 간호사 비율이 낮은 것은 제도적 환경에 기인하고 있음.
 - 3교대 근무라는 근본적 한계 속에 투입 노동에 비해 보상수준이 낮아 다른 직종으로의 전환을 모색
 - 장기근속을 저해하는 노동조건 때문에 간호의 질에도 영향
 - (쏠림) 상대적으로 근무여건, 보상이 더 나은 수도권 병원으로 간호사들이 쏠림으로써 지방에서는 간호사 구인난
- 간호인력에 대한 수요 점증
 - 고령인구의 급증은 지역단위에서 만성질환, 치매 등을 케어할 인력 필요
 - 교대제 개편 등 간호사 노동조건을 개선하기 위해서는 더 많은 간호사 필요(임상 분야 종사율을 높일 수 있는 방안)
 - 전공의 법 시행에 의한 PA(Physician Assistant) 수요 증가 : 대부분 간호사가 역할 수행
 - 간호간병 통합서비스의 획기적 확대를 위해서는 간호사 추가 필요
 - IT, BT 환경의 발달로 간호 업무의 확대 요청 : 외국의 경우 NP(Nurse Practitioner) 확대 중

IV. 인력 수급 불균형 해소를 위하여

□ 불균형 해소를 위한 원칙

- 국민의 건강권 확보 : 의료의 질 담보
- 비용 효과적인 접근 : 지역간 업무 범위의 구조조정 등
- 정책간 조율을 통해 시너지 제고 : 의료자원정책(인력, 병상, 기기 등), 보건정책(의료 이용체계 등), 건강보험정책(보상 기전 등)

1. 의사

□ (방안 1) 보편적 의대 정원 확대 : 외국의 사례 등을 감안하면 졸업 후 대도시 중심 쏠림 현상은 가속화 될 것으로 예상되어, 의료사각지대 해소에 도움되기 보다는 비용 촉발의 새로운 문제 양상이 나타날 수 있음.

□ (방안 2) 필요한 영역에 선택과 집중을 통해 의대 정원 확대 : 공공의료, 지역의료, 의과학 전공자가 부족하기 때문에 의대 졸업 후 해당 분야, 지역에서 종사할 수 있는 제도적 기반하에 정원 확대(POST COVID19, New Normal 시대 대비)

- 지역 의사선발 제도 도입 : 의대 재학시 장학금을 국가가 제공하되, 자격증을 획득한 후 일정기간(예: 10년) 해당 지역에서 의무적으로 서비스 제공
- 공공 장학의 제도 도입 : 국가가 장학금을 제공하되, 의료 공백이 발생하는 필수 영역(예 : 공공의료) 전공을 의무화
 - 지역 의사와 공공 장학의 제도를 동시에 활용할 있는 틀 마련
- 의공학자 제도 도입 : 공대 졸업자 중 의료 Tech 관련 의료대학원 과정을 개설하여 인력을 양성하거나, 의대생들이 복수 전공을 통해 전문인이 될 수 있는 기전을 확보하여 양성 => 인센티브제도 외에 졸업 후 이들이 활동할 수 있는 영역 우선 창출(IT, BT 연계 보건의료 산업화가 이루어질 수 있는 제도 확보)
 - 현재에는 IT, BT의 우수한 인재들이 의전원 등을 통해 의사면허를 취득하면, 임상의로 활동하여 오히려 기초의학의 우수한 인재들이 유출되고 있는 상황
 - 우수한 IT, BT 인력들이 의사교육 수료 후(의사면허 취득 후), 다시 기초의과학 분야로 복귀하여 기초의과학에 종사할 수 있는 트랙 및 인센티브를 마련해주는 것

이 필요

- 현재 **융합형 의사과학자 양성 사업**은 현행 의대정원 내에서 인력을 양성하는 방식으로 의과학자가 많아질수록 임상 의사가 적어지는 구조이기 때문에 기초의과 대학원은 별도 외 정원을 활용하는 방식으로 검토

□ (방안 3) 직역간 업무 구조조정, 분야간 보상기전의 형평성 확보 등을 통해 의료공백 최소화

○ 의사와 간호사간 업무 구조조정 : 현재 의사의 업무로 되어 있으나 현장에서는 주로 간호사가 담당하고 있는 업무(현재 PA 업무 등), 간호사에 이관하여도 의료의 질에 전혀 손상이 안되는 업무(전문간호사 업무 범위 확대 등) 등을 조정하여 의사에 대한 수요 일부 완화

- 13개 분야 전문간호사(가정, 노인, 보건, 산업, 응급, 중환자, 임상, 아동, 종양, 호스피스, 감염, 마취, 정신)의 업무 범위를 단계적으로 조정

〈참고〉

□ 의료환경의 변화

○ 세계의 거의 모든 나라들은 재정적 한계, 기술의 발달, 질환 양상의 변화, 인구의 노령화 등에 따라 재정 절감을 위한 자원 기간의 단축, 일차 진료 및 예방의학의 중요성 증대, 병원중심체계에서 지역중심으로의 전환 등으로 의료체계의 개혁과 혁신을 진행 중임.

