

ПРАВНО – МІДЗНАРОДОВЕ УВАРУНКОВАННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ВОЙСКОВИХ СЛУЖБ МЕДИЧНИХ

INTERNATIONAL LEGISLATIVE CINDITIONS OF THE FUNCTIONING OF MILITARY MEDICAL SERVICES

Włodzimierz Leszczyński, Wojciech Bieńkowski, Lech Borkowski, Andrzej Buczyński

Przez wiele stuleci zasady działalności medyków wojskowych nie były ujęte w prawnych ramach traktatów międzynarodowych, a opierały się jedynie na prawie zwyczajowym. W 1864 r. przyjęto tekst pierwszej Konwencji Genewskiej. Ta międzynarodowa umowa zapewniła ochronę prawną ofiarom wojen oraz personelowi medycznemu. Artykuł przedstawia obowiązujące rozwiązania Międzynarodowego Prawa Humanitarnego, dotyczące działalności wojskowych służb medycznych podczas konfliktów zbrojnych.

Słowa kluczowe: Międzynarodowe Prawo Humanitarne, Wojskowe Służby Medyczne, Konwencje Genewskie.

For many centuries, policies describing the activity of military medics were not included in the legal framework of international treaties but were only based on common law. In 1864 the text of the first Geneva Convention was adopted. This international agreement provided legal protection to victims of war and medical personnel. This article presents current solutions of International Humanitarian Law concerning the activities of military medical services during armed conflicts.

Keywords: International Humanitarian Law, Military Medical Services, Geneva Conventions.

МЕЖДУНАРОДНО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ФУНКЦИОНОВАНИЯ ВОЕННО - МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

На протяжении многих веков, правила деятельности военных медиков не были включены в правовую основу международных договоров, а были основаны исключительно на общем праве. В 1864 году принято текст первой Женевской конвенции. Данное международное соглашение обеспечивает правовую защиту жертвам войны и медицинскому персоналу. В договоре представлены существующие решения международного гуманитарного права, связанные с деятельностью военно-медицинских служб во время конфликтов.

Ключевые слова: международное гуманитарное право, военно-санитарная служба, Женевская конвенция.

ISSN 1734 – 7009, EISSN 2084 – 0535, PHR 2013 1(42), 103 – 122

NR DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.13006/PHR.42.5](http://dx.doi.org/10.13006/PHR.42.5)

Polish Hyperbaric Medicine and Technology Society

WSTĘP

Wojskowe służby medyczne stanowią integralną część sił zbrojnych współczesnych państw. W obecnych czasach trudno sobie wyobrazić, aby siły zbrojne któregośkolwiek kraju funkcjonowały bez odpowiednio przygotowanych formacji medycznych. Traumatycznym skutkiem działań wojennych zawsze były rany, urazy i kontuzje, których doznawali walczący. Wtórny skutkiem wynikającym często z braku higieny były zarazy i epidemie, które pustoszyły znaczną część populacji krajów oraz miały niewątpliwie wpływ na przebieg działań wojennych. Przykładem zaniechania działań wojennych z powodu chorób zakaźnych było odstępianie wojsk litewskich od oblężenia Malborka w 1410 r. z powodu epidemii czerwonki [8]. Wszystkie te czynniki spowodowały, że pojawiła się potrzeba stosowania skutecznych metod leczenia rannych i chorych oraz zapobiegania chorobom.

Obecność personelu medycznego zawsze dodawała otuchy i utwierdzała żołnierzy w przekonaniu, że w sytuacji, gdy doznają kontuzji lub odniosą rany to zostanie im udzielona pomoc medyczna. Współczesna medycyna wojskowa to nie tylko chirurgia polowa kojarząca się z filmowym wizerunkiem chirurga w zakrwawionym fartuchu. To również wiele dziedzin nauk wojskowo-medycznych nie mających swoich odpowiedników w cywilnych dziedzinach medycyny, takich jak: interna polowa, patologia urazów wojennych, organizacja ochrony zdrowia wojsk, toksykologia i ochrona radiologiczna, higiena i epidemiologia wojskowa. Chociaż medycy na przestrzeni wieków często towarzyszyli wojskom, to jednak status personelu medycznego przez długi czas nie był uregulowany stosownymi rozwiązaniami prawa międzynarodowego. XIX wiek obfitował w liczne wojny i toczone podczas nich bitwy, których efektem często były klęski humanitarne. Przykładem tego są walki, podczas wojen napoleońskich, wojny krymskiej oraz wojna francusko-austriacka o Mediolan, której tragicznym finałem była bitwa pod Solferino w dn. 24 czerwca 1859 r. W bitwie udział wzięło łącznie ok. 300 000 żołnierzy, z czego zginęło ok. 6000 ok. 40 000 zostało rannych.

