

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАНЯТОСТИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Л.И. Каспрук, докт. мед. наук, проф., **А.А. Лебедев**, докт. мед. наук, проф.

Оренбургский государственный медицинский университет,

Российская Федерация, 460000, Оренбург, проспект Парковый, д. 7

E-mail: Kaspruk61@yandex.ru

Обсуждаются вопросы экономической оценки занятости среднего медицинского персонала в сфере здравоохранения и его положение на рынке медицинских услуг

Ключевые слова: *средний медицинский персонал, оплата труда, медицинская услуга, пациент, здоровье.*

Для цитирования: Каспрук Л.И., Лебедев А.А. Актуальные вопросы занятости средних медицинских работников в сфере здравоохранения. Медицинская сестра. 2019; 21 (5): 46–51. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-05-12>

Занятость в сфере здравоохранения зависит как от внешних, так и от внутренних условий. К внешним условиям можно отнести состояние национальной экономики, основополагающие нормы и ценности общества, уровень платежеспособности населения, его демографические характеристики, отношение к здоровью. Например, для большинства россиян здоровье по-прежнему не имеет самостоятельной ценности, а рассматривается как средство удовлетворения других потребностей (более высокий доход, приобретения квартиры и т.д.). Здоровье является предметом эксплуатации, особенно в современной российской экономической и социальной реальности.

Социологические исследования занятости в сфере малого и среднего бизнеса показывают, что потребность в медицинской помощи гораздо выше обращаемости в медицинские учреждения.

Объясняется это во многом влиянием экономических факторов, в частности опасением изменить к себе отношение руководителей или владельцев фирм и в итоге потерять работу.

Внутренние условия, определяющие состояние занятости в сфере здравоохранения, связаны со спецификой товара, предлагаемого на рынке, поскольку это определяет как тип рынка медицинских услуг, так и особенности занятости. На вопрос о том, что выступает в качестве данного товара – непосредственно здоровье или медицинская услуга – разные исследователи отвечают по-разному. Рассмотрение в качестве товара непосредственно здоровья осложняется:

- отсутствием общепринятого определения понятия «здоровье», которое позволило бы получить его количественную оценку;
- необходимостью «выхода» на «цену человеческой жизни», что противоречит традициям и культуре (жизнь бесценна).

Если здоровье все-таки рассматривать как товар, можно определить его место в процессе общественного воспроизводства, что позволит, в частности, установить определенный уровень оплаты труда медицинских работников. Денежная оценка здоровья разными пациентами различна, что ведет к необходимости внеэкономического регулирования в сфере здравоохранения.

Признание здоровья в качестве товара предполагает активную роль государства в регулировании рынка здравоохранения, в решении вопросов количе-

ства и структуры медицинских кадров, характера их занятости и размера оплаты труда. Рынок труда медицинских работников весьма нединамичен; преимущества конкуренции при оказании медицинской помощи отсутствуют; пациент ограничен в выборе медицинского учреждения, а также лечащего врача. Если в качестве товара рассматривать медицинскую услугу, следует учитывать: необходимость соответствия услуги стандарту качества, что устанавливается посредством сертификации и лицензирования; особую роль фактора риска при оказании медицинской услуги, что реализуется через процедуру страхования.

Поскольку одна медицинская услуга плохо заменяется другой, имеет место резкая дифференциация доходов специалистов. Особенностью медицинских услуг также является случайность возникновения спроса.

Таким образом, если в качестве товара выступает медицинская услуга, то рынок характеризуется либерализмом, а медицинские работники получают гонорар за факт оказания услуги. Рынок труда медицинских работников имеет тенденцию к монополизации, что вытекает из асимметрии в отношениях пациента и врача. Особую роль на рынке медицинских услуг играет страхование, демонополизирующее рынок, усиливающее конкуренцию среди медицинских работников, позволяющее использовать преимущества рынка. Расширяется сфера деятельности страховых агентств, формируется рынок труда страховых агентов, непосредственно связанных с рынком труда медицинских работников.

Особенность исходного товара сферы здравоохранения определяет характерные черты 3 моделей рынка здравоохранения и как следствие – специфические характеристики рынка труда медицинских работников.

Первая модель представляет собой рынок, ориентированный на особенность медицинской услуги как товара. Характерный пример такого рынка – рынок медицинских услуг США, который представлен прежде всего системой частного здравоохранения. При данной модели спрос на медицинские услуги ограничивается только платежеспособностью клиентов. Врач заинтересован в росте объема медицинских услуг, что нередко стимулирует их неоправданность. Занятость медицинских работников стимулируется модой и рекламой. Ориентация на расширение рынка медицинских услуг может привести к кризису перепроизводства части из них и формированию структурной безработицы.

При второй модели рынка здравоохранения товаром является здоровье. Типичный пример такого рынка – рынок здравоохранения Великобритании, основанный на системе государственного здравоохранения. В рамках рынка здоровья через оплату меди-

цинских услуг происходит оплата здоровья общества (социума). Доминирует государственная форма собственности на лечебно-профилактические учреждения; лечебные и управленческие кадры фактически являются наемным государственным персоналом. Государство как крупнейший собственник навязывает лечебным учреждениям и медицинским кадрам модель поведения, далекую от рыночных стимулов и стереотипов. Данный рынок, являясь квазирынком, характеризуется крайней зарегулированностью отношений клиентов и медицинских работников, а также различных аспектов занятости последних. Естественные стимулы к росту качества медицинских услуг отсутствуют, что приводит к использованию устаревших медицинских технологий. Занятость и доходы медицинских работников ограничены экономическими возможностями государства, степенью приоритетности здравоохранения, государственными нормативами медицинской помощи. Объем и дифференцированность медицинских услуг гораздо меньше, чем в первой модели, что негативно сказывается на структуре рынка медицинских работников. Вторая модель отличается медленной реакцией на внешние изменения, влияющие на здоровье населения и деятельность служб здравоохранения. В условиях государственного регулирования занятости безработица среди медицинских кадров смягчается относительной неэффективностью занятости.

Третья модель рынка здравоохранения ориентирована на такую особенность медицинской услуги, как случайность возникновения спроса на нее. Под товаром на данном рынке в большей степени понимается именно здоровье, поскольку страхуются экономические последствия его нарушения, но оплата здоровья осуществляется через оплату медицинской услуги. Типичный пример такого рынка – Германия, где система медицинской помощи функционирует в рамках социально ориентированной рыночной экономики, определяющей и модель занятости медицинских работников. Заинтересованность общества в здоровье как в товаре связана с государственным контролем рынка здравоохранения и вопросами занятости медицинских работников, что снижает уровень конкурентности.

Концепция, в соответствии с которой медицинская услуга рассматривается как рыночный товар, не была принята ни в одной европейской стране. Тем не менее для влияния на поведение медицинских работников рыночные механизмы используются в различных секторах здравоохранения, как и соответствующие стимулы.

Медицинские услуги явно или скрыто присутствуют во всех 3 моделях. Производство медицинских услуг совпадает во времени и пространстве с их потреблением, не оставляет осознанных результатов, а их полезность оценивается потребителем после их оказания.

Отличительной чертой медицинских услуг от услуг в иных сферах деятельности является то, что они в полной мере сохраняют все характеристики медицинской помощи. В отличие от других услуг пациент нередко не может отодвинуть на будущее принятие медицинской помощи. Потребность в медицинских услугах свойственна любому индивиду независимо от уровня его дохода, что отражается на цене и содержании медицинской услуги. Сфера медицинских услуг отличается также особым значением контактов пациентов (клиентов) и медицинских работников (служащих, наемных работников, предпринимателей – частнопрактикующих медиков).

Особенностью сферы здравоохранения является высокая трудоемкость и наукоемкость услуг. Однако надо понимать, что современное оборудование и аппаратура, как правило, не способны заменить затраты живого труда, как это происходит в основных отраслях материального производства. Оснащение медицинских учреждений новым оборудованием предполагает привлечение специалистов не медицинского профиля – инженеров, химиков, биологов, программистов и т. д. Индустриализация медицины создает повышенный спрос на дополнительный труд, необходимый для обслуживания новой техники. При этом ведущим фактором по-прежнему остается труд медицинских работников, причем значение этого труда должно опираться на соответствующую экономическую оценку.

Экономическая оценка труда медицинских работников, т.е. заработная плата, в экономически развитых странах, ставших в последние 20 лет для РФ ориентиром в рыночных преобразованиях, в здравоохранении на 20–30% выше, чем в целом в экономике. Так, средняя заработная плата врачебного персонала превышает среднюю в экономике в несколько раз (например, в Канаде – в 4 раза, в Финляндии – в 2,2 раза).

Сохранение и характер профессиональной занятости медицинских кадров зависят от отношений в системе «пациент – медицинский работник». Например, пациент не всегда объективно оценивает действия врача, особенно если случай неординарный, сложный, с тяжелыми для пациента последствиями. Кроме того, пациент не может дать соответствующую оценку действиям медицинских кадров и в силу того, что не является профессионалом. Отношения в системе «пациент – медицинский работник» должны регулироваться специальными правовыми актами, необходимо правовое обеспечение деятельности медицинских кадров. К сожалению, в здравоохранении РФ такие правовые механизмы находятся в зачаточном состоянии и действуют в рамках общих законодательных норм по защите потребителей. Существующий международный опыт показывает, что отечественному здравоохранению есть над чем работать (в США, например, вышла в свет книга «Юридический гид потребителя в сегодняшнем ме-

дико-санитарном обслуживании: ваши медицинские права и как их отстаивать»).

Особенности взаимоотношений в сфере здравоохранения сказываются на степени занятости медицинского персонала, который, в частности, имеет сокращенную продолжительность рабочего времени в связи с нервно-психологическим напряжением в процессе работы. Растущая стоимость медицинских услуг отражается на структуре медицинских кадров и разделении труда. В ряде развитых стран наметилась тенденция к сокращению использования высококвалифицированного и дорогостоящего персонала путем передачи некоторых клинически менее сложных задач другим категориям работников, в частности персоналу среднего медицинского звена. Во многих странах нередко именно он является первым, последним и наиболее постоянным звеном контакта пациентов с системой здравоохранения. Изменения занятости средних медицинских работников (например, медсестер) обязывают как органы управления здравоохранением, так и профессиональные объединения медиков решать вопросы их подготовки, повышения заработной платы, изменения их правового статуса.

На ситуацию с обеспеченностью медицинскими кадрами высшего, среднего и младшего звена сегодня все активнее влияет политика глобализации. Так, в докладе ВОЗ «A Universal Truth: No health without a workforce» («Всеобщая реальность: без трудовых ресурсов нет здоровья») отмечается, что к 2035 г. в мире будет не хватать 12,9 млн врачей и медсестер; сейчас их нехватка оценивается в 7,2 млн человек. Эксперты ВОЗ бьют тревогу в связи с серьезными системными проблемами в здравоохранении (старение и выход на пенсию врачей и медсестер или их переход на более высокооплачиваемую работу и отсутствие других работников, приходящих на их место). С другой стороны, выбирает эту профессию недостаточное число молодых людей.

ВОЗ настоятельно рекомендует всем странам прислушаться к сигналу о нехватке кадров здравоохранения. Так, в экономически развитых странах 40% медсестер в ближайшее десятилетие перестанут работать в области здравоохранения. Реальность такова, что при трудной работе и не очень высокой оплате у многих молодых работников здравоохранения слишком мало стимулов для продолжения работы в профессии.

Проблема кадрового обеспечения в сфере здравоохранения отчасти связана с уходом пожилых специалистов на пенсию, переходом медицинских работников на лучше оплачиваемую работу в других сферах экономики, нехваткой молодых специалистов. Вместе с этим постоянно растет потребность в квалифицированном медицинском персонале из-за увеличения числа людей с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний. Помимо

этого, внутренняя и международная миграция медицинских работников создает региональный дисбаланс: профессионалы из бедных стран стремятся переехать в развитые страны.

По подсчетам экспертов ВОЗ, на каждые 100 тыс. населения должно приходиться минимум 23 работника здравоохранения. В настоящее время в 83 странах этот показатель ниже нормы. Сокращение численности медицинских работников в дальнейшем приведет к тому, что в ближайшие 20 лет миллиарды людей могут остаться без медицинской помощи.

Однако специалисты ВОЗ, утверждая, что для обеспечения базового уровня медицинской помощи необходимо иметь 23 медицинских работника на 10 тыс. населения, признают, что на сегодня таким соотношением может похвастаться около половины стран мира, в том числе и Россия.

При этом нынешние темпы подготовки медицинских работников значительно отстают от прогнозируемого спроса, а это значит, что в будущем больным людям будет все сложнее получать даже базовые медицинские услуги, не говоря уже об услугах профилактических служб, основу функционирования которых обеспечивают именно средние медицинские работники.

Сестринские медицинские кадры несут значительную долю нагрузки при решении задач ухода, лечения и профилактики. В связи с этим на 1 врача приходится в среднем 4 медсестры. В отечественном здравоохранении существует тенденция к уменьшению соотношения врач–медсестра с 1: 4 в 1960 г. до 1: 2,3 в 2000 г. и 1: 2,12 в 2010 г., что значительно ниже, чем в большинстве развитых стран мира. Это вызывает дисбаланс в системе оказания медицинской помощи, ограничивает возможности развития служб долечивания, патронажа и реабилитации.

Постоянный дефицит среднего медицинского персонала, а также остающийся низким размер оплаты труда приводят к тому, что подавляющее число медсестер и фельдшеров работают более, чем на 1 ставку, или совмещают свою работу с работой на других должностях (коэффициент совместительства в целом по РФ составляет 1,3); чаще всего это не требующая особой квалификации должность санитарки (на 25 медсестер приходится только 1 младшая медсестра по уходу). При этом возрастает физическая и психологическая нагрузка на медсестру, снижается престиж ее профессии, ухудшается качество медицинских услуг [2].

Одним из основных условий трудовой мотивации является уровень материального вознаграждения за труд и ощущение справедливости этого вознаграждения. Для работников с внешней мотивацией данный фактор может играть определяющую роль при решении вопроса о продолжении работы в той или иной организации и в медицине в принципе. Для

внутренне мотивируемых работников, несомненно, большее значение имеют другие факторы, однако низкий уровень заработной платы заставляет и их испытывать существенную неудовлетворенность [2].

Существует ряд причин, по которым редко используются дополнительные формы материального стимулирования медицинских работников: премии, оплата питания, проезда до места работы, бесплатные медицинские услуги для членов семей и др.

Объективные причины этого – финансовые затруднения отрасли в целом, субъективные – недостаточное внимание непосредственного руководства конкретных учреждений здравоохранения к возможности дифференцированного подхода к оплате труда. Подавляющее число и пациентов, и врачей недооценивают вклад медсестры в лечебно-диагностический процесс. Врачи не ориентированы на выстраивание равноправных партнерских отношений с медсестрами, не признают пользу высшего сестринского образования и тем более – повышенного уровня среднего профессионального образования медсестер [2].

Модернизация здравоохранения предусматривает повышение объема техногенных вмешательств, что увеличивает перегрузку врача сестринскими манипуляциями. На этом фоне сокращается объем медицинских услуг при сестринском уходе, сужаются возможности самостоятельного принятия определенных решений медсестрой.

В этом отношении положителен западноевропейский опыт расширения сферы компетентности среднего медицинского персонала: медсестры выписывают рецепты, проводят скрининг и первоначальную оценку состояния пациентов, устанавливают уровни наблюдения за пациентом, управляют отделением. Практикующие медсестры могли бы взять на себя примерно 20% обязанностей, которые в настоящее время возложены на врачей. Таким образом, назрела необходимость пересмотра системы отношений «врач – медсестра» в сторону придания большей значимости среднему медицинскому персоналу в процессе лечения, дальнейшего внедрения сестринского процесса в практику [1].

Низкий уровень оплаты труда провоцирует поиск неофициальных источников дохода, с помощью которых медицинские работники пытаются удовлетворить не только свою потребность в справедливом материальном вознаграждении за труд, но и в признании и уважении. Именно она является одной из ведущих в структуре трудовой мотивации внутренне мотивируемых работников, какими часто являются медики. Дефицит признания компенсируется его замещением денежным эквивалентом и материальными символами при явной недостаточности возможности сделать это с помощью заработной платы; происходит смещение акцента на неофициальные источники дохода.

Однако в данном случае речь, скорее, идет о врачах; средние медицинские работники имеют гораздо меньше возможностей воспользоваться неофициальными средствами оплаты труда, причем у них меньшие возможности, но не меньшее желание. В результате медсестры испытывают чувство несправедливости, что влечет за собой разобщение тандема «врач–медсестра», влияя на качество лечения и снижая трудовую мотивацию медсестер. За видимой стороной названной проблемы скрывается еще одна: неофициальные выплаты начинают признаваться в качестве существенного стимула, побуждающего медсестер лучше работать, а студентов – выбирать медицинскую профессию, т.е. этот фактор включается в систему трудовой мотивации. Взимание неофициальных выплат, не говоря уже о правовом аспекте проблемы, в корне противоречит принципам биомедицинской этики, дискредитирует систему государственного здравоохранения, негативно влияет на качество медицинской помощи и престиж медицинской профессии.

К сожалению, в отрасли не в полной мере реализуются возможности самосовершенствования, а также профессионального роста и развития средних медицинских работников. Недостаточно используются возможности обмена опытом между средним персоналом различных медицинских учреждений, мало используются методы внутриорганизационного обучения: горизонтальная ротация кадров, Школа молодой медсестры и другие формы обучения. Между тем реализация потребности в обучении и развитии, с одной стороны, и участие самих медсестер в педагогической деятельности – с другой, обладают мощным мотивационным потенциалом для значительной части работников [2].

Одна из основных проблем здравоохранения – отставание материально-технической базы медицинских учреждений от современных требований. Помимо лежащей на поверхности связи этой проблемы с проблемой качества медицинской помощи, это приводит к снижению престижа профессии медсестры, к недостаточному использованию мотивационного потенциала потребности в самосовершенствовании. В «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» в качестве одной из приоритетных задач выдвигается развитие «инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно-профилактических учреждений на основе инновационных подходов и принципа стандартизации» [3].

Одну из существенных ролей в структуре трудовой мотивации медсестер играет престиж профессии. Поднять престиж профессии не так просто, и это является общей задачей не только системы здра-

воохранения, но и всего общества. Внедряемые в массовое сознание россиян ценности западного образца не соответствуют той модели отношения к труду, которая формировалась на протяжении многовековой истории России на основе внутренних предпосылок и требований экономического развития. Снижение общего культурного уровня населения приводит к примитивизации потребностей, сужению мотивации к труду.

Высокая нагрузка медсестры (соотношение врач–медсестра, коэффициент совместительства), ее низкая социальная защищенность (уровень заработной платы, не позволяющий участвовать даже в социальных программах по улучшению качества жизни) делают задачу пополнения отрасли специалистами проблемой, которая должна быть решена не только на государственном уровне, но и на уровне каждого отдельно взятого учреждения здравоохранения.

Основными направлениями деятельности и организации работы специалистов со средним медицинским образованием следует признать:

- первичную медико-санитарную помощь (расширение самостоятельности работы среднего медицинского персонала, активное участие в работе стационарозамещающих технологий – дневные стационары и стационары на дому, проведение занятий в школах для хронических больных и др.);
- профилактическую деятельность (санитарное просвещение населения в области формирования здорового образа жизни, профилактика заболеваний, половое воспитание, планирование семьи и безопасное материнство и др.);
- оказание медицинской помощи на дому (выполнение патронажной и реабилитационной функции);
- паллиативную и хосписную помощь.

Для реализации этих функций необходимо разработать полный пакет нормативно-правовых документов, включающий в себя:

- положение о деятельности учреждения (структурного подразделения) с указанием основных функций специалистов со средним медицинским образованием, согласованием сферы их профессиональной ответственности с врачебным персоналом, младшим медицинским персоналом, другими профессиональными группами, задействованными в осуществлении медико-социальной помощи;
- рекомендации по штатному расписанию, предусматривающему увеличение числа ставок среднего медицинского персонала за счет снижения числа ставок врачей;

- рекомендации по нормам нагрузки, исходя из реальных условий профессиональной деятельности;
- примерные таблицы оснащённости среднего медицинского персонала средствами малой механизации;
- примерные должностные инструкции.

Разработка пакета нормативно-правовых документов должна быть осуществлена на основе анализа отечественного и зарубежного опыта функционирования сестринских служб и призвана послужить основой для создания критериев оценки деятельности среднего медицинского персонала и учреждения здравоохранения в целом. Следует признать необходимым включение критериев оценки профилактической работы, патронажной и реабилитационной функций в лицензионные требования к осуществлению медицинской деятельности.

Важно осуществить разработку профессиональных стандартов по всем областям профессиональной деятельности среднего и младшего медицинского персонала. Это в первую очередь необходимо для:

- проведения оценки квалификации и сертификации специалистов указанных групп, а также выпускников учреждений профессионального образования;
- формирования государственных образовательных стандартов и программ всех уровней профессионального образования, в том числе стандартов и программ обучения персонала на рабочем месте, а также для разработки учебно-методических материалов к этим программам;
- решения широкого круга задач в области управления персоналом (разработка стандартов учреждения здравоохранения, систем мотивации и стимулирования персонала, должностных инструкций, тарификация должностей, отбор, подбор и аттестация персонала, планирование карьеры);
- проведения процедур стандартизации и унификации в рамках вида (видов) экономической деятельности (установление и поддержание единых требований к содержанию и качеству профессиональной деятельности, согласование наименований должностей, упорядочивание видов трудовой деятельности и др.).

Целесообразно введение новых форм повышения квалификации. Международными экспертами рекомендуется продвижение в сторону непрерывного образования и признания правомерности обучения и подготовки кадров на рабочем месте, что будет стимулировать развитие творческой активности персонала.

Одна из таких новых форм повышения квалификации – накопительная система, достаточно широко распространенная за рубежом.

Внедрение накопительной системы направлено на создание гибкой, быстро реагирующей на все новое формы последиplomного образования, позволяющей сократить единовременное пребывание сестринских кадров в стенах образовательного учреждения без сокращения суммарного количества часов, соответствующих утвержденным образовательным программам. Это создаст условия для профессионального роста медсестер благодаря расширению возможностей повышения профессиональной компетентности, что отразится на качестве сестринской помощи на местах.

Реализация данной стратегии будет востребована средними и младшими медицинскими работниками только при условии, что повышение квалификации по программам НМО будет осуществляться за счет средств бюджета работодателей. Целесообразно разработать и внедрить программы подготовки преподавателей-совместителей по современным аспектам развития сестринского дела в РФ из числа врачей и медсестер практического здравоохранения.

Представленные проблемы требуют принятия комплекса мер в виде Концепции развития сестринского дела в Российской Федерации на период до 2020 г.

Литература

1. Бочкарев А.А. Трудовая мотивация как проблема социальной философии [Электронный ресурс]: Дис... канд. филос. наук: 09.00.11. М.: РГБ, 2005.
2. Козлова Т.В. Трудовая мотивация медицинских сестер: проблемы и перспективы решения. Психологические науки: теория и практика: материалы Междунар. науч. конф. (Москва, февраль 2012 г.). – М.: Буки-Веди, 2012; 72–5. URL <https://moluch.ru/conf/psy/archive/33/1534/> (дата обращения: 08.06.2019).
3. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. [Электронный ресурс]. Минздравсоцразвития России. Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 г. URL: <http://www.zdravo2020.ru/concept>.
4. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/170/27>.

CURRENT ISSUES OF THE EMPLOYMENT OF MID-LEVEL MEDICAL WORKERS IN THE SPHERE OF HEALTH CARE AND ON THE MARKET OF MEDICAL SERVICES

Prof. L.I. Kaspruk, MD; Prof. A.A. Lebedev, MD
Orenburg State Medical University
7, Parkovyi Prospect, Orenburg 460000, Russian Federation

The paper discusses the issues of economic evaluation of the employment of mid-level medical workers in the sphere of health care and on the market of medical services.

Key words: mid-level medical staff, labor remuneration, medical service, patient, health.

For reference: Kaspruk L.I., Lebedev A.A. Current issues of the employment of mid-level medical workers in the sphere of health care and on the market of medical services. *Meditsinskaya Sestra*. 2019; 21 (5): 46–51. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-05-12>