

Monitorowanie kolejek przez NFZ, czyli jak nie należy tego robić

Mniemanologia stosowana

Krzysztof Łanda, Konrad Maruszczyk, Bartosz Sękiewicz



foto: © Visual Mozart/ImageZoo/Corbis

Narodowy Fundusz Zdrowia deklaruje, że monitoruje kolejki do świadczeń zdrowotnych. Pytanie, jaka jest jakość tego monitorowania, czyli czy można wierzyć w wyniki publikowane przez NFZ w ramach tzw. Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne (www.kolejki.nfz.gov.pl). To internetowe narzędzie miało być „łatwym w użyciu i wiarygodnym źródłem informacji dla pacjentów, którzy poszukują placówek o najkrótszych kolejkach do świadczeń”. Czy udało się osiągnąć założony cel?

Na wstępie trzeba podkreślić, że kolejki są jednym z objawów patologii w systemie opieki zdrowotnej. Kolejki, korupcja i korzystanie z przywilejów czy znajomości to objawy choroby, którą jest dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka świadczeń „gwarantowanych” i pieniędzmi na jego realizację. Kolejki wynikają z deficytu funduszy na świadczenia finansowane przez NFZ i MZ. Podobnie jak w socjalistycznej Polsce lat 80., zamiast likwidować przyczynę kolejek, próbuje się rozwijać „naukowe metody i systemowe narzędzia kolejkiologii stosowanej”.

„Kolejki, korupcja i korzystanie z przywilejów czy znajomości to objawy choroby, którą jest dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych a funduszami na jego realizację”

Wiele ustaw, żadnego efektu

Zarządzanie listami oczekujących ujęto w wielu aktach prawnych w celu „ujednoczenia oraz promowania zasad dobrej praktyki ich prowadzenia”. Ustawa z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych zakłada „sprawiedliwy, równy, niedyskryminujący i przejrzysty dostęp do opieki zdrowotnej dla wszystkich ubezpieczonych zgodnie z kryteriami medycznymi”. Opisywanie tymi epitetami sposobów organizacji list oczekujących pacjentów jest zastanawiające, gdyż kolejka z definicji jest związana z brakiem lub ograniczeniem dostępu do leczenia. Mimo to minister zdrowia poprzez odpowiednie rozporządzenia nałożył na świadczeniodawców obowiązek sprawozdawczości w zakresie list oczekujących i doprecyzował zasady, na jakich ma się ona odbywać. W rozporządzeniach określono m.in. zakres świadczeń podlegających temu obowiązkowi i częstotliwość raportowania danych do NFZ, a także ustalono wzory matematyczne używane do obliczania średniego czasu oczekiwania.

Od lutego 2012 r. zmienił się zakres danych sprawozdawczych. Zaczęły one obejmować liczbę oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca, liczbę skreślonych w danym okresie sprawozdawczym (także z powodu wykonania świadczenia) i średni czas oczekiwania. Świadczeniodawcy mają obowiązek przysyłać

informacje najpóźniej do 10. dnia każdego miesiąca. Część informacji jest udostępniana poprzez internetowy informator, przy czym ich jakość z pewnością pozostawia wiele do życzenia.

Perspektywa pacjenta

Pierwsze wątpliwości pojawiają się już przy prezentowaniu tak podstawowych danych, jak średni czas oczekiwania. Zgodnie z informacją odnaniezoną w informatorze „średni czas oczekiwania wynoszący 0 dni może oznaczać dwie sytuacje: pacjenci przyjmowani są na bieżąco lub w ostatnich 6 miesiącach żadnej z osób oczekujących nie zostało udzielone świadczenie”. Średni czas oczekiwania jest wyznaczany na podstawie danych o pacjentach, u których określone świadczenie zostało wykonane w ostatnich 6 miesiącach. Przyjęcie takiej metodyki to zaprzeczenie zasady prostoty, dokładności i rzetelności informacji, która powinna być nadrzędna w komunikacji z pacjentami. Równocześnie jednak trudno, by NFZ i MZ same na siebie ukręciły bicz, stąd wprowadzone komplikacje wydają się poniekąd zrozumiałe. Zerowy czas oczekiwania informuje albo o bardzo długim czasie oczekiwania, albo o braku kolejki do danego świadczenia. Dla użytkownika serwisu informacja ta jest bezwartościowa, bo konieczny jest kontakt z placówką w celu jej weryfikacji. Co gorsza, informacja o zerowym czasie oczekiwania, poza wprowadzeniem pacjenta w błąd, może wywołać frustrację, gdy po kolejnej próbie dodzwonienia się do placówki okaże się, że świadczenie nie jest wykonywane od ręki, a najbliższy wolny termin przypada za 2 lata.