Naocznemu świadkowi tych wydarzeń, człowiekowi niezwykle wrażliwemu na ludzką krzywdę i niedolę, którym był obywatel Szwajcarii Henry Dunant zawdzięczamy współczesne regulacje prawa międzynarodowego. Pokłosiem napisanej przez niego książki pt. *Wspomnienie Solferino* stało się przyjęcie 22. 08. 1864 r. pierwszej Konwencji Genewskiej, dokumentu biorącego w ochronę ofiary wojen i personel medyczny niosący pomoc poszkodowanym.

Idee te postulowane w książce Dunanta sprowadzają się do czterech podstawowych zasad. Pierwsza z nich mówi, iż wojskowe służby medyczne na polu walki powinny być szanowane i chronione. Kolejna wprowadziła znak wyróżniający wojskowe służby medyczne, jakim jest czerwony krzyż umieszczony na białym tle. Trzecia zasada określiła ich status wskazując, że wojskowe służby medyczne na polu walki zachowują się w sposób neutralny. Ostatnia zasada – bezstronności – nakazała objąć opieką medyczną wszystkich rannych i chorych zebranych z pola walki bez względu na kraj, z którego pochodzą. Doświadczenia wynikające z każdej kolejnej wojny lub konfliktu zbrojnego powodowały, że zwiększała się ilość zapisów w Konwencjach Genewskich.

INTRODUCTION

Military medical services constitute an integral part of military forces in contemporary countries. In present times it would be difficult to imagine that any armed forces of any country could function without properly prepared medical formations. The traumatic outcome of military operations always involves multiple wounds and injuries of combatants. Historically, an after effect of the lack of proper hygiene consisted in plagues and epidemics that laid waste to significant parts of populations and had an unquestionable effect on the course of military actions. An example of a situation where military operations had to be aborted due to an outburst of contagious diseases was the retraction of Lithuanian forces from the siege of Malbork in 1410 (dysentery epidemic [8]).

All of these factors led to a growing demand for efficient treatment for the wounded and the sick as well as ensuring sufficient preventative measures were taken to avoid illness. The presence of medical personnel always lifted the soldiers' spirits and convinced them that they would be provided with medical assistance when injured or wounded. Modern military medicine does not consist only of the mobile surgery that is commonly depicted in films along with images of a surgeon in a blood-stained apron. This kind of medicine also involves many other military-medical sciences that do not have their equivalent in civil medicine, such as: internal medicine[5], war injury pathology, army health protection organization, toxicology and radiological protection, military hygiene and epidemiology. Although throughout the centuries medics often accompanied their armies, the status of medical personnel was for a long time deprived of proper regulations specified by international law. The 19th c. abounded in wars and battles resulting in humane disasters. This is illustrated by battles fought during the Napoleonic wars, the Crimean war or the French-Austrian war over Milan, whose tragic ending was the battle of Solferino on 24 June 1859. This last battle was attended altogether by 300,000 soldiers, of whom 6,000 were killed and nearly 40,000 wounded.

The person to whom we should be grateful for the existence of the modern regulations of international law was an eye witness of those events, a man exceptionally sensitive to human harm and misery and a citizen of Switzerland – Henry Dunant. The first Geneva Convention was adopted on 22 August 1864 in the aftermath of a book written by him titled *A Memory of Solferino*. The aim of the adopted document was to protect victims of war and medical personnel providing assistance to those suffering.

The ideas postulated in Dunant's book may be narrowed down to four fundamental principles. The first one stipulates that military medical services present on a battlefield should be respected and protected. The next one introduced a sign distinguishing military medical services, i.e. a red cross on a white background. The third principle defined their status by pointing to the fact that military medical services behave in a neutral manner. The last rule – the rule of impartiality – placed an obligation on medical services to provide medical aid to all the sick and wounded from the battlefield, irrespective of their place of origin. The experiences gathered from each war or military conflict taking place after the issuance of the said document has resulted in the regulations recorded in the Geneva Conventions constantly expanding.

1. KONWENCJE GENEWSKIE

Problemy humanitarne, które unaoczniała II wojna światowa spowodowały konieczność ponownego opracowania Konwencji Genewskich, w których wyróżniono cztery kategorie ofiar konfliktów zbrojnych i przyjęto również cztery odpowiadające im rozwiązania prawne. O ile w Konwencji Genewskiej z 22. 08. 1864 r. pod nazwą *Konwencja w sprawie polepszenia losu rannych wojskowych w armiach w polu będących* wyodrębniono jedną kategorię ofiar, jakimi są ranni w wojnie lądowej, to obecne obowiązujące cztery Konwencje Genewskie z dn. 12 sierpnia 1949 r. wyróżniają cztery kategorie ofiar wojen. Są nimi:

- ranni i chorzy w armiach czynnych;
- ranni, chorzy i rozbitkowie sił zbrojnych na morzu;
- jeńcy wojenni;
- osoby cywilne.

W I Konwencji Genewskiej, znajdują się zapisy, których znaczna część określa zasady funkcjonowania wojskowych służb medycznych podczas konfliktów zbrojnych. Przyjęte 06. 06. 1977 r. Protokoły Dodatkowe do Konwencji Genewskich doprecyzowały zasady ochrony wojskowych służb medycznych jak również wzmocniły ich ochronę. Należy wspomnieć, że w następnych latach, w zakresie ochrony personelu medycznego w Międzynarodowym Prawie Humanitarnym pojawiły się kolejne dokumenty. Jest nim Protokół Dodatkowy III z dn. 8. 12. 2005 r. wprowadzający neutralny znak ochronny – czerwonego kryształ – dla wojskowych służb medycznych.

Bez względu na kierunki ewolucji prawa wojennego, które nastąpiły od czasu przyjęcia I Konwencji Genewskiej w 1864 r. należy stwierdzić, że przepisy prawa wojennego dotyczące funkcjonowania wojskowych służb medycznych przyjęte w późniejszych Konwencjach Genewskich z 1949 oraz w Protokółach Dodatkowych z 1977 r. stanowią rozwinięcie idei zapoczątkowanej przez Henry Dunanta.

Przed omówieniem roli i zadań wojskowego personelu medycznego na polu walki, konieczne jest wyjaśnienie statusu kombatanta. W Polsce zwyczajowo mianem kombatanta określa się byłego uczestnika regularnych formacji wojskowych lub ruchu oporu biorącego czynny udział w walce towarzysza broni [7]. Po raz pierwszy definicję uczestnika walki zbrojnej – wojującego – określono w Regulaminie Haskim z 1907 r. Kombatantami (wojującymi) są osoby, które odpowiadają następującym warunkom:

- mają na czele osobę odpowiedzialną za swych podwładnych;
- noszą stałą i dającą się rozpoznać z daleka odznakę wyróżniającą;
- jawnie noszą broń;
- przestrzegają w swych działaniach praw i zwyczajów wojennych [2].

Powyzsza definicja została powtórzona w I Konwencji Genewskiej oraz Protokole Dodatkowym I. Jak jednak wyraźnie zaznaczono definicja kombatanta nie dotyczy personelu medycznego i duchownego sił zbrojnych. Z definicji wynika jednoznacznie, że jedynie kombatanci mogą brać czynny udział w walce. Wyłączenie personelu medycznego z grona kombatantów wynika ze specyficznych i wyjątkowych zadań, jakie mają do spełnienia podczas wojen wojskowe służby medyczne. Celem takiego zapisu jest konieczność zapewnienia ochrony prawnej personelowi sanitarnemu sił zbrojnych. Zawarte w dokumentach Międzynarodowego Prawa Humanitarnego przepisy wyraźnie określają zadania oraz priorytety działalności służb medycznych na polu walki.

1. GENEVA CONVENTIONS

The humanitarian issues manifested by World War Two imposed a necessity to reorganize the aspects of the Geneva Convention that distinguished the four categories of victims of military conflicts, and the adoption of four corresponding legal solutions. Inasmuch as the Geneva Convention of 22 August 1864 titled *The Convention for the Amelioration of the Condition of the Wounded and Sick in Armies in the Field* defined one category of victims, i.e. those wounded in a land war, the currently effective four Geneva Conventions of 12 August 1949 provide for four such categories of war victims. They are as follows:

- the wounded and sick in active armies;
- the wounded, sick and shipwrecked from military forces at sea;
- prisoners of war;
- civilians.

The First Geneva Convention includes mainly regulations concerned with the functioning of military medical services during military conflicts. Additional Protocols to Geneva Conventions adopted on 6 June 1977 particularized the principles of protection of military medical services as well as expanding them. It should be mentioned that the subsequent years resulted in the issuance of further documents of International Humanitarian Law regarding medical personnel protection. One such document is the Third Additional Protocol issued on 8 December 2005 that introduced a neutral protective symbol – a red crystal – for military medical services. Irrespective of the martial law evolution initiated by the adoption of the First Geneva Convention in 1864, it needs to be emphasized that the martial law regulations concerned with the functioning of military medical services stipulated in further Geneva Conventions (1949 and Additional Protocols of 1977) constitute an extension of the idea first proposed by Henry Dunant.

Before moving on to discuss the role and tasks of military medical personnel in a field of battle it is necessary to define the status of a combatant. In Poland, customarily, a combatant is an ex-participant of regular military formations or a resistance movement taking an active part *in the fight of companions*^[S2] [7]. The first definition of an armed combat participant was provided by the Hague Regulations of 1907. The combatants are characterised by having the following traits:

- they are commanded by a person responsible for his subordinates;
- they are provided with a fixed distinctive sign recognisable at a distance;
- they carry arms openly;
- they conduct their operations in accordance with the laws and customs of war [2].

The above definition was repeated in the First Geneva Convention and the First Additional Protocol. However, as it was explicitly indicated, the combatant definition does not relate to medical or clerical personnel of military forces. The definition clearly states that only combatants may take an active part in military operations. The exclusion of medical personnel from those recognized as combatants comes from the specific and exceptional tasks imposed on them in the time of war. The aim of such a record was to point to the necessity of ensuring legal protection for the medical personnel of military forces. The regulations included in the documents of International Humanitarian Law precisely define the tasks and priorities in the activity of medical services on a battlefield.

Z tego względu Międzynarodowe Prawo Wojenne definiując personel medyczny dokładnie określa rodzaj zadań, które stoją przed nim do wypełnienia.

Zatem określenie *personel medyczny* oznacza osoby wyznaczone przez Strony konfliktu do celów medycznych, takich jak:

- odszukiwanie i zbieranie rannych,
- transportowanie rannych i chorych,
- badanie i leczenie – włącznie z pierwszą pomocą – rannych, chorych i rozbitków,
- zapobieganie chorobom [6].

Ponadto status personelu medycznego przysługuje osobom, które kierują formacjami medycznymi albo zarządzają lub kierują transportem medycznym.

2. ZNAKI ROZPOZNAWCZE WOJSKOWYCH SŁUŻB MEDYCZNYCH

Znaki rozpoznawcze wojskowych formacji medycznych określone przez prawo genewskie, są podstawą skutecznej działalności humanitarnej podczas konfliktów zbrojnych i powinny chronić zarówno ofiary, jak i tych, którzy spieszą im z pomocą. Istota ochrony wojskowych służb medycznych na polu walki polega na łatwości rozpoznania ich przez przeciwnika i nie traktowania jako celu wojskowego. Z tego względu muszą one posiadać odpowiedni znak rozpoznawczo–ochronny. I Konwencja Genewska z 1864 r. wprowadziła dla wojskowych służb medycznych znak czerwonego krzyża na białym tle. Chociaż znak czerwonego krzyża nie nawiązuje do symboli religijnych, to nie wszystkie kraje go zaakceptowały. Powszechną praktyką jest stosowanie znaku czerwonego krzyża w krajach, w których dominuje religia chrześcijańska. W krajach muzułmańskich odpowiednikiem czerwonego krzyża jest czerwony półksiężyc na białym tle wprowadzony w 1929 r. przez Turcję.

Kolejnym znakiem ochronnym wojskowych służb medycznych jest znak czerwonego lwa i słońca na białym tle. Znak był używany przez służby sanitarne Iranu. Jednak w 1980 r. kraj ten zaprzestał używania tradycyjnego dla siebie znaku i zastosował znak czerwonego półksiężyca, tak jak ma to miejsce we wszystