



Państwowa służba zdrowia w Wielkiej Brytanii – system czy systemy?

National Health Service in the United Kingdom – a System or Systems?

Dariusz Walkowiak¹

¹Katedra Prawa Medycznego, Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

¹Department of Medical Law, Organization and Management in Health Care,
Poznan University of Medical Sciences

Streszczenie

Z polskiej perspektywy bardzo często system ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii postrzegany jest jako biurokratyzowany monolit zapewniający darmową opiekę zdrowotną wszystkim mieszkańcom Zjednoczonego Królestwa. Co do samej koncepcji funkcjonowania, która leży u podstaw powstania *National Health Service*, bez wątplenia tak jest. Takie cele przyświecały twórcom koncepcji powszechnej i bezpłatnej opieki zdrowotnej, dostępnej dla każdego obywatela bez względu na zasobność portfela. Jednak bardzo często pomijany jest fakt występowania różnic w systemie opieki zdrowotnej w krajach wchodzących w skład Wielkiej Brytanii. I nie chodzi tu wyłącznie o kwestie odpłatności za szpitalne parkingi w Anglii, co jest przedmiotem szyderstw nie tylko w brytyjskiej prasie. Pomijane są fundamentalne kwestie, takie jak chociażby fakt, że poszczególne systemy ochrony zdrowia w obrębie Zjednoczonego Królestwa funkcjonują na podstawie odrębnych przepisów, podobnie jak fakt różnego sposobu tworzenia budżetów ochrony zdrowia. W polskim dyskursie nieobecne są również różne rozwiązania formalne i organizacyjne przyjęte w Anglii, Szkocji, Walii i Irlandii Północnej w wyniku kolejnych reform opieki zdrowotnej. Szczególnie warto zwrócić uwagę na skutki

reformy z 1998 roku oraz rozwiązania przyjęte wtedy w poszczególnych krajach. Bardzo często porównuje się nasz NFZ do brytyjskiego NHS, może zatem warto zadać pytanie, do którego konkretnie.

Słowa kluczowe

systemy ochrony zdrowia, NHS, reforma systemu ochrony zdrowia, prywatyzacja

Abstract

From the Polish perspective, the health care system in Great Britain is very often perceived as a bureaucratic monolith, providing free health care to all residents of the United Kingdom. As for the very concept of functioning that underlies the National Health Service, this is clearly the case. Such goals guided the creators of the concept of universal and free health care, available to every citizen regardless of their wealth. However, it is very often overlooked that there are differences in the healthcare system in the countries that make up the UK. And it is not just about paying for hospital car parks in England, which is the subject of derision not only in the British press. Fundamental issues are overlooked, such as the fact that individual health systems within the United Kingdom operate on the basis of separate provisions, as well as the fact of different ways of creating health budgets. Also various formal and organizational solutions, adopted in England, Scotland, Wales and Northern Ireland as a result of successive health care reforms, tend to be overlooked in the Polish discourse. Especially notable are the effects of the reform of 1998 and the solutions adopted on this occasion in individual countries. Our NFZ is frequently compared to the British NHS, so maybe it is worth asking the question: to which one specifically?

Key words

health systems, NHS, reform of the health care system, privatization

Bardzo często, kiedy prowadząc zajęcia ze studentami czy lekarzami, omawiam organizację systemu ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii, zdarza mi się mówić o brytyjskim systemie ochrony zdrowia czy brytyjskim NHS. Tylko czy brytyjski system zdrowia rzeczywiście istnieje?

W naszym dyskursie politycznym, publicystycznym, a nawet naukowym funkcjonuje pojęcie brytyjskiego systemu ochrony zdrowia. Analiza dokumentów pozwala jednak na konstatację, że mówiąc o brytyjskim

