

二战时期英国紧急医院服务的问题初探

白爽

(南京大学历史系,江苏 南京 210093)

摘要:1939年英国实行了紧急医院服务计划,以优先救治战争中的军人和伤员,这项战时政策在为英国做出积极贡献的同时产生了一些问题。它剥夺了部分普通民众合法的求医权利,不平等地加重了部分医护人员的工作负担,并暴露出了医疗服务业内的歧视行为。它的成功运行体现出了战争时期公民权利在国家利益面前的牺牲与妥协,同时引发了民众对于医疗服务发展的理性思考,为战后医疗改革奠定了基础。

关键词:紧急医院服务;英国;公民权利

中图分类号:R197.1

文献标识码:A

文章编号:1671-0479(2013)06-513-006

doi:10.7655/NYDXBSS20130607

随着第二次世界大战的爆发,欧洲陷入了战火之中。绥靖政策并没使英国免于与德国的兵戎相见,1939年底,为应对德军可能对伦敦进行的密集性轰炸,英国实行了紧急医院服务计划(emergency hospital scheme, emergency hospital service, EHS)。政府接管并扩建了部分医院,以求最大限度地集中医疗资源救治军人和空袭伤员。作为紧急医疗服务系统^①(emergency medical service, EMS)的重要组成部分,EHS发挥出的积极作用是英国获取战争胜利的重要保证,但它也给普通民众的医疗活动和医务人员的工作带来了消极的影响。

卫生部建立EHS的初衷是:在满足普通民众基本医疗需求的条件下,组建一个自给自足的独立系统优先为军人和伤者服务。1941年,卫生部向战时内阁的一个委员会宣称:“这是历史上第一次我们的医院服务可以满足全民的需求。”同年9月,卫生部再次宣布:“政府的目标就是组建一个全面的医院服务,保证每个人能够获得所需的服务。”^[1]但EHS是否真如宣称的那样满足了广大民

众的医疗需求呢?笔者认为,在实际操作中,为将有限的资源尽可能地集中到少数人手里,EHS剥夺了部分普通患者合法的求医权利,不平等地加重了医护人员的工作负担,并暴露出了医疗服务业内的歧视行为。但在爱国主义的感召下,普通患者放弃了个人健康权利,为国家利益做出了无条件的牺牲。本文试图从预留床位制度、医护人员的工作量和医院膳食工作三个方面考察二战时期紧急医疗服务中存在的问题,并从公民权利视角解释战时紧急医院服务体系的价值平衡。

战时医疗政策的研究主要涉及医学社会史和二战社会史。同时它作为1948年英国国民健康服务体系(national health service, NHS)建立的重要背景之一,国外研究已较为深入。代表性的著作首推理查德·蒂特马斯(Richard M. Titmuss)的《社会政策问题》,这是一部研究二战社会政策和社会问题的权威之作;在英国二战社会史及福利国家史的研究领域中,可从帕特·塞恩(Pat Thane)、海伦·琼斯(Helen Jones)、伯纳德·哈里斯(Bernard Harris)等^②的著作

收稿日期:2013-10-22

作者简介:白爽(1988-),女,宁夏银川人,南京大学历史系世界史在读博士研究生,研究方向为英国医疗史。

①二战时除各类医院外,还有改造了的济贫院、临时搭建的营房、医院船(hospital ships)等提供医疗服务,在此仅讨论紧急医院服务中存在的问题。

②相关著作还包括:Rodney Lowe. *The Welfare State in Britain since 1945*, New York: St. Martin's Press, 1993; Derek Fraser, *The Evolution of the British Welfare State*, New York: Palgrave MacMillan, 2003; Charles Webster, *The National Health Service: A Political History*, New York: Oxford University Press, 2002; John Brown, *The British Welfare State: A Critical History*, London: Blackwell, 1995。因篇幅有限,不再逐一列举。

找到相关论述。此外,医学杂志《柳叶刀》(Lancet)和《英国医学杂志》(British Medical Journal)从1940年起,发表了多篇文章报道战时医院服务的情况并讨论其中存在的问题。国内相关研究成果中,对该政策的论述较少,且均以正面评价出现。本文欲另辟蹊径,在开拓视野的同时加深对英国战时医疗服务状况和公民权利的理解,以期给学界同仁一些参考和启发。

一、“预留床位”的恶果

1939年之前,英国医院的数量约为3000家^[2]。从资金来源的角度,大致可分为三种类型:由慈善机构创办的志愿医院;由地方政府运营和管理的市政医院;由医生个人或集体经营的私人医疗机构。“各类医院相互独立运作,几乎不存在合作关系,也没有中央或地方政策^①对医院服务进行过统一的组织和安排。”^[3]⁶⁰分散的医院服务系统致使医疗资源分布不均衡的问题一直存在。因此,为保证战时医疗服务的有序供应,EHS实施后中央政府按地区对各类医院进行了重组,并在易被敌军袭击地区的医院购买预留床位(reserved beds)。医院必须保证预留床位的空置以接收军人和空袭伤员即“紧急病患”(the service patient),并为他们提供免费治疗,相关费用由国家统一筹集和负担。1939年,中央政府预计已向EHS投入800万英镑,其中600万英镑用于支付在医院征用的49000张“预留床位”的费用^[4]。剩余资金则用于购买医用物资和医疗设备,以及帮助医院“升级”,包括增加医务人员,建手术室、X线片室,购买和更新医疗仪器等。“1939年底,有650家医院新建了避难所、手术室和沙袋墙,并改善了消防设备。”^[5]⁹¹“截止1941年底,卫生部在各类医院购买的预留床位已达8万张。”^[6]相比之下,EHS医院之外的平民医院(the civilian hospitals)则维持着战前的运营模式,继续为平民服务,且存有部分预留床位以接收EHS中的转院患者。

然而,预留床位制度的运行是以牺牲他人的就诊机会为代价的。它使医院服务中的歧视行为表现得更加深刻,加重了平民的“看病难”问题。战争初期,为给“紧急病患”让出足够的预留床位,医院甚至强迫部分患者离院,包括慢性病患者、瘫痪患者、老年人、晚期癌症患者、肺结核患者。战乱的环境使本就丧失自理能力或身患重病的他们极可能因无人照料或缺衣少食而失去生命^[5]¹⁰³。同时,一些医院在德军的轰炸中遭受破坏而被迫暂停经营,进而减少了

患者就诊的选择余地。伤者和普通患者可能被紧急送往同一所医院接受治疗。但如果这家医院只剩下预留床位,普通患者将会面临拒诊的处境。得不到救治的悲剧时有发生。1940年,英国著名的医学杂志《柳叶刀》刊登过这样一则报道:“一位患有感冒的擦玻璃工,在空袭中受到创伤而被送往医院。接受治疗后,因为该医院规定预留床位只接受紧急病患,他又被送回了家里。没过几个小时,他就死了。而这位病人本应该被留在医院里。”^[7]⁴⁸⁸然而EHS并未规定预留床位不可以接受普通患者,但接收患者的自主权在医院。卫生部就此曾呼吁医院在接诊时多关心一下平民。1940年6月,卫生部曾尝试征用大量民房、学校和其他建筑作为医院的“附属机构”,以求缓解平民的看病难问题。12月卫生部又发布命令:“当候诊名单(waiting list)太长的时候,平民可以在医院使用预留床位。”^[8]²⁸⁶但医院的表现却大相径庭。根据理查德·蒂特马斯的研究,战时英国患者可以被划分为四个群体,患者所属的群体直接影响他所得到的医院服务。

第一个群体是最不受EMS欢迎的患者,主要为诊疗期和护理期较长且社会价值最小的老年人和慢性病患者。第二个群体是不符合EMS收治条件的人,包括需要急诊的普通病患者、妇女、儿童和产妇。医院接收他们是因为这些人的诊疗期相对较短。同时很多人在康复后还要继续为社会服务。第三个群体是符合EMS一般收治条件的人。主要指因空袭而受伤的平民、工人、转诊重病患者、在空袭中撤离的妇女和儿童。他们得到优先权的原因是,他们大部分是战争的直接受害者,或是战争工作者,他们的健康关系到国家机器的正常运行。第四个群体是EMS规定必须优先收治的“紧急病患”,主要是受伤的军人和士兵。他们的健康直接决定着国家的存亡,因而占有服务中最大最好的部分^[7]⁴⁸⁹⁻⁴⁹⁰。

正如海伦·琼斯所言:“近观战时不同阶层享受的医疗服务和政府的战时政策便可发现……老年人、未婚妇女和少数民族等弱势群体遭受的歧视愈加明显。”^[5]⁸⁹1942年,英格兰和威尔士有超过43000名的普通病患被安排在候诊的名单里,其中包括6000名待产妇女。候诊时间更是长得离奇。在伯明翰伊丽莎白皇后医院预约就诊的产妇甚至被排在几年之后。在一些志愿医院,预约儿童矫形手术通常要等待3个月,预约儿童眼科手术也要2个月以上^[7]⁴⁹³⁻⁴⁹⁴。1943年之后,即便伤员对床位的需求并不那么高了,这一现象仍然存在。“排队看病”被

① 伦敦地区除外,因为伦敦郡议会曾建立过小组医院服务。

讽刺为“英国人的恶习”。对于患者来说,漫长的等待只会增加病痛的折磨并危害他们的生命。特别是一些患有传染性肺结核的患者因得不到治疗而被送回家里,也导致了肺结核发病率的增长。“1938年新增肺结核患者37 879名,1944年这一数字上升至44 664名,达到了历史最高值。”^[9]此外,患者还必须承受误工带来的经济损失,以及久病不治给自己和整个家庭带来的精神负担。

另一方面,由于“卫生部在主要的志愿医院购买了大量的预留床位,普通患者不得不去条件较差的市政医院求诊”^{[8]286},医疗资源使用的不平等加重了平民的“看病难”问题。精神病院的问题尤为严重。“战时英格兰和威尔士有超过25 000个精神病院的床位被政府征用,同时为精神正常的伤者服务。1938年,精神病院床位短缺2 993张,拥挤率为2.8%,1940年,床位短缺18 227张,拥挤率达到历史最高值16%。这意味着在英格兰和威尔士,原来能够容纳100个患者的房间现在挤着116个人^{[7]497}。而精神病患者对周围环境的要求很高。患者需要宽敞、舒适的环境静养,嘈杂、拥挤的环境只会加重患者的病情,因而导致了精神病患者的大量死亡,间接造成了医务人员精力和药品的浪费。儿童医院的情况同样不容乐观。由于政府在儿童医院购买了大量的“预留床位”,患病儿童得不到床位救治,只好转往普通医院。而普通医院分配给儿童的床位通常只有2~3个。在此过程中不严重的急诊可能被拖成了慢性病。更残酷的是,患儿在普通医院等不到床位,儿童医院的预留床位却还是空置的。

安妮·海蒂(Anne Hardy)认为,大多数医院虽在空袭中遭受破坏,但被完全破坏的只占少数,因此床位短缺的情况并非想像中那么严重。例如,伦敦圣托马斯医院(St. Thomas' Hospital)在遭受6次德军空袭后,床位基本还可使用。整个EMS每周约接诊20万名伤员,很多床位仍是空置的^[10]。普通患者在这种情况下仍难获得基本的医疗服务,首先因为国家支付的预留床位可以为医院带来更大的收益。特别是志愿医院,很多在战前就面临着财政危机。“以伦敦地区的志愿医院为例,1938年存在财政赤字的志愿医院占医院总数的56%,赤字总额达到209 280英镑。”^[11]所以相较稳定性差的慈善捐款,他们更乐于接受国家发放的固定性预留床位津贴。其次,在

EHS中,为减少政策运行的阻力,政府极力避免干涉医院的自主权,因而缺乏有效的政府干预来管制医院的“逐利”行为。医院服务在“国家利益”和“自身利益”的诱导下,宁愿床位空置也不愿意消减预留床位去接受普通患者,使一些普通患者成为了战时政策的牺牲品。战后有数据显示,在英格兰及威尔士地区所剩的约53 000张预留中,“紧急病患”占用约15 800张,普通患者占用约10 700张,空置床位约26 500张^[12]。这种做法显然违背了建立在自由平等获取原则上的医疗制度的公平性。牺牲最大的当然是那些最老的、最穷的、对社会来说用处最小的弱势群体。不仅如此,医护人员也为EHS做出了牺牲。

二、不堪重负的医护人员

首先,EHS带来的医院之间的区域性合作增加了医生的工作强度。EHS中,政府将伦敦及周围各郡划分为12个区域^[13]。其中,伦敦占了10个区^①,每个区域都包括多所志愿医院、市政综合医院,以及产科医院、耳鼻喉医院、精神病院、眼科医院等专科医院。每家医院都有1名由卫生部指派的官员专门指挥和管理伤员的救治。为提升紧急医院服务的效率,卫生部还按照医院的专长,将区域内的医院另分为眼科组、皮肤科组、妇产科组、牙科组等。医护人员不仅要负责医院辖区内的患者,还要救治来自本组医院的转院患者。例如,眼科组的医院在负责自己医院病患的同时,还要接受来自摩菲莱德眼科医院(Moorefields)以及伦敦其他地区医院的眼科患者^[14]。服务范围的扩大不可避免地增加了医生的工作量。同时,为减小敌军突袭的伤害,EHS表现出了极强的流动性。患者通常先被送往安全的偏远医院,由医生对伤病进行基本处理,再被转往市中心医院救治^[15]。然而,患者的转移与期间可能造成的二次伤害都会增加人力资源的投入。在这种情况下,医护人员不得不超负荷工作。直到1943年1月,3个全科医生要负担4个医生才能完成的工作量。

其次,医务人员短缺的问题一直伴随着战争的进程。据统计,战时英格兰和威尔士的偏远地区,全科医生与地方人口的平均比例是1:2 717,有些地方甚至达到了1:3 500或1:4 500。由于向EMS输送了部分医生与战事的影响,1943年在平民医院服务的

^①伦敦的10个区包括:埃塞克斯区(Essex)、伦敦医院区(London Hospital)、巴特医院和皇家免费医院区(Bart's and Royal Free Hospital)、大学学院和查林十字医院区(University College and Charing Cross Hospital)、米德尔塞克斯医院区(Middlesex Hospital)、圣玛丽医院区(St. Mary's Hospital)、圣乔治医院和威斯敏斯特医院区(St. Gorge's and Westminster Hospital)、圣托马斯医院区(St. Thomas's Hospital)、国王学院医院区(King's College Hospital)和盖伊医院区(Guy's Hospital)。

医生数量下降了20%^{[7]530}。护理人员短缺的情况也很严重。战时约有10 000名训练有素的护士应征加入了平民护士储备计划(civilian nursing reserve),近万名非专业或未经培训的护士充当着“护理助手”^{[8]286}。但平民医院对护士的需求依然旺盛。平民护士储备协会希望能招募到更多的志愿者为平民服务,而又苦又累的工作让很多人望而却步。为此,政府专门成立了一个委员会来监管和改善护士的薪资水平和工作条件。1943年,该委员会提议将护士2周的工作时间缩减为96个小时(若每周有1个休息日,这仍相当于每天工作8小时),所有护士每周应有1个全天休息日,1年还应有28天的年休假。工资按照护士的专业级别发放,普通的病房护士的工资涨幅达到50%。尽管如此,1945年,英格兰和威尔士仍然存在16 000名的护士缺口。这也造成了医疗设备的闲置和浪费。战争后期,由于护士短缺的问题,英国全境关闭了近30 000个床位^[16]。

这些问题产生了不良的后果。第一,减少了平民的就诊机会。战争的头几年,平民的就诊人数就因政府雇佣了大量的医生而锐减^[17]。由于人手有限,一些需要外科手术的普通患者直接被医生登记在候诊名单里,还有很多患者来不及登记就被遗忘。拒诊现象时有发生,如伯明翰的儿童医院每天都要拒诊4~5个病患。第二,增加了平民医院医生的工作量。医院精英和熟练医师多被派往EHS医院救治前线将士,而年轻、年老或经验不足的医生则被留下为平民服务。莫妮卡博士指出:“EHS的工作人员有时无所事事,而平民医院为EHS贡献了部分医务人员和预留床位,剩下的医务人员不得不超负荷工作。”^[16]第三,危害私人医生的职业发展。一些医生响应祖国号召加入到EMS。但当预测的大规模空袭没有来临的时候,这些人的牺牲成为了泡影。由于长期离开他们苦心经营的诊所,医生们失去了他们原有的稳定客户,不得不在新的地方面临着失业的危险^{[3]69}。但在战争的阴霾中,不列颠人民高涨的爱国热情掩盖住了这些问题。全国上下都被调动起来为同一个目标前进,只求尽快获得这场战争的胜利。

三、不公平的医院膳食

战争期间,由于德国海军对英国航运的严密封锁,英国对国内基本的民生物资实行配给制度。从1940年1月起,英国先后对黄油、熏肉、白糖、肉类、茶叶、罐头和食用油等食物实行了定量供给。按照规定,家庭主妇们必须持有配给簿到注册的零售商

那里购买限量的食物。“省吃俭用”成为了这一时期的生活主题。配给制度在战时物资供应上发挥了积极的作用,但也存在缺陷。特别是在医疗服务中,由于它不能区分每个患者对食物的具体需求,所以无法对食物做出有效、公平的分配。例如,规定6岁以下儿童的肉类配给额是老年人的二分之一^{[8]287}。但固定的额度不一定符合病患的实际需求,致使一些患者在医院食不果腹,有剩余配给额度的患者却在私人病房里享用甜点和布丁。

在战时优先原则之下,医护人员和住院期间的官员、士兵和特护患者会得到较好的食物。海军医院雇有专门的营养师为士兵们搭配鸡蛋、鸡肉和鱼肉的比例。普通患者的医院膳食通常不受重视。英国医院协会(British Hospitals Association)主席伯纳德·道克爵士(Sir Bernard Docker)指出:“多数情况下,当患者需要医生提供特殊治疗膳食的时候,医生的处方上只写了‘饮食清淡’。”^[18]很多患者出院后抱怨,尽管他们将食物配给簿交给了医院,但医院的伙食经常分量不足且难以下咽,导致他们在住院期间还要依靠亲人从院外带来食物。据一位住院患者回忆:“医院给我们20个人的食物都是没有维生素含量的人造黄油做的。肉很老,鱼肉也不新鲜,快要腐烂了。我们吃不进去,只好把食物扔在餐厅里。”^[19]此外,卫生部还发现有医务人员占用患者食物配给额度的情况。

伦敦国王爱德华医院基金会(King Edward's Hospital Fund for London)从1940年开始就对医院膳食问题给予极大的关注。1943年,由伦敦国王爱德华医院基金会出资,联合国家食品部对伦敦三家最大的综合医院的患者和医务人员的餐饮状况进行了详细的调查,并发表了第一份有关医院膳食工作的备忘录(memorandum on hospital diet)。调查结果显示仅有一家医院膳食质量合格,其余两家医院食物的热量、蛋白质和维生素含量均未达到基本要求。且如果提升了患者的食物热量,那么医护人员的食物就无法保证^[20]。这一结果在社会及医学界引起了广泛关注。随后,卫生部就此问题发布了一份“战时医院食品供应手册”,明确指出:“医院膳食存在着不公平的现象。糟糕的食物和差劲的厨艺,不利于普通患者的康复。医院食堂浪费食物的现象严重。卫生部提醒每个医院官员都要充分认识到医院膳食的重要性,合理地利用配给制度,调整医院的膳食工作。”^[21]

两年后伦敦国王爱德华医院基金会发布了第二份有关医院膳食工作的备忘录(second memorandum on hospital diet),评价了这一阶段的医院膳食工作:

“病患的膳食问题已经得到了一些医院的重视,也有些医院不以为然。我们必须认识到,餐饮部是医院的一个非常重要的部门……病患餐食不仅要保证份量,还要保证营养和口感。要正确地区分医务人员和患者的不同需求。强调对厨师进行节约食材的培训和提高厨师的工作效率等。”^[22]

在相关部门的共同努力下,普通患者的医院伙食状况在战争后期得到了一定程度的改善。食物匮乏的压力减小也是原因之一。1942年以后,除奶酪以外,常见食物的供应量都有所回升^[23]。其次,在战争的紧张压力下,患者们迫切地希望早日康复重新投入到战斗或工作中。医生也希望快速而有效地治愈病患,因为康复期过长会加重他们的工作负担,而合理的医院膳食是达到这些目标的基本条件。

四、结 语

从政治学角度,一个国家在制定战时政策时应该考虑到两种不同利益,并在它们之间取得价值平衡。一方面,是国家维护其生存的公共利益;另一方面,是保障个人享有宪法所保障的基本权利。战争时期,国家安全是重要的国家利益。作为维护国家安全的重要手段,战时紧急医院服务采取了与平时时期不同的伦理原则。但在医院服务的提供、医疗资源的分配及医院膳食中,“特殊群体”所享受的优先原则,必然损害部分公民维护个人健康的权利,引发公民权利与国家利益之间的冲突。理论上讲,冲突中的任何一方都不应具有当然的、绝对的优先地位。前提是个人权利的行使不会损害国家的、社会的、集体的利益,这是一个行使权力的基本原则。所以当公民权利的维护不利于国家安全的保障时,公民权利必须做出让步。这并不是对公民个人权利的剥夺,只是在国家重要利益受到威胁时,对公民权利的一种部分的、暂时的限制。密尔曾说:“既然每个人接受着社会保护,每个人也应该对社会有一种报偿。既然每个人都生活在社会中,那么每个人对于其他人也就必得遵守某种行为准则。这种行为准则,首先是彼此互不损害对方的利益……其次,是在一种公正原则的规定下,在人们为了保卫社会或其成员免于遭受损害和妨碍而付出的劳动和牺牲中,每个人都要承担他自己的一份责任。”^[24]因此,为了保障国家的战斗力和劳动力,普通公民,特别是老人、妇女、儿童等弱势群体为国家利益作出了牺牲。同时,紧急医疗服务让民众清醒地认识到了医疗服务系统的缺陷和地区差异,引发了社会对于医疗服务体系改革的理性思考,使民众要求国家干预医疗活

动和建立全民医疗服务的渴望变得更加迫切,促进了改革医疗服务共识的形成。

战争环境所激发出的爱国热情和团结精神,也增进了紧急医院服务体系的价值平衡。在德军的狂轰滥炸中,所有人都直面着战争的威胁,都置身于为生存而努力的同一境地。“战争带来了一种同志情谊、国家性的目标、振奋的精神”^[25],民众关注的不再是“我是谁”而是“我们是谁”。伴随的还有在共同落难感中形成的一种“新型的利他主义”,宣扬“如果我们共同陷于危难,那么我们也应共同分享资源”^[26]。因此,尽管战时医疗资源的分配无法达到理想中的公平,国家利益高于个人利益的集体认知促使普通民众义无反顾地为国家利益做出了牺牲,即便这些后果对一些人的不利影响是长久的。尤其在健康方面,有些人因为错过了最佳的治疗时间而影响一生,甚至提前结束了生命。

总之,EMS的成功运营,与英国民众的支持和公民权利的牺牲是密不可分的。它是无数普通民众的健康和医务工作者的超负荷工作为代价的,这些鲜血和汗水为不列颠人民在战争中取得“医疗上的胜利”做了铺垫。同时紧急医院服务取得的成就是必须肯定的。EHS的优先原则和团结协作的精神,保证了战时医疗服务的有序供应,促进了医疗技术的交流和更新,进而提升了国家整体的医疗水平。更重要的是,EHS是英国国家卫生部首次介入英国医院系统的管理与医疗资源的分配的大胆尝试。这种组织经验暴露了原有医疗服务系统中的不足,树立了国家干预、国家筹资的医院服务的先例,预示了“国家卫生服务”的可能性和可行性,为1948年国民健康服务体系的建立奠定了基础。

参考文献

- [1] Smith LH. War and social change: british society in the second world war[M]. Manchester: Manchester University Press, 1986: 42
- [2] Stevenson J. British society, 1914-1945 [M]. Middlesex: Penguin Books, 1984: 213
- [3] Stevens R. Medical practice in modern England[M]. New Brunswick & New Jersey: Transaction Publishers, 2003
- [4] Ministry of Health, Department of Health for Scotland. Statement relating to the emergency hospital organization, first aid posts and ambulances[Z]. Cmd.6061, London: HMSO, 1939: 15
- [5] Johns H. Health and society in twentieth-century Britain [M]. London: Longman, 1994

- [6] Monhan J. Planning markets and hospitals [M]. London and New York:Routledge,2002:73
- [7] Titmuss MR. Problems of social policy [M]. London: Longman,1950
- [8] Harris B. The origins of the British welfare state [M]. New York:Palgrave Macmillan,2004
- [9] Smith LH. Britain in the second world war;a social history [M]. Manchester:Manchester University Press,1996:7
- [10] Hardy A. Health and medicine in Britain since 1860 [M]. Basingstoke:Palgrave,2001:130
- [11] Gorsky M,Mohan J. London's voluntary hospitals in the interwar period:growth,transformation,or crisis? [J]. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly,2001,30(2): 252
- [12] Hansard[Z]. HC Deb 28 March 1946,421;cc559
- [13] Daley A. British hospital as they were before 1948 [J]. British Medical Journal,1960,2:761
- [14] The emergency hospitals' opportunity [J]. British Medical Journal,1939,2:968
- [15] Emergency hospitals scheme for London [J]. British Medical Journal,1939,1:634
- [16] Baly ME. Nursing services in great britain during World War II [J]. A Journal of the Art and Science of Medicine, 1991,7(4):3-4
- [17] Thane P. Foundation of the welfare state [M]. New York: Longman,1982:230
- [18] Hospital meals [J]. British Medical Journal,1943,2:172
- [19] Nixon WCW. Inadequate hospital diets [J]. British Medical Journal,1943,2:431
- [20] Inadequate hospital diets [J]. British Medical Journal, 1943,2:366
- [21] Parry LA. Hospital reforms [J]. British Medical Journal, 1946,1:2-3
- [22] Lapage G. Hospital diet [J]. Nature,1945(3972):725
- [23] Peter D. War and progress:Britain 1914-1945 [M]. Singapore:Longman,1997:315
- [24] (英)密尔. 论自由·代议制政府(合订本) [M]. 长沙:湖南文艺出版社,2011:62
- [25] (英)凯文·威廉姆斯. 一天给我一桩谋杀案 英国大众传播史 [M]. 上海:上海人民出版社,2008:184
- [26] Johns K. The making of social policy in Britain,1830-1990 [M]. London:The Athlone Press,1996:121

Problems of the emergency hospital scheme during the world war two in Britain

Bai Shuang

(School of History, Nanjing University, Nanjing 210093, China)

Abstract: In 1939 the emergency hospital scheme came into operation in Britain. It provided priorities to the service patients and war-related casualties in hospital service. The emergency hospital scheme made a contribution to the success of the war, but it deprived the basic medical needs of ordinary civilian sick, overloaded the hospital staffs with work and exposed inequalities in hospital care and hospital feeding. The success of the scheme was attributing to sacrifice of the personal right of health. It was a reflection of British civilians' patriotism during the war. Meanwhile, it raised serious doubts about the system of medical service and laid the foundation of the postwar health care reform.

Key words: emergency hospital scheme; Britain; civil right