

# De gezondheidszorg moet naar de beleidsdokter!

A.P.J. VAN DER EYDEN

Alle zogenaamde beleidsvernieuwing ten spijt blijft het zorgbeleid doorgaan op de platgetreden paden van de zorgkostenobsessie. De bezuinigingen door middel van budgettering zijn a-sociaal en medisch onverantwoord. Het is dringend noodzakelijk zorgdoelstellingen in plaats van zorgkosten voorop te stellen. Welke politicus pakt de handschoen op?

De zorgsector wordt getergd door allerlei ziekteverschijnselen. De medisch-technische ontwikkelingen hebben mogelijk gemaakt, dat er veel meer en betere zorg geboden kan worden. Toch krijgen talrijke hulpbehoevenden in onze samenleving niet de zorg die ze nodig hebben. En Nederland is niet bepaald een armlastig land, dat redelijke kosten van gezondheidszorg niet zou kunnen opbrengen. Toch wordt de Nederlandse bevolking regelmatig opgeschrikt door talrijke berichten uit de samenleving, dat de gezondheidszorg kennelijk niet de zorg biedt die nodig is. Tekorten aan personeel, wachtlijsten, sluiting van afdelingen, een structureel tekort aan intensive care bedden, 'gaten in de zorg' en nog veel meer échte narigheid. Door beleidsmakers wordt nogal eens beweerd, dat dit komt door de uit de hand gelopen kosten van de gezondheidszorg. Maar dat is gewoon niet waar! Het - verkeerd door de politiek aangestuurde - overheidsbeleid deugt gewoon niet. Talrijke beleidsinfarcten, budgettosen en andere ziekteverschijnselen in de gezondheidszorg zijn daarvan het gevolg. Ernstig is, dat vele van deze ziekteverschijnselen wel worden vastgesteld, maar dat beleidsmakers doorgaan op de oude voet met verouderde of zelfs verkeerde behandelwijzen. Er zijn in het algemeen weinig echte beleidsimpulsen ten goede. Het huidige kabinet past (objectief gezien slecht) op de winkel, af en toe is er een storm in een glas water (geneesmiddelen, etcetera).

Binnen het kader van dit artikel kan slechts volstaan worden met het aangeven van enkele lijnen voor een betere aanpak. Zonder de overgangsproblemen naar een ander systeem voor de zorgsector te onderschatten, kan wel aangegeven worden, dat het roer om moet. Het schip van de zorgsector kan een betere koers varen. Zonder dat de echte problemen worden aangepakt, wordt door de politiek



A.P.J. VAN DER EYDEN

veel drukte gemaakt over de vervanging van de ene wet door de andere, of de ene maatregel door de andere. Daarmee wordt de indruk gewekt, dat men serieus bezig is met de problemen, *quod non*. We moeten eerlijk zijn naar onze samenleving. Het CDA is medeverantwoordelijk voor de door een verkeerd overheidsbeleid veroorzaakte, verziekte situatie in de gezondheidszorg. Het CDA zal dan ook afstand moeten nemen van een deel van het in de afgelopen decennia gevoerde beleid. Daarmee zou het CDA eindelijk gehoor geven aan wat er wijd en zijd in de samenleving en in de zorginstellingen aan kritiek leeft op de ontregelde situatie in de zorgsector. Het gaat niet alleen om de veel te omvangrijke bezuinigingen. Het gaat ook om de verkeerde bezuinigingspolitiek die tegen-doelmatig is. Zonder te ontkennen, dat er doelmatiger kan worden gewerkt in de zorgsector (waar niet?), is het een feit, dat de zorgbudgettering doelmatig werken juist belemmert. De bestaande zorgbudgettering is a-sociaal, medisch onverantwoord en in strijd met vele wetten (het gaat om wettelijke open-einde regelingen). Het wordt tijd voor een andere aanpak, welke alle politieke stromingen in ons land kan aanspreken. De gezondheidszorg is te belangrijk om door partij-politiek gekneveld te worden. Kortom: de gezondheidszorg moet naar de beleidsdokter!

### Jaaroverzicht Zorg 1999 (Joz)

✎ In vrijwel alle zorgsectoren is gedurende het kabinet-Kok I een toenemende verschraling van zorg opgetreden.

De mensen die in de zorgsector werken en allen die op een of andere wijze als hulpvrager, patiënt, betrokkene of bezoeker met de werkelijkheid van de zorgsector te maken hebben, weten maar al te goed, dat de zorgsector niet zo rooskleurig is als het kabinet-Kok II ons wil doen geloven. In vrijwel alle zorgsectoren is gedurende het kabinet-Kok I een toenemende verschraling van zorg opgetreden, welke de onder vorige kabinetten doorgevoerde bezuinigingsbudgettering heeft verscherpt. Het doet dan ook ongeloofwaardig en gekunsteld aan, als met trots wordt opgeschreven: 'Het kabinet heeft de financiële ruimte voor de zorgsector in de komende kabinetsperiode verruimd, en heeft afgesproken dat het volume van de zorg per jaar met gemiddeld 2,3% kan toenemen. In totaal is voor volumegroei in 2002 f5,66 miljard beschikbaar.' (Joz,p.11). Door de zorgsector eerst jarenlang bewust op een veel te laag budget vast te nagelen, is het natuurlijk een aanfluiting om juichend te applaudiseren bij een beperkte verhoging ten opzichte van een (ten opzichte van de werkelijke kosten) te laag gehouden budget. Er is van doordachte beleidsvernieuwing geen sprake, er wordt slecht op de winkel gepast. Alle geannonceerde, zogenaamde beleidsvernieuwing ten spijt, blijft het beleid doorgaan op de platgetreden paden van de zorgkostenobsessie. Het is absurd, dat er een grote groep consumenten/patiënten is, die extra geld wil uitgeven in de reguliere gezondheidszorg, maar dat gewoon niet mag (Vierhout, 1998).

## Financialisme door zorgkostenobsessie

Een allesoverheersende ziekte is het door een zorgkostenobsessie gedreven financialisme. Financialisme is het zodanig accentueren van de financiële aspecten, dat andere relevante (medische, sociale en andere) dimensies worden verwaarloosd en er zelfs niet-economisch handelen optreedt. Economisch handelen houdt in, dat men rekening houdend met schaarse middelen en met de beschikbare mogelijkheden zo doelmatig mogelijk handelt. Een veel beproefde truc om het bestaande financialisme te ontkennen is de bewering, dat er best doelmatiger kan worden gewerkt. Natuurlijk, dat kan in de zorgsector net zoals in alle andere bedrijfstakken. Maar ernstig is, dat het door de politiek gecreëerde financialisme juist tegen-doelmatig is. Alles wordt ondergeschikt gemaakt aan een zorgkostenobsessie. En deze wordt operationeel gemaakt door de bezuinigingsbudgettering. Bezuiniging kan nodig zijn, maar dat moet dan wel goed, doelmatig gebeuren. En dat is niet het geval met de bezuinigingsbudgettering in de zorg. Het budgetsysteem is een gekunsteld systeem, dat de allocatie van schaarse middelen verkeerd stuurt. Het allocatiesysteem wordt structureel ontworcht met funeste gevolgen op vele onderdelen van de zorgsector. In een soort incidentenmanagement worden er wat halfzachte lapmiddelen ingezet ('wachtlijstgeld', en dergelijke), zonder dat de echte problemen worden aangepakt. Het is te gemakkelijk de hulpverleners de schuld te geven ('Ze moeten maar doelmatiger werken.') Bovendien, het niet geven van noodzakelijke zorg kost veel meer dan ons regelmatig wordt wijsgemaakt. De volgorde zorgkosten/zorgdoelstellingen moet omgezet worden in zorgdoelstellingen/zorgkosten. Eerst vaststellen welke zorg gegeven moet worden en dan de noodzakelijke kosten betalen.

➤ **De volgorde zorgkosten/zorgdoelstellingen moet omgezet worden in zorgdoelstellingen/zorgkosten. Eerst vaststellen welke zorg gegeven moet worden en dan de noodzakelijke kosten betalen.**

Decennialang is de Nederlandse bevolking een zorgkostenobsessie aangepraat. Sinds de jaren zestig werd het vergaand aansturen van de gezondheidszorg door de centrale overheid als absolute noodzaak gepropageerd. Dat was 'noodzakelijk', omdat er een paniek was over de stijgende kosten van de gezondheidszorg. Vele particuliere zorginstellingen werden op sluipende wijze gecollectiviseerd doordat de ziektekostenverzekeringspremies werden opgevat als collectieve middelen. Het totaal van belastingen en ziektekostenverzekeringspremies, nodig voor de bekostiging van de zorguitgaven, werd met één pennestreek als collectieve uitgaven bestempeld. Van collectieve uitgaven is het dan een kleine stap naar 'de gehele zorgsector behoort tot de collectieve sector'. De sombere bedenkers van dit 'Sombere scenario' leken gelijk te krijgen. De zorguitgaven stegen van 20 miljard gulden (1975) tot 61,3 miljard gulden in 1995. Dit is evenwel een nominaal, niet voor inflatie gecorrigeerd, verhaal. Het Bruto Binnenlands Product (BBP) steeg in deze periode van 219,9 miljard gulden (1975) naar 663,7 miljard gulden in 1995. De uitgaven van de zorgsector stegen dus slechts van

9,1% BBP (1975) tot 9,5% BBP. Nog sprekender zijn de cijfers voor de reële zorguitgaven per hoofd van de bevolking (gecorrigeerd voor inflatie): deze stegen van f2.314 (1980) tot f2.486 in 1992 (FOZ 1992, pp.12-13). In de periode 1980/1992 zijn de zorguitgaven per hoofd van de bevolking reëel slechts toegenomen met iets méér dan één gulden per maand!! Waar praat men eigenlijk over? Hoewel deze gegevens bekend waren, ging de anti-doelmatige bezuinigingsbudgettering gewoon door.

In de periode 1994-1998 zijn de zorguitgaven als percentage van het (BBP) gedaald van 9,6% tot 8,8%. Vergeleken met andere westerse landen is dat percentage relatief laag. Nederland neemt ten aanzien van de zorguitgaven een middenpositie in. De Nederlandse bevolking wordt regelmatig gesust met de stelling, dat de gezondheidszorg in Nederland in vergelijking met andere landen (nog) goed blijkt te presteren als het gaat om de kwaliteit van de zorg. Dat is een hart onder de knellende broekriem van de zorgsector, die decennialang beklemd heeft gezeten in de houdgreep van de bezuinigingsbudgettering. Toch is dit niet het gehele verhaal. Ernstig is, dat beleidsmakers, en in hun kielzog vele hulpverleners, hulpvragers opzadelen met een schuldcomplex dat de zorguitgaven zo hoog zijn en dat de zorg onbetaalbaar is geworden. Terwijl dat een grote leugen is! Een goede gezondheidszorg is best betaalbaar, als er maar een goede beleidsaanpak is. In de afgelopen jaren is er voor vele mensen onnoemelijk veel leed geweest, dat in het geheel niet in de officiële statistieken wordt meegenomen. Dat zou onmiddellijk manifest worden, wanneer de mensen via een postbusnummer gevraagd zouden worden alles te noemen wat ze in een bepaalde periode hebben moeten meemaken aan niet of niet-adequaat gegeven zorg.

✶ Een forse uitbreiding van zorguitgaven is een zegen en een economisch productieve activiteit.

### Maatschappelijke kosten-baten analyse als richtsnoer

Er is in feite een grote kloof tussen de noodzakelijke zorg en de door de, politiek verkeerd aangestuurde overheid (met welk recht?) beschikbaar gestelde zorg. Het geeft te denken, dat in het rapport 'Gezondheidszorg in tel' (1998) ondubbelzinnig een forse zorgkloof wordt aangetoond, ook kwantitatief. Het wordt tijd dat er een maatschappelijke kosten-baten analyse komt van de gezondheidszorg. Waarom is het Centraal Planbureau daaraan al niet veel eerder begonnen? Daarbij moeten alle kosten van niet, te laat, verkeerd, onvoldoende geleverde zorg worden gekwantificeerd. Dat zou een schrikeffect sorteren. De vraag is natuurlijk, wat moeten we met dat gegeven? Welnu, het is voor een juist inzicht ook nodig om de maatschappelijke baten te kwantificeren van de reeds geleverde, maar vooral ook van de - door politieke nalatigheid - niet geleverde gezondheidszorg die noodzakelijk is, en ook best geleverd kan worden. Dit gegeven zal onomstotelijk aantonen, dat de politiek op de verkeerde wijze bezig is.

Afgewogen tegen de maatschappelijke kosten van alle niet-gegeven medische en andere noodzakelijke gezondheidszorg in Nederland, is het duidelijk, dat een forse uitbreiding van zorgproductie (en dus van zorguitgaven) een zegen is én een economisch productieve activiteit. Er zijn doelmatige alternatieven voor de benepen zorgbudgettering die medisch wél verantwoord zijn. Boven op de reële schaarsten in de zorgsector (de échte problemen) worden door de politiek kunstmatig schaarsten gecreëerd met de vaststelling van een veel te laag zorgbudget. En het is toch een - nota bene grondwettelijk vastgelegde - plicht van de overheid om de volksgezondheid te bevorderen?

Het kunstmatige 'zorgbudget' (in miljarden guldens), dat wil zeggen het netto budgettair kader zorg, bedraagt in 1998 59,7; in 1999 61,1; in 2000 62,5; 63,9 in 2001; en 65,4 in 2002. Het totaal van de bruto zorguitgaven in 1999 (f71,1 miljard) is hoger dan het zorgbudget in dat jaar (f61,1 mld). Dat wordt verklaard door particulier gefinancierde ziektekosten. In het JOZ-jargon heet het, dat de budgetdisciplinesector zorg betrekking heeft op alle uitgaven en ontvangsten die in het Budgettair Kader Zorg (BKZ) worden meegenomen. Het BKZ omvat de aanvaardbare kosten die worden gefinancierd door de AWBZ, de ZFW en de particuliere verzekeraars (voorzover het voorzieningen betreft die ook in het ZFW-verzekerd pakket zijn opgenomen), en ook de rechtstreeks uit de rijksbegroting gefinancierde zorguitgaven waarvoor de minister van vws verantwoordelijk is. 'De uitgaven-ijklijn Zorg, die tezamen met de ijklijnen voor rijksbegroting en sociale zekerheid in de Miljoenennota wordt gepresenteerd, omvat het collectief gefinancierde deel van het BKZ (AWBZ, ZFW, begrotingsgefinancierde zorg en de omslag WtZ). De particulier gefinancierde ziektekosten behoren dus niet tot de ijklijn Zorg.' (JOZ, pp.16-17). Het roept vragen op, dat door particuliere verzekeringen gedekte voorzieningen tot het BKB worden gerekend, voorzover deze ook in het ZFW-pakket zitten.

### **Zorgsector als specifieke bedrijfstak**

Circa 800.000 mensen zijn werkzaam in de bedrijfstak van de zorg. Deze specifieke bedrijfstak, in sterke mate afhankelijk van, niet door apparaten te vervangen, arbeidskracht van veelal hoogopgeleide professionals, is dus belangrijk voor de werkgelegenheid. Maar door een verkeerd begrepen beeldvorming voelt de politiek zich genoopt drastisch in te grijpen in de gezondheidszorg. Terwijl in vele andere bedrijfstakken juichend wordt gereageerd op productie-uitbreiding en omzetverhoging, krijgen politici om onbegrijpelijke redenen nog steeds steun voor de funeste bezuinigingsbudgettering in de zorgsector. Daardoor wordt een budget-verkokerde zorgbureaucratie gecreëerd, waardoor vele mensen niet de zorg krijgen, die ze nodig hebben en waarop ze recht hebben. In het bedrijfsleven kan men nogal eens de stelling beluisteren, dat het maar goed is dat er bud-

gettinging is in de zorgsector. Men heeft altijd wel een voorbeeld bij de hand van ondoelmatigheid in de zorg om deze stelling te onderbouwen. De kosten van de gezondheidszorg vertalen zich gedeeltelijk in de ziektekostenverzekeringspremies, die de ruimte tussen bruto loon en netto loon belasten ('wig'). Om de loonkosten concurrerend te houden, heeft het bedrijfsleven er dus belang bij de 'wig' zo klein mogelijk te houden. Een tegenvraag is dan, hoe het dan zit met al die ondoelmatigheid in het bedrijfsleven (vele voorbeelden). Die ondoelmatigheid wordt afgewenteld op de consumenten of aandeelhouders. Maar we komen natuurlijk verder door meer indringende vragen te stellen. Een goede, maatschappelijke kosten-baten analyse van de zorgsector zou ook de meest nurkse critici uit het bedrijfsleven kunnen overtuigen. Het is immers voor het bedrijfsleven goedkoper, wanneer de noodzakelijke gezondheidszorg adequaat en op tijd wordt geleverd.

In het bedrijfsleven is budgettering een bekend instrument van bedrijfseconomische kostenbeheersing, waarmee de doelmatigheid wordt bevorderd.

Gemakshalve gaat men er in het bedrijfsleven vaak vanuit, dat budgettering in de zorgsector dezelfde functie heeft als in het overige bedrijfsleven. Maar dát is een ernstig misverstand! In de bedrijfseconomische budgettering gaat het om kostenbeheersing in het kader van productie- en omzetvergroting. Bij de budgettering in de zorgsector gaat het om ondoelmatige kostenbeperking én productie- en omzetverlaging! Doelbewust houdt de verkeerd door de politiek aangestuurde overheid de gezondheidszorg in een systeem, dat erop gericht is niet te voldoen aan reële medische en andere zorgbehoeften. Met de zorgbudgettering wordt bewust niet voldaan aan koopkrachtige vraag naar zorgproducten. En daarbij suggereert men ten onrechte zegenrijk bezig te zijn om de zorgelijke zorgkosten in bedwang te houden. Rekening houdend met het specifieke karakter van de gezondheidszorg kan er op een wél verantwoorde wijze meer aan het vraag-aanbod mechanisme via prijsvorming worden overgelaten. Mits de overheid adequate regulering hanteert. De overheid kan met adequate wetgeving maatregelen nemen tegen misbruik van machtsposities door monopolies, kartelvorming en onverantwoorde praktijken; en voorwaardenscheppend en voorwaarden-afdwingend waarborgen, dat de kwaliteit en kwantiteit van de zorg in voldoende mate wordt gewaarborgd.

✎ **Doelbewust houdt de overheid de gezondheidszorg in een systeem, dat erop gericht is niet te voldoen aan reële medische en andere zorgbehoeften.**

### **Suggesties en perspectieven op weg naar de 21ste eeuw**

Recent werd Nederland opnieuw opgeschrikt door een kort geding tegen de staat, aangespannen door patiëntenplatforms in Twente en Drenthe en vijf patiënten, die langer dan 3 maanden op de wachtlijst staan voor thuiszorg (NRC.9-12-1998). Zij eisten, dat de overheid de thuiszorgorganisaties in staat stelt

hun huishoudelijke hulp te geven, omdat zij daar premie voor hebben betaald. In het hele land staan ongeveer 11.000 mensen op de wachtlijst voor thuiszorg. Volgens de landsadvocaat moeten de patiënten zich tot de zorgverzekeraars wenden, die de budgetten bepalen. En het budget van de zorgverzekeraars wordt weer bepaald door de staat. De landsadvocaat hanteerde de stelling, dat de verzekeraars door niet te protesteren tegen de hoogte van het budget medeverantwoordelijk zijn. En dat gebruikte hij als argument voor zijn stelling, dat patiënten de staat niet zouden kunnen aanspreken. Maar de ellende wordt direct veroorzaakt door het door de overheid vastgestelde budget. Zo zijn er talrijke voorbeelden te geven van ziekteverschijnselen, als gevolg van door de overheid te laag en verkeerd vastgestelde budgetten (budgettosen). Het overheidsbeleid inzake de gezondheidszorg moet écht óm!

### Twaalf suggesties

1. Patiëntenverenigingen, verenigt U om te bereiken, dat de noodzakelijke gezondheidszorg ook echt wordt gegeven.
2. De overheid dient de in de Grondwet vastgelegde zorgplicht serieus te gaan nemen door de volksgezondheid te bevorderen, in plaats van zoals in de afgelopen decennia halsstarrig vast te houden aan een budgetremmend beleid, dat economisch, medisch én sociaal ondoelmatig is.
3. Het wordt tijd voor een aanpak van de werkelijke problemen, terwijl door het verkeerde overheidsbeleid veroorzaakte problemen moeten worden beëindigd.
4. De benepen en ondoelmatigheid veroorzakende zorgbudgettering, bij nadere beschouwing nota bene in strijd met rechtsstatelijke beginselen en wettelijke regelingen, moet worden opgeheven. Beginselen gaan nog steeds voor budgetten!
5. Er moet een helder, door de overheid bepaald, verstrekkingenpakket van noodzakelijke zorg worden vastgesteld, dat regelmatig wordt bijgesteld. Om te waarborgen, dat alle inwoners deze noodzakelijke zorg in feite krijgen, wordt voor de zwaksten en degenen met een inkomen onder een geïndexeerd niveau X een regeling getroffen, zodat dit pakket ook voor hen toegankelijk is (inkomensbijdragen).
6. De gezondheidszorg, welke buiten het door de overheid bepaalde verstrekkingenpakket van noodzakelijke zorg valt, wordt niet kwantitatief en/of financieel ingeperkt. Deze gezondheidszorg wordt wel onderworpen aan wettelijke regelingen om de kwaliteit van de zorgverlening te waarborgen.
7. Er moet een heldere demarcatie worden gehanteerd voor de zorg waarvoor de overheid financieel verantwoordelijk is met belastingbetalingen. Daarnaast moeten de werkelijke-kosten-dekkende ziektekostenverzeke-

- ringspremies in rekening worden gebracht. En dat moet hoe dan ook betaald worden, omdat het gaat om wettelijke, c.q. verzekeringstechnische open einde regelingen (geen kwestieuze volumina-beperkingen).
8. Voorzover er risico's zijn dat de noodzakelijke kosten niet met belastingen en kostendekkende ziektekostenverzekeringpremies betaald kunnen worden, moeten er regelmatig evaluaties en eventueel herschikkingen van het volledige verstrekkingenpakket plaatsvinden.
  9. In plaats van een minister van het Volksgezondheidsbudget moet er weer een minister van Volksgezondheid komen, in overeenstemming met de opdracht in de Grondwet.
  10. In het algemeen kan er veel meer aan de zorgsector zelf worden overgelaten. Toetsing kan gebeuren door onafhankelijke colleges, die professionele maatstaven hanteren. Dat impliceert een beperking van de 'collectieve sector' en van de 'collectieve uitgaven'. Om te waarborgen dat de zorgsector aan de wettelijk te stellen kwaliteitsmaatstaven blijft voldoen, moet er een uitbreiding komen van inspecties met méér bevoegdheden. Zo kan de overheid waarborgen, dat de kwaliteit van de zorg beter wordt gewaarborgd. Inspecties op kwaliteit, kosten en doelmatigheid, met sanctiemogelijkheden en beloning van doelmatigheid.
  11. Er wordt beleidscreativiteit gevraagd van echt onafhankelijke personen en organisaties. Waarom al dat gezeur over de kosten van de gezondheidszorg? We zeuren toch ook niet over de gigantische bedragen die de Nederlandse bevolking uitgeeft aan cosmetica (luchtjes etcetera), vakanties, nonsense-uitgaven? Werken in en aan een gezonde, doelmatige gezondheidszorg is het parool, en betalen wat er voor nodig is.
  12. Het wordt tijd voor een vertrouwenwekkend beleidsperspectief voor de zorgsector, over de partijpolitieke scheidslijnen heen.

### Literatuur

EYDEN, A.P.J. VAN DER, 'Beginselen gaan voor budgetten'. in: *Christen Democratische Verkenningen*, 1993.

*Gezondheidszorg in tel. Rapport 1998.*

HUIZINGA, H.P., red., *Belastingherziening in het fin de siècle*. Preadviezen van de Koninklijke Vereniging voor de Staatshuishoudkunde. Utrecht, Lemma, 1998.

*Jaaroverzicht Zorg 1999*. Den Haag, SDU, 1998.

Ministerie van Financiën, *Belastingen in de 21ste eeuw, een verkenning*. Den Haag, SDU, 1997.



Raad voor de Volksgezondheid, *Verzekeraars op de zorgmarkt*. Rapport April 1998.

*Regeerakkoord 1998*. Kamerstuk 20024. Den Haag, SDU, 1998.

Sociaal en Cultureel Planbureau, Rapport *'Tussen bed en budget.'*, Den Haag, 1998.

VIERHOUT, P.A.M., *Het heft in handen*. Verkorte weergave van zijn oratie als hoogle-  
raar Geneeskunde en Management in Twente, *Medisch Contact* 13 november 1998.

*Dr.mr.dr. A.P.J. van der Fyden is bestuurskundige en onder andere  
oud-ziekenhuisdirecteur.*