Na użytek mediów

Metodyka obliczania średniego czasu oczekiwania jest z pewnością ukierunkowana medialnie, ponieważ ma tendencję do prezentowania krótszego czasu niż w rzeczywistości. W informatorze czas ten jest określany mianem „średniego rzeczywistego czasu oczekiwania”. Tak naprawdę powinno się go nazwać „średnim historycznym czasem oczekiwania”, przy czym pokazuje on stan rzeczywisty, o ile w długości kolejek nie zachodzą znaczące zmiany. Takie podejście skutkuje tym, że w momencie skracania się kolejek u świadczeniodawcy pozytywne zmiany zostają natychmiast uwzględnione w średnim czasie oczekiwania, a w wypadku pogorszenia się dostępu do świadczeń system będzie reagował z dużym opóźnieniem.

Aby to lepiej wyjaśnić, możemy posłużyć się prostym przykładem. Placówka ma od dłuższego czasu ustabilizowaną sytuację dotyczącą list oczekujących, to znaczy każdego miesiąca zgłasza się podobna liczba chorych i u podobnej ich liczby wykonywane jest świadczenie po niezmiennym czasie oczekiwania. Załóżmy, że z pewnych powodów nagle zaprzestano wykonywania świadczenia. Nowi pacjenci są zapisywani na coraz to odleglejsze terminy, a co za tym idzie –

realny czas oczekiwania się wydłuża. Przez pierwsze 6 miesięcy średni czas oczekiwania będzie utrzymywał się na tym samym poziomie jak przed pogorszeniem się dostępu, ponieważ średnia jest liczona dla tych, którzy mieli wykonane świadczenie, a zatem oczekujący, choć w ich wypadku realny czas oczekiwania się wydłużył, nie są do niej wliczani. Po 6 miesiącach średni czas oczekiwania spadnie do 0, bo nie będzie żadnego pacjenta, który miałby wykonane świadczenie przez ten okres. W momencie wznowienia udzielania świadczeń średni czas oczekiwania wzrośnie znacząco w stosunku do raportowanego w ostatnich miesiącach, gdyż będzie liczony już z uwzględnieniem pacjentów, którzy odczuli pogorszenie się sytuacji. Jak widać, nawet przez pół roku statystyki mogą być zaciemnione i nie pokazywać stanu faktycznego. Opisaną sytuację obrazuje tabela 1. Pacjent korzystający ze strony www.kolejki.nfz.gov.pl w grudniu 2012 r. otrzymałby informację o zerowym średnim czasie oczekiwania na zabieg endoprotezy stawu biodrowego, co nijak się ma do realnego czasu, jaki będzie musiał spędzić w kolejce.

Alternatywa

Alternatywą dla tego dziwnego średniego czasu oczekiwania mogłoby być prezentowanie prognozowanych średnich czasów oczekiwania. Czas ten mógłby być oszacowany na podstawie terminów zapisów na wizytę. Przyjęcie takiej metodyki ma swoje zalety. Rozwiązują m.in. problem niejednoznaczności – nie pojawia się sytuacje, w których zerowy czas oczekiwania będzie oznaczał tak naprawdę bardzo długą kolejkę. Wadą tego rozwiązania jest to, że nie uwzględnia ono faktu, iż część zapisanych zapewne zrezygnuje lub nie stawi się na wizytę – to jednak nie jest problem metody, ale braku elektronicznego RUM-u, którego od kilkudziesięciu już lat nie możemy się doczekać.

Aktualne pozostaje pytanie, co tak naprawdę dzieje się ze zwalnającymi się miejscami w kolejce. Czy są one oferowane osobom znajdującym się na dalszych miejscach, czy też świadczeniodawca dysponuje nimi w inny, uznaniowy sposób? Jeżeli pierwsza wersja jest prawdziwa, prognozowany czas do wykonania świadczenia będzie wykazywał dłuższy niż rzeczywisty okres oczekiwania. Nic nie stoi na przeszkodzie, by raportować obie omawiane wielkości (średni czas z ostatnich 6 miesięcy i prognozowany okres do udzielenia świadczenia). Przy tego typu sprawozdawczości należy założyć, że prawdziwa wartość znajdzie się pomiędzy tymi dwoma parametrami. W drugim wypadku, jeśli na zwolnione miejsca „wskakują” osoby spoza listy, używanie prognozowanego czasu do wykonania świadczenia daje bardziej precyzyjny i prawdziwy wynik.

Celowe suptanie

Jako przykład może posłużyć endoprotezoplastyka stawu biodrowego. Na podstawie danych raportowa-

„Podobnie jak w socjalistycznej Polsce lat 80., zamiast likwidować przyczynę kolejek próbuje się rozwijać naukowe metody i systemowe narzędzia kolejkologii stosowanej”

nych przez NFZ w marcu 2014 r. w Polsce na zabieg czekało się średnio 347 dni. Równocześnie zgodnie z informacjami zebranymi przez Fundację Watch Health Care prezentowanymi na stronie www.korektor-zdrowia.pl (dane są zbierane zgodnie z metodyką obliczania planowanego czasu wykonania świadczenia, fundacja patrzy na system „oczami chorego”, a więc raportuje taki czas oczekiwania, o jakim jest informowany chory zapisujący się do kolejki) średni czas oczeki-

Tabela 1. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego. Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim

Data	Liczba oczekujących	Liczba skreślonych	Średni czas oczekiwania
2012-08-31	7	0	121
2012-09-30	7	0	115
2012-10-31	10	0	113
2012-11-30	11	0	135
2012-12-31	16	0	0
2013-01-31	19	0	0
2013-02-28	20	1	292
2013-03-31	24	1	219
2013-04-30	26	1	198
2013-05-31	27	0	198
2013-06-30	29	0	198
2013-07-31	29	0	198
2013-08-31	31	0	151
2013-09-30	30	0	156
2013-10-31	31	0	0
2013-11-30	30	2	321
2013-12-31	34	1	358



foto: iStockphoto.com

„Przyjęta metodyka obliczania średniego czasu oczekiwania to całkowite zaprzeczenie zasady prostoty, dokładności i rzetelności informacji, która powinna być nadrzędna w komunikacji z pacjentami”

wania wynosi 29,6 miesiąca, czyli ok. 900 dni – ponad dwa razy dłużej. Powyższy przykład dobrze obrazuje, jak duże różnice mogą wynikać z przyjętej przez NFZ metodologii obliczeń i sposobu prezentacji danych.

Z perspektywy pacjenta korzystającego z informato- ra istotne są też poprawne dane kontaktowe świadcze- niodawcy. Logiczne byłoby podawanie bezpośrednich numerów kontaktowych do jednostek organizacyjnych świadczeniodawcy zajmujących się rejestracją pacjen- tów. W trakcie prac nad artykułem kontaktowaliśmy się z wybranymi placówkami i niestety niejednokrotnie się zdarzało, że podane numery łączą z centralą telefo-

niczną lub osobami niezajmującymi się prowadzeniem list oczekujących.

Perspektywa analityka

Jednym z założeń regulacji sprawozdawczości do NFZ było dostarczenie danych wysokiej jakości, mogą- cych służyć do celów analitycznych. Takie dane mogły- by być źródłem ważnych informacji do oceny ogólnej kondycji polskiego systemu opieki zdrowotnej i precy- zyjnego określenia potrzeb zdrowotnych w poszczegól- nych regionach kraju. Jednakże, poza zastrzeżeniami do metodyki stosowanej przy obliczaniu średnich cza- sów oczekiwania, wątpliwości budzi też dokładność ra- portowania i sposób udostępniania informacji. Wszyst- kie opisane poniżej przykłady braków lub niespójności danych są aktualne na dzień ich pobrania ze strony internetowej, tj. 23 lipca 2014 r.

Dla analityków, którzy nie mają bezpośredniego do- stępu do bazy list oczekujących, problemem jest już samo pobranie danych ze strony w formacie umożli- wiającym przeprowadzenie analizy. Na stronie www.kolejki.nfz.gov.pl znajdują się wyłącznie najbardziej aktualne informacje. Jeżeli jesteśmy zainteresowani da- nymi historycznymi, powinniśmy co miesiąc sprawdzać

stronę i zapisywać udostępnione pliki na komputerze (zdarzało się też, że pliki zawierające zrzut bazy danych za dany miesiąc w ogóle nie były opublikowane). Ewidentnie NFZ utrudnia w ten sposób wyznaczenie trendów, które mogłyby świadczyć o jakości zarządzania koszykiem świadczeń gwarantowanych przez regulatora. Można natomiast listownie zwrócić się do NFZ z prośbą o udostępnienie historycznych informacji. Z autopsji wiemy, że czas rozpatrzenia takiej prośby może wynieść ok. miesiąca i nie ma pewności, że zakończy się to sukcesem. Proces pobierania danych do analizy mógłby zostać zautomatyzowany i usprawniony poprzez odpowiednie mechanizmy na stronie internetowej umożliwiające wybór takiego czy innego zakresu informacji oraz horyzontu czasowego, a następnie pobranie plików.

Kraków i Kaków

Jeżeli udało się zdobyć interesujące dane, nie musi to oznaczać, że będzie już z górki. Udostępnione dane, szczególnie te z plików Excel, zawierają wiele błędów i nieścisłości. Główny problem to niespójność w raportowanych danych. Zachodzi ona na kilku poziomach – począwszy od niespójności w strukturach plików, niespójności nazw monitorowanych świadczeń, nazw świadczeniodawców i ich adresów, zdublowanych wpisów, a skończywszy na błędnych wpisach (wartości, które od razu rzucają się w oczy, sugerując nielogiczność prezentowanych wyników).

Błędy w nazwach i adresach są dużym problemem przy analizie danych, bo uniemożliwiają proste połączenie danych historycznych lub utrudniają wyszukanie informacji o konkretnych placówkach. W informatyze często zdarzają się literówki, np. „Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Kakowie” zamiast „w Krakowie”. Podobnie zamiast Inowrocławia w jednym ze zrzutów bazy dla województwa kujawsko-pomorskiego jako adres placówki widniał Wrocław. Zdarza się, że w adresie zamiast nazwy miasta znajduje się nazwa dzielnicy. Pojawiały się też nic niemówiące nazwy świadczeniodawców (np. „Poradnia”) i dopiero po dokładniejszej analizie adresu udało się ustalić, o którego świadczeniodawcę chodzi.

Niekwestionowanym rekordzistą jest „Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie”, gdzie w kwietniu 2012 r. średni czas oczekiwania dla świadczenia „oddział rehabilitacyjny” wynosił 25 523 dni (prawie 70 lat). Tak wysoki wynik świadczy o błędnym wprowadzaniu danych do systemu i braku mechanizmów weryfikujących, służących do sprawdzania, czy dana informacja jest prawdopodobna.

Wątpliwa jakość

Po rozwiązaniu wielu problemów i poprawieniu błędów przychodzi czas na analizę danych historycznych, których jakość po bliższym przyjrzeniu się budzi ko-

lejne wątpliwości. Nawiązując do metodyki liczenia średniego czasu oczekiwania – można znaleźć wiele placówek, które przez dłuższy czas raportują brak oczekujących i równocześnie brak osób, u których świadczenie zostało wykonane oraz średni czas oczekiwania na świadczenie równy 0 dni. Takie wyniki można interpretować na kilka sposobów:

- pacjenci nie czekają, świadczenia są wykonywane tego samego dnia,
- pacjenci tak długo musieliby czekać w kolejce, że po prostu się nie zapisują na świadczenia i szukają innej placówki,
- nie ma chętnych na dane świadczenie w danej placówce,
- dane dostarczane przez świadczeniodawców nie mają nic wspólnego z rzeczywistością (i to chyba najbardziej prawdopodobne wytłumaczenie).

Przykładem takiej sytuacji mogą być dane przesłane przez Salve Zakład Opieki Zdrowotnej w Łodzi (tab. 2). Osoba nieznająca zawilosci systemu raportowania czasów oczekiwania mogłaby zinterpretować je jako brak kolejek i wykonywanie zabiegów od ręki. Fundacja Watch Health Care zgodnie z metodologią przyjętą w Barometrze WHC skontaktowała się ze świadczeniodawcą i ustaliła, że prognozowany czas wykonania świadczenia to dopiero 2015 r., czyli minimum 4 miesiące oczekiwania.

Tabela 2. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego. Salve ZOZ w Łodzi

Data	Liczba oczekujących	Liczba skreślonych	Średni czas oczekiwania
2013-06-30	0	0	0
2013-07-31	0	0	0
2013-08-31	0	0	0
2013-09-30	0	0	0
2013-10-31	0	0	0
2013-11-30	0	0	0
2013-12-31	0	0	0
2014-01-31	0	0	0
2014-02-28	0	0	0
2014-03-31	0	0	0
2014-04-30	0	0	0
2014-05-31	0	0	0
2014-06-30	NA	NA	NA

NA – brak placówki w bazie

„ W 2012 r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mławie średni czas oczekiwania dla świadczenia *oddział rehabilitacyjny* wynosił 25 523 dni (prawie 70 lat) „

Brak świadczeniodawcy

Kolejnym często pojawiającym się problemem jest brak danych z poszczególnych miesięcy lub danego świadczeniodawcy w bazie. Teoretycznie każda placówka wykonująca świadczenia w ramach NFZ jest zobowiązana do przesyłania informacji o listach oczekujących do 10. dnia każdego miesiąca. Jeśli tego nie zrobi, używane są czasy dotyczące miesiąca poprzedniego, a gdy te dane nie będą aktualizowane ponad 3 miesiące, pojawi się wpis „brak danych”. Tym bardziej zastanawiające jest istnienie luk w systemie, przy jednoczesnym raportowaniu wyników dla innych placówek z danych miesięcy. Tabela 3 obrazuje brak

Tabela 3. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego. Szpital Bielański SPZOZ w Warszawie

Data	Liczba oczekujących	Liczba skreślonych	Średni czas oczekiwania
2013-06-30	110	0	370
2013-07-31	115	1	569
2013-08-31	124	0	768
2013-09-30	130	0	768
2013-10-31	131	0	768
2013-11-30	BD	BD	BD
2013-12-31	BD	BD	BD
2014-01-31	BD	BD	BD
2014-02-28	NA	NA	NA
2014-03-31	NA	NA	NA
2014-04-30	141	0	564
2014-05-31	133	0	564
2014-06-30	NA	NA	NA

BD – brak danych, NA – brak placówki w bazie

jakichkolwiek informacji o świadczeniodawcy w lutym, marcu i czerwcu 2014 r. (jakby placówka została zamknięta lub przestała realizować kontrakt z NFZ). Dotychczas nie udało się znaleźć innego racjonalnego wytłumaczenia dla takiego stanu rzeczy.

Tabela 4 obrazuje nagły spadek liczby oczekujących na badanie rezonansem magnetycznym. Gdyby wierzyć tym liczbom, oznaczałoby to, że w sierpniu 2012 r. grubo ponad 1000 pacjentów zrezygnowało z oczekiwania na to badanie. Takie błędy dodatkowo obniżają wiarygodność danych. W wypadku tej analizy również widoczne są braki w poszczególnych miesiącach, obniża to rzetelność danych i rodzi pytanie,

Tabela 4. Rezonans magnetyczny. Euromedic Dolnośląskie Centrum Medyczne w Wałbrzychu

Data	Liczba oczekujących	Liczba skreślonych	Średni czas oczekiwania
2012-05-31	1711	162	73
2012-06-30	BD	BD	BD
2012-07-31	1696	125	88
2012-08-31	76	11	7
2012-09-30	56	12	24
2012-10-31	2	17	32
2012-11-30	433	21	104
2012-12-31	453	12	105
2013-01-31	372	84	108
2013-02-28	548	82	98
2013-03-31	773	97	92
2013-04-30	BD	BD	BD
2013-05-31	1217	30	76
2013-06-30	1179	142	80
2013-07-31	1276	160	82
2013-08-31	1330	209	88
2013-09-30	1332	190	96
2013-10-31	1334	237	105
2013-11-30	1367	243	112
2013-12-31	1319	229	112
2014-01-31	1350	193	114
2014-02-28	1418	289	114

BD – brak danych

Tabela 5. Zestawienie czasów raportowanych przez NFZ i uzyskanych po telefonicznej weryfikacji od świadczeniodawcy na przykładzie endoprotezoplastyki stawu biodrowego

Świadczeniodawca	Średni czas oczekiwania raportowany przez NFZ	Planowany termin wykonania świadczenia po weryfikacji telefonicznej Fundacji WHC
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach	14 dni	ok. 2 lat
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie	14 dni	ok. 7–8 miesięcy
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Adama Grzyby w Otwocku	0 dni	ok. roku

dlaczego placówki nie wysyłają regularnie informacji o zakontraktowanych świadczeniach.

Uwaga! Sprawdzam!

Na podstawie danych prezentowanych na stronie internetowej odnaleźliśmy więcej świadczeniodawców, którzy raportowali podejrzanie niskie średnie czasy oczekiwania na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego, które po telefonicznej weryfikacji Fundacji WHC okazały się fikcją. Rozbieżności te prezentuje tabela 5.

Nawet najlepszy system monitorowania czasów oczekiwania nie zlikwiduje kolejek do świadczeń, choć na tym właśnie powinno zależeć regulatorowi najbardziej. NFZ w kulawy sposób realizuje przejrzystość, przy czym „kolejkologia stosowana” kwitnie. Można odnieść wrażenie, że dołożono wszelkich starań, by system został skonstruowany w taki sposób, by był mało użyteczny zarówno dla pacjentów, jak i dla osób analizujących dane. Nie spełnia on podstawowych celów i założeń, dla których został stworzony, w szczególności nie zapewnia prostej i przejrzystej informacji, która pomogłaby pacjentowi w wyborze świadczeniodawcy. Co więcej, wielokrotnie wprowadza pacjenta w błąd i komplikuje korzystanie z usług medycznych zamiast je uprościć.

Do informacji prezentowanych przez NFZ należy podchodzić ostrożnie z uwagi na wysokie ryzyko błędów i liczne nieścisłości. Analiza danych historycznych pomaga wychwycić te błędy, ale wymaga wiele wysiłku. Analizując dane na podstawie jednego punktu czasowego, jesteśmy zmuszeni ślepo zaufać przedstawionym informacjom (co szczerze odradzamy). Nie należy liczyć na poprawę sprawozdawczości w zakresie kolejek po stronie NFZ, ponieważ gdyby intencją regulatora było pokazanie realnego stanu kolejek, system zostałby od razu dobrze zaprojektowany. Być może natomiast po publikacji tego artykułu dane historyczne z informatora przestaną być w ogóle udostępniane? Tak czy inaczej najważniejsza jest likwidacja kolejek, szczególnie do podstawowych świadczeń specjalistycznych



„Wątpliwości budzi dokładność raportowania i sposób udostępniania informacji”

nych o bardzo dobrym stosunku kosztu do efektu zdrowotnego. W wypadku tych świadczeń występowanie kolejek jest szczególnie niesprawiedliwe i w żaden sposób nie może być uzasadnione. Gdyby dostępność świadczeń zdrowotnych się poprawiła, niepotrzebny byłby informator kolejkowy ani żadne inne narzędzia „kolejkologii stosowanej”, czego wszystkim pacjentom w Polsce trzeba życzyć.

Krzysztof Łanda i Konrad Maruszczyk są ekspertami Fundacji Watch Health Care, a Bartosz Sękiewicz – HTA Consulting.