systemie zdrowia, autorzy zwykle mają na myśli rozwiązania przyjęte w Anglii. Oczywiście już sam system angielski jest nieprawdopodobnie skomplikowany, a kolejne zmiany zachodzą w nim szybciej, niż są to w stanie skorygować autorzy podręczników czy nawet prac z tego zakresu. W związku z tym uproszczenie takie, o ile świadome, ma na celu ułatwienie zrozumienia zmian zachodzących w systemie ochrony zdrowia najludniejszego kraju Zjednoczonego Królestwa. Niestety często uproszczenia takie wynikają również z braku świadomości różnic występujących w czterech krajach wchodzących w skład Wielkiej Brytanii. Pojęcie „brytyjski system ochrony zdrowia” uniemożliwia akcentowanie różnic, które występują w systemie ochrony zdrowia w różnych częściach Wielkiej Brytanii. Takie ujęcie uniemożliwia również dyskusję o kierunkach zmian przyjętych w czterech krajach Zjednoczonego Królestwa. Implikacją tego faktu jest w sposób oczywisty brak możliwości analizy efektywności ekonomicznej przyjętych rozwiązań i porównania ich dla poszczególnych krajów. Funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia na przestrzeni lat się zmieniało, kolejne ekipy rządzące poddawały go mniej lub bardziej przemyślanym reformom. Nie ma oczywiście możliwości przeniesienia do Polski któregoś z funkcjonujących na świecie modeli systemu ochrony zdrowia. Nie ulega natomiast wątpliwości, że każda reforma powinna być poprzedzona analizą rozwiązań funkcjonujących w różnych krajach. Z tego punktu widzenia warto baczenie się przyglądać zmianom zachodzącym w Wielkiej Brytanii, tym bardziej że, jak się wydaje, rozwiązania przyjęte w poszczególnych krajach Zjednoczonego Królestwa idą w różnych kierunkach.

Zorganizowany w 1948 roku przez labourzystowski rząd brytyjski *National Health Service* (NHS) był pierwszym na świecie kompleksowym i bezpłatnym systemem opieki zdrowotnej obejmującym wszystkich obywateli bez wyjątku. Opieka medyczna jest w Wielkiej Brytanii finansowana z budżetu, a źródłem finansowania są bezpośrednio podatki. Jednak zarówno w brytyjskich mediach, jak i w dyskursie naukowym można się spotkać z poglądem, że opieka medyczna jest w zasadzie bezpłatna w wypadku większości świadczeń i że jest świadczona przez NHS bądź w jego imieniu. Brytyjski system opieki zdrowotnej zawsze pochłaniał duże środki. W pierwszym pełnym roku funkcjonowania NHS brytyjski rząd przeznaczył na jego funkcjonowanie 11,4 mld funtów. W roku fiskalnym 2016/2017 kwota ta była nominalnie ponad dwunastokrotnie wyż-

sza i wynosiła 144,3 mld funtów. W roku fiskalnym 1950/1951 wydatki z budżetu przeznaczone na NHS wyniosły 285 funtów na jednego mieszkańca, w roku 2016/2017 – 2200 funtów. Wzrost wydatków na opiekę zdrowotną znacznie przewyższył na przestrzeni tego okresu zarówno wzrost PKB, jak i wzrost całkowitych wydatków publicznych: każde z nich wzrosło w tym okresie tylko niecałe pięć razy. Najwyższy wzrost wydatków obserwowany był w latach 2001–2005, kiedy wynosił 8,6% rocznie [1]. Pieniądze uzyskiwane z budżetu przez poszczególne kraje NHS stanowią zdecydowaną większość ich dochodów. Poszczególne kraje mogą również decydować o pobieraniu od pacjentów dodatkowych opłat, jednak występują one wyłącznie w Anglii, gdzie w roku 2016/2017 stanowiły zaledwie 0,5% budżetu NHS. Innymi źródłami przychodów NHS mogą być opłaty pobierane za leczenie cudzoziemców czy komercyjne usługi świadczone przez poszczególne szpitale na rzecz obywateli Zjednoczonego Królestwa, lecz podobnie i one nie przekraczają 0,5% całego budżetu tej instytucji [1].

Z punktu widzenia chronologii powstawania podstaw prawnych oraz w konsekwencji instytucji systemu ochrony zdrowia w Zjednoczonym Królestwie w pierwszej kolejności w 1946 roku uchwalono National Health Service Act, który ostatecznie wszedł w życie w roku 1948 [2]. Przepisy wprowadzające nowy system ochrony zdrowia uchwalono w Szkocji w 1947 roku, a w Irlandii Północnej – w roku 1948 [3]. System opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii składa się obecnie z czterech odrębnych krajowych systemów opieki zdrowotnej: *National Health Service* (Anglia), *Health, Social Services and Public Safety* w Irlandii Północnej, *NHS Scotland* i *NHS Wales*. Rząd brytyjski za pośrednictwem *UK Treasury* określa całkowity budżet NHS w Anglii, natomiast zapewnia subwencje pozostałym trzem krajom, ich organy ustawodawcze dokonują podziału otrzymanych kwot, tworząc budżety własnych organów koordynujących polityki ochrony zdrowia. Środki przekazywane Szkocji, Walii oraz Irlandii Północnej wyliczane są na podstawie tzw. formuły Barnetta. Wysokość przekazywanych subwencji w kolejnym roku jest zdeterminowana wysokością środków przekazanych w roku poprzednim oraz zmianą wydatków w Anglii w tym okresie. Zgodnie z tą formułą Szkocja otrzymuje 10 funtów, a Walia 5 funtów od każdych 85 funtów przyrostu wydatków publicznych w Anglii. Formuła Barnetta jest zwyczajowym sposobem alokacji funduszy, funkcjonującym bez jakiegokolwiek podstawy prawnej.

Władze lokalne np. w Szkocji otrzymujące subwencję nie są zobowiązane do przeznaczenia jej na ochronę zdrowia, mogą ją przeznaczyć choćby np. na edukację [4, 5]. Odrębne przepisy regulujące kwestie organizacyjne ochrony zdrowia u zarania powstania NHS, ale przede wszystkim przeprowadzona przez rząd brytyjski dewolucja (*devolution*) doprowadziły do różnego ukształtowania czy nazwania ministerstw odpowiedzialnych w różnych krajach Zjednoczonego Królestwa za otrzymywane z budżetu subwencje czy nadania kompetencji. W przypadku Irlandii Północnej jest to *Department of Health, Social Services and Public Safety*, w Walii – *Department of Health and Social Services*, a w Szkocji – *Directoriate for Health and Social Care* [6]. Początkowo NHS w Anglii i Walii zorganizowany został jako jedna instytucja, a NHS w Walii wyodrębnił się z angielskiego dopiero w roku 1969, angielski i szkocki NHS powstały równolegle w 1948 roku bez istotnych różnic organizacyjnych, a w wypadku Irlandii Północnej opieka zdrowotna od razu została połączona z opieką społeczną. Prawie do końca XX wieku Wielka Brytania była państwem z niezwykle silnym rządem centralnym, ze wszystkimi kluczowymi decyzjami podejmowanymi w Londynie. Dewolucja rozpoczęła okres głębokich przemian konstytucyjnych, tworząc nowe ośrodki władzy w pozostałych krajach Zjednoczonego Królestwa. Powstały w ten sposób władze ustawodawcze w Szkocji, Walii i Irlandii Północnej (*Scottish Parliament, Welsh Assembly, Northern Ireland Executive*) oraz władze Londynu, jako odrębnej jednostki administracyjnej wewnątrz Anglii (bez bezpośredniej odpowiedzialności za ochronę zdrowia). Instytucje te nie powstawały w identyczny sposób, ponieważ uwzględniono specyfikę poszczególnych krajów. W przypadku Szkocji istniejący *The Scottish Office* przez wiele lat odpowiadał za dostosowywanie prawa uchwalanego przez parlament brytyjski do funkcjonującego niejako równolegle do angielskiego szkockiego systemu prawa oraz systemu edukacji. Decentralizacja w Irlandii Północnej była z kolei zakłócana przez przerwy i załamania negocjacji w irlandzkim procesie pokojowym [7].

Przed dewolucją w 1998 roku oczekiwano jednak, że autonomia Szkocji, Walii i Irlandii Północnej będzie oznaczała wykorzystywanie rozwiązań angielskich, to znaczy, że samodzielne kraje będą w ten czy w inny sposób implementowały brytyjską politykę realizowaną w Anglii. Decentralizacja polityczna dała lokalnym systemom politycznym możliwość wyboru różnych rozwiązań, w tym również w zakresie polityki ochrony zdro-

wia, i szybko się okazało, że decyzje w poszczególnych krajach zaczęły się różnicować, i to zarówno w stosunku do polityki realizowanej w Anglii, jak i w stosunku do innych krajów Zjednoczonego Królestwa [8]. W Walii na przykład już pierwszy rząd powołany po decentralizacji ogłosił, że odchodzi od wąskiego pojmowania przez NHS poprawy systemu opieki zdrowotnej, czego przykładem była angielska „krucjata” przeciwko zbyt długiemu oczekiwaniu na przyjęcie do szpitala na rzecz zwalczania przyczyn złego stanu zdrowia [9]. W Szkocji już w trakcie pierwszej sesji parlamentu po decentralizacji koalicja Partii Pracy i Liberalnych Demokratów rozpoczęła „demontaż” tzw. rynku wewnętrznego w ochronie zdrowia. W Szkocji system zakupu usług zdrowotnych został zlikwidowany w 2004 roku, w Walii nastąpiło to w roku 2009, odstąpiono także od idei konkurencyjności podmiotów w sferze ochrony zdrowia. W ich miejsce powstały podmioty świadczące usługi zdrowotne lokalnie w-z góry zdefiniowanych regionach [10]. Przy zmianach zachodzących we wszystkich krajach, których reformy systemu ochrony zdrowia podążają w różnych kierunkach, być może raczej ma Keating, pisząc, że to nie Szkocja zaczyna się różnić od Anglii, ale to Anglia zaczyna się odróżniać od Szkocji [11].

Od 1999 roku lokalne rządy w Walii, Szkocji i Irlandii Północnej otrzymały uprawnienia w zakresie samodzielnego zorganizowania oraz budżetowania NHS działających na ich terenie. We wszystkich czterech krajach wchodzących w skład Wielkiej Brytanii założenia systemu opieki zdrowotnej są takie same: uniwersalny system obejmujący wszystkich mieszkańców, finansowany z budżetu, oparty na podobnych zasadach działania. Jednak od czasu decentralizacji funkcjonują cztery różne, a niekiedy wręcz rozbieżne polityki w zakresie opieki zdrowotnej; co więcej, zmiany systemowe zachodzą w poszczególnych krajach w różnym czasie [10]. Charles Saunders, zastępca przewodniczącego British Medical Association w Szkocji, powiedział: „Działamy w systemie współpracy, a angielskie reformy są w dużej mierze oparte na zasadzie konkurencji. Nie popieramy tego podejścia. Pacjenci nie są produktami, a NHS nie jest biznesem w komercyjnym tego słowa znaczeniu” [12]. W Anglii większy nacisk kładziony jest na umożliwienie pacjentowi dokonania wyboru świadczeniodawcy, konkurencję między dostawcami i wykorzystanie prywatnych świadczeniodawców w celu świadczenia opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. W przemówieniu na walijskiej konwencji Partii Pracy w 2012 r. pierwszy minister lokalnego rządu, Car-

wyn Jones, z dumą oświadczył, że walijska służba zdrowia jest „wolna od prywatyzacji” [13]. Z kolei system angielski został oparty na systemie cen regulowanych z dopuszczeniem elementów konkurencji oraz nowo utworzonym systemie organów regulacyjnych. Coraz większe znaczenie dla systemu ma udział podmiotów prywatnych. W listopadzie 2016 roku założona przez Richarda Bransona firma Virgin Care mimo protestu części mieszkańców wygrała wart 700 mln funtów przetarg na świadczenie 200 różnych usług medycznych i socjalnych dla Bath i części hrabstwa Somerset [14, 15]. W roku 2017 Virgin Care wygrała przetargi o łącznej wartości 1 mld funtów, a wszyscy prywatni dostawcy usług wygrali aż 70% wszystkich ogłoszonych przez NHS przetargów na świadczenie opieki medycznej [16]. W latach 2013–2018 Virgin Care łącznie wygrało przetargi o wartości 2 mld funtów [17]. Chociaż Klein uważa jednak, że udział firm prywatnych na tym poziomie, na jakim on się obecnie znajduje, nie stanowi strukturalnego zagrożenia dla spójności budżetu angielskiego NHS [18]. Podstawowe różnice pomiędzy systemami opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach Zjednoczonego Królestwa przedstawia tabela 1.

Skutkiem podejmowania decyzji przez różne organy w czterech krajach Zjednoczonego Królestwa są różnice w zakresach świadczeń pomiędzy tymi krajami. W Szkocji, Walii i Irlandii Północnej wszystkie lekarstwa przepisane przez lekarza są bezpłatne, natomiast w Anglii wyłącznie określone grupy społeczne mają dostęp do bezpłatnych lekarstw [20]. Badania przesiewowe na obecność nowotworu jelita grubego prowadzone były przez wiele lat bezpłatnie u osób w wieku od 50 do 74 lat w Szkocji, a w pozostałych krajach Zjednoczonego Królestwa w wieku od 60 do 74 lat [21]. Wizyty kontrolne u dentysty są bezpłatne w Szkocji, a w Walii wyłącznie dla osób powyżej 60. roku życia [22]. Opieka dentystryczna jest oferowana w Wielkiej Brytanii w ramach trzech identycznych w całym kraju koszyków usług. Pierwszy z nich, zawierający usługi najbardziej podstawowe, kosztuje w Anglii 22,7, a w Walii – 14 funtów. Przeprowadzona w bieżącym roku podwyżka cen poszczególnych koszyków usług dotknęła mieszkańców Anglii i Walii, Szkocja i Irlandia Północna opłat nie podniosły. Osoby najuboższe mogą się ubiegać o uczestnictwo w programach dofinansowujących leczenie stomatologiczne. Limit posiadanego majątku umożliwiający uczestnictwo w programie jest w całej Wielkiej Brytanii identyczny z wyjątkiem pensjonariuszy domów pomocy spo-

łecznej, którzy w Anglii i Szkocji nie mogą mieć majątku przekraczającego 23 250 funtów, a w Walii – 24 000 funtów [23, 24]. Szpitalna opieka stomatologiczna jest bezpłatna w Anglii, Walii, Irlandii Północnej, ale nie w Szkocji. Jeśli chodzi o koszty opieki nad osobami wymagającymi takiej opieki, np. w przypadku choroby Alzheimera, to są one różne we wszystkich czterech krajach. Mieszkańcy Anglii mają prawo do 108,70 funtów tygodniowo na pokrycie kosztów opieki, w Irlandii Północnej do 100 funtów tygodniowo, a w Walii – do 120,55 funtów tygodniowo. W Szkocji mieszkańcy mogą otrzymywać 159 funtów tygodniowo na opiekę osobistą i dodatkowo 72 funty tygodniowo na opiekę pielęgniarstwa [25]. Różnice funkcjonują również w kwestii szczegółowych rozwiązań w ramach procedur medycznych. Decyzją NHS w Anglii i Walii wszystkie osoby powyżej 65. roku życia zostaną zaszczepione w sezonie 2018/2019 nową generacją szczepionek przeciwko grypie. W Szkocji decyzją lokalnych władz ten rodzaj szczepionki otrzymają osoby po 75. roku życia, osoby pomiędzy 65. a 74. rokiem życia zostaną zaszczepione standardową dotychczas używaną szczepionką. W tej kwestii pojawia się jeszcze jedna istotna różnica: w Szkocji zakupy szczepionek odbywają się centralnie, w Anglii i Walii za zakupy szczepionek dla swoich pacjentów odpowiedzialni są lekarze rodzinni [26]. Leki stosowane w leczeniu gwałtownego podwyższonego ciśnienia krwi występującego u chorych na stwardnienie guzowate, rzadką chorobę genetyczną, nie są refundowane w Anglii, a w pozostałych krajach Zjednoczonego Królestwa – tak [27]. W przypadku zapłodnienia *in vitro*, mimo istniejących rekomendacji, różne Zespoły ds. Kontraktacji Świadczeń Medycznych (Clinical Commissioning Groups, CCGs) na terenie kraju oferują pacjentkom różne liczby cykli zapłodnienia pozaustrojowego, ale tylko 12% (24 CCGs) spełnia zalecenia National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Siedem CCGs nie oferuje swoim pacjentkom ani jednego bezpłatnego cyklu zapłodnienia pozaustrojowego. Zalecenia w pozostałych krajach Zjednoczonego Królestwa są różne. W Szkocji pacjentkom przysługują trzy bezpłatne cykle zapłodnienia, w Walii – dwa, a w Irlandii Północnej – jeden [28]. W Anglii na 100 tys. mieszkańców pracuje 58 lekarzy rodzinnych, w Walii – 63, a w Szkocji – 76 [29]. W tym pozornie jednolitym systemie brytyjska prasa donosi o problemach z realizacją świadczeń obywateli Zjednoczonego Królestwa w kraju innym niż kraj zamieszkania, na przykład obywateli Walii na terenie Anglii [30]. Różnic w organizacji opieki

zdrowotnej, sposobie leczenia czy odpłatności, jak widać, jest wiele. Pojawia się więc uzasadnione pytanie o to, czy takie różnice mogą występować w ramach jednego systemu ochrony zdrowia. Można oczywiście podążyć tokiem rozumowania Forbes et al. [31] i przyjąć, że rozwiązywanie problemów obywateli jest możliwe na poziomie lokalnym, a nie za pomocą rozwiązań o charakterze uniwersalnym. Dewolucja mogłaby pozwolić na taką elastyczność, ponieważ kluczowi interesariusze są znacznie bliżej osób podejmujących decyzję, ale i tak możliwe byłoby to tylko w sytuacji, kiedy będzie można taką elastyczność wykazać.

W analizach aktualnej sytuacji w brytyjskiej służbie zdrowia znajdujemy zarówno opisy czterech równolegle funkcjonujących systemów [32, 33, 34], jak i sugestie, że nadal jest to jeden system [35, 36]. Aktualny stan najlepiej przedstawił chyba A. Street, pisząc o jednym modelu, ale czterech systemach opieki zdrowotnej [37]. Oceny skuteczności funkcjonujących systemów różnią się między sobą. Jak zauważa Holland, ze względu na istniejące różnice w uwarunkowaniach zdrowotnych, środowiskowych i społecznych w poszczególnych krajach Zjednoczonego Królestwa nie ma możliwości porównania efektywności poszczególnych systemów powstałych po dewolucji. Przy uwzględnieniu niektórych czynników opisujących efektywność systemu opieki zdrowotnej lepsze wyniki osiąga jeden z krajów, przy innym zestawie czynników liderem może być inny [38]. Popper z kolei zauważa korzyści z reform wdrożonych w Anglii [39]. Ma się to przejawiać w zainteresowaniu pacjentów wyższą jakością świadczonych usług zdrowotnych. Z kolei w szpitalach wzrosła jakość części świadczonych usług i one przyciągają więcej pacjentów. Rozbieżności ocen aktualnej sytuacji nie są oczywiście zaskakujące, biorąc pod uwagę poglądy prezentowane przez różnych autorów, ale również metodologię stosowaną w przeprowadzanych badaniach, a także ich zakres. Już w 2003 roku w raporcie King's Fund Le Grand przedstawiał argumenty za konkurencją szpitali, takie jak udany eksperyment z elementami konkurencji w przypadku szkolnictwa podstawowego czy możliwość regulacyjnego kształtowania rynku w ochronie zdrowia [40]. W tym samym raporcie Smith pisał o możliwym wpływie konkurencji na etykę i w konsekwencji obniżenie jakości opieki i gorsze wyniki pacjentów [41]. Niezwykle pouczającą lekturą jest artykuł w czasopiśmie „Lancet” i odpowiedź na niego, w którym dwie grupy wybitnych naukowców zajmujących się problematyką ochrony zdrowia w diametralnie różny sposób odczytują

wyniki badań wpływu konkurencji na angielski NHS [42, 43]. Nie sposób oprzeć się wrażeniu, że uzyskanie jednoznacznej odpowiedzi na temat oceny skuteczności reformowania NHS przynajmniej na razie jest mało prawdopodobne.

Tabela 1. Różnice w strukturze organizacyjnej systemu opieki zdrowotnej oraz związanych z nimi opłatach i uprawnieniach pacjentów pomiędzy Anglią, Szkocją, Walią i Irlandią Północną [5, 10, 19]

Table 1. Differences in the organizational structure of the healthcare system and related fees and entitlements of patients between England, Scotland, Wales and Northern Ireland

	Anglia	Szkocja	Walia	Irlandia Płn.
Ludność (mln)	51	5,1	3	1,8
Gęstość zaludnienia (osoby/km ²)	391,8	65,3	143,5	124,2
Wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca 2017/2018 (GBP)	2168	2353	2309	2307
Łączne wydatki na wszystkie usługi realizowane przez rządy krajowe w przeliczeniu na mieszkańca 2017/2018 (GBP) (m.in. edukacja, ochrona środowiska, ochrona społeczna, sport)	9080	10881	10397	11190
Struktura organizacyjna				
Rozdział kupujący-dostawca	Tak	Nie (od 2004)	Nie (od 2009)	Tak
Pieniądze podążają za pacjentem	Tak	Nie	Nie	Nie
Prywatni dostawcy usług	Tak	Nie	Nie	Nie
Zintegrowana opieka zdrowotna i socjalna	Nie	Częściowo	Nie	Tak
Uprawnienia i opłaty				
Bezpłatna opieka dla osób powyżej 65 lat	Nie	Tak	Nie	Nie
Bezpłatne leki	Nie	Tak	Tak	Tak
Bezpłatne parkingi szpitalne	Nie	Tak, z wyjątkami	Tak, z wyjątkami	Nie

Piśmiennictwo

1. Harker R. NHS Funding and Expenditure, House of Commons Library 2018.
2. Ashton JR. Defending democracy and the National Health Service. *Lancet* 2012; 379: 997-998.
3. Jones DA. A brief history of National Health Service. *British Journal of Healthcare Management* 2015; 21: 77.
4. Ferguson L, Learmonth D, McGregor P, Swales JK, Turner K. The Impact of the Barnett Formula on the Scottish Economy: Endogenous Population and Variable Formula Proportions. *Environment and Planning A*, 2007; 39: 3008-3027.
5. Investigation into devolved funding. Report by the Comptroller and Auditor General. HM Treasury. March 2019.
6. Doheny S. The organisation of the NHS in the UK: comparing structures in the four countries. National Assembly for Wales 2015.
7. Katikireddi SV, Smith KE, Stuckler D, McKee M. Devolution of power, revolution in public health? *J Public Health (Oxf)* 2017; 39: 241-247.
8. Greer SL. Devolution and health in the UK: policy and its lessons since 1998. *British Medical Bulletin* 2016; 118: 17-25.
9. Longley M, Llewellyn M, Beddow T, Cohen D, Carson J, Warner M. A national health inequalities fund for Wales: Concept, design and implementation. *Health Policy* 2011; 103: 141-148.
10. Bevan G, Marina Karanikolos M, Exley J, Nolte E, Connolly S, Mays N. The four health systems of the United Kingdom: how do they compare? The Health Foundation and Nuffield Trust 2014.

11. Keating M. Policy Convergence and Divergence in Scotland under Devolution. *Regional Studies* 2005; 39: 453-463.
12. Hawkes N. How different are NHS systems across the UK since devolution? *BMJ* 2013; 346: f3066.
13. One NHS or many? The National Health Service under devolution. Online: <https://www.psa.ac.uk/insight-plus/one-nhs-or-many-national-health-service-under-devolution> [dostęp 28.07.19].
14. Virgin Care wins £700m contract to run 200NHS and social care services. Online: <https://www.theguardian.com/society/2016/nov/11/virgin-care-700m-contract-200-nhs-social-care-services-bath-somerset> [dostęp 28.07.19].
15. More than 75,000 sign petition calling for Richard Branson's Virgin Care to hand settlement money back to NHS. Online: <https://www.independent.co.uk/news/health/nhs-virgin-care-healthcare-lawsuit-money-petition-settlement-privatisation-75000-richard-branson-a8106956.html> [dostęp 28.07.19].
16. NHS privatisation soars as private companies win 70% of clinical contracts in England. Online: <https://www.independent.co.uk/news/health/nhs-privatisation-contracts-virgin-care-richard-branson-jeremy-hunt-a8134386.html> [dostęp 28.07.19].
17. Virgin Care must be kept away from the NHS. Online: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/aug/07/virgin-care-kept-away-nhs-privatisation-branson> [dostęp 28.07.19].
18. Klein R. England's National Health Service – Broke but Not Broke. *Milbank Q* 2015 93: 455-458.
19. www.statistics.gov.uk [dostęp 28.07.19].

20. NHS prescription charges are rising – here's how to keep them down. Online: <https://www.theguardian.com/society/2018/mar/03/nhs-prescription-charges-rise-drugs> [dostęp 28.07.19].

21. We did it! Bowel cancer screening age to be lowered to 50 in England and Wales. Online: <https://www.bowelcanceruk.org.uk/news-and-blogs/news/we-did-it!-bowel-cancer-screening-age-to-be-lowered-to-50-in-england/> [dostęp 28.07.19].

22. Gallagher J. Devolution and diversity: does it make a difference? Faculty Dental Journal 2014; 5: 104-105.

23. NHS dentist charges: are you paying too much? Online: <https://www.money.co.uk/guides/nhs-dentist-charges-are-you-paying-too-much.htm> [dostęp 28.07.19].

24. Cost of NHS dental care to rise next month. Online: <https://www.moneysavingexpert.com/news/2019/03/cost-of-nhs-dental-care-to-rise-next-month/> [dostęp 28.07.19].

25. Long term care: My aunt fell through cracks in the system. Online: <https://www.telegraph.co.uk/finance/personalfinance/insurance/longtermcare/8899717/Long-term-care-My-aunt-fell-through-cracks-in-the-system.html> [dostęp 28.07.19].

26. New flu vaccine only available to over-75s in Scotland. Online: <https://www.bbc.com/news/uk-scotland-45650823> [dostęp 28.07.19].

27. NHS England devastating U-turn on drug treatment for brain tumours. Online: <http://www.tuberous-sclerosis.org/new-tsa-news/nhs-england-devastating-u-turn-on-drug-treatment-for-brain-tumours?A=SearchResult&SearchID=3039306&ObjectID=5210819&ObjectType=35> [dostęp 28.07.19].

28. IVF: Patients face postcode lottery for treatment. Online: <https://www.bbc.com/news/uk-england-41764665> [dostęp 28.07.19].

29. Is the number of GPs falling across the UK? Online: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/is-the-number-of-gps-falling-across-the-uk> [dostęp 28.07.19].
30. English hospital refuses to treat Welsh patients unless an emergency. Online: <https://www.telegraph.co.uk/news/2019/04/05/english-hospital-refuses-treat-welsh-patients-unless-emergency/> [dostęp 28.07.19].
31. Forbes T, Evans D, Scott N. Implementing health and social care policy – England and Scotland compared. *Policy Studies* 2010; 31: 591-611.
32. Kaehne A. One NHS, or many. The National Health Service under devolution. *Political Insight* 2014; 10: 30-33.
33. Greer SL. Devolution and health in the UK: policy and its lessons since. *Br Med Bull* 2016; 118: 16-24.
34. Greer SL. Four Way Bet: How devolution has led to four different models for the NHS. The Constitution Unit, School of Public Policy UCL. London 2004.
35. Merrills J, Fisher J. *Pharmacy Law and Practice*, 5th Edition. Oxford 2013.
36. Gilbert BJ, Clarke E, Leaver L. Morality and markets in the NHS. *Int J Health Policy Manag* 2014; 16; 3: 371-6.
37. Street A. Britain's National Health Service: one model, four systems. Online: <https://theconversation.com/britains-national-health-service-one-model-four-systems-81579> [dostęp 11.05.18].
38. Holland WW. Competition or collaboration? A comparison of health services in the UK. *Clin Med* 2010; 10: 431-433.
39. Propper C. Competition in health care: lessons from the English experience. *Health Econ Policy Law* 2018; 13: 492-508.

40. Le Grand J. *The case for the internal market*. In: Dixon J, Le Grand J, Smith P. (eds) *Shaping the New NHS: Can Market Forces be Used for Good?*. London. King's Fund 2003.

41. Smith P. The case against the internal market. In: Dixon J, Le Grand J, Smith P. (eds) *Shaping the New NHS: Can Market Forces be Used for Good?*. London. King's Fund 2003.

42. Pollock A, Macfarlane A, Kirkwood G, Majeed FA, Greener I, Morelli C, Boyle S, Mellett H, Godden S, Price D, Brhlikova P. No evidence that patient choice in the NHS saves lives. *Lancet* 2011; 378: 2057-2060.

43. Bloom N, Cooper Z, Gaynor M, Gibbons S, Jones S, McGuire A, Moreno-Serra R, Propper C, Van Reenen J, Seiler S. In defence of our research on competition in England's National Health Service. *Lancet* 2011; 378: 2064-2065.

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Dariusz Walkowiak
Katedra Prawa Medycznego, Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
60-356 Poznań, ul. Przybyszewskiego 39
e-mail: dariuszwalkowiak@ump.edu.pl

ORCID

Dariusz Walkowiak

<https://orcid.org/0000-0001-8874-2401>