○ 공급측면에서는 팀기반 협력의료가 활성화되면서 의료전문직간 경계가 허물어지고 있음.

- 전통적으로 의사의 업무가 간호사에게 위임되면서 전문간호사와 같은 새로운 전문 영역이 창출되고 있음.
- WHO에서는 전문간호사의 수를 확충하여 의사와 협력하여 그들의 기술을 더 잘 활용할 것을 권고

○ 보상기전의 형평성을 제고하여 전문과목별 쏠림, 요양기관 종별 쏠림 등을 해소하여 수급 불균형 조절

- 사람보다 기기에 후한 현행 보상체계를 개편하여 수술, 처치 등 고난도 행위에 대해 보상을 강화하여 전문과목별 쏠림 현상 완화
- 요양기관 종별 수익구조를 재검토하여 종사 인력의 균형 확보(의사의 경우 현재는 의원급 수익이 상급종합병원 종사자 수익보다 높음.)

2. 간호사

- (방안 1) 보편적 간호대 정원 확대 : 근무 여건이 개선되지 않은 상태에서 간호대 정원 확충은 간호사 처우를 더욱 열악하게 하여 근무 여건이 더욱 악화될 개연성이 높음 = > 이는 간호의 질을 떨어뜨려 국민건강권 훼손
 - 면허보유자 대비 임상종사 간호사가 50%에 불과하다는 현실을 목도할 필요
- (방안 2) 근무 여건 개선, 제도 개선을 통해 면허 보유자의 임상종사 비율을 제고하여 수급 불균형 완화
 - 교대제 개편, 모성정원제 도입, 간호 외 업무 감축 등을 통해 근무여건이 개선되어 면허 보유자의 임상종사 비율이 현행 50%에서 OECD 평균인 약 70%에 도달한다면 간호대학 추가 정원 확대 없이 1년에 약 4,600명의 간호사 추가 확보 가능(간호사 1년 정원 23,000명)
 - 간호사 보상 관련 공식화된 기전을 정상화하여 간호사의 장기 근속 유도 : 정원 확대 효과
 - 입원료 중 약 25%가 '간호관리료'란 명목으로 보상중이나 이는 현행 입원 전담 간호사 처우의 30%에 불과함.(2017년 회계조사 결과)
 - 입원료 중 의학관리료(40%), 간호관리료(25%), 병원관리료(35%)의 비중을 현실에 부합하도록 재조정하고 이에 상응한 정도로 간호사 처우를 개선함으로써 간호사 장기근속 유도
- (방안 3) 여건 변화에 의한 신규 간호 수요를 감당할 간호대 정원 확충
 - 직역간 업무 구조조정 우선: 현시대에 부응할 수 있도록 의사와 간호사, 간호사와 간호조무사간 업무조정을 통해 간호사 수급 상황 재검토 필요
 - 지역단위에서 만성질환 관리 등 1차 의료 확대, 치매 국가책임제, 간호간병 통합서비스 확대, 전공의 법 개정에 의한 간호사들의 P.A 업무 공식화, 간호업무 영역 확대 등을 반영하여 간호대 정원 확충(현재 보건의료인력 5개년 계획에서 검토 중)
 - 간호사의 경우도 대도시 쏠림현상이 나타남에 따라 지방 취약지 중심으로 간호사 구인난에 봉착 : 이를 해소하기 위해 간호대 정원 중 일정 비율을 할당하여 지역 장학의사제도처럼 지역 간호사제도 도입

- 동시에 남자 간호사도 공보의처럼 지역단위에서 공보간호사로 군복무 대체 검토

3. 종합

- 보건의료 인력의 양과 질은 국민의 건강권과 밀접하게 관련되어 있음.
- 의사, 간호사, 약사 직역이 수요대비 공급이 부족한 것으로 나타나고 있음.
- 보건의료 인력은 공급을 충분히 하여도 시장기전을 통해 결정되는 현행 체계에서는 지방 취약지역, 응급, 감염 등 일부 영역에서는 공백이 발생할 수밖에 없음. (외국의 사례에서 목도되고 있음. - 미국, 일본 등)
- 분야별 공급 부족 원인을 해소할 수 있는 방향에서 인력 확충 방안 필요 : 보건의료인력의 확충은 반드시 비용과 연계됨.
- 보건의료인력 확충정책은 보건의료정책(의료이용체계 등), 건강보험정책(보상기전 등)과 연계되어 설계되지 않으면 정원 확충의 실효성이 현저히 저하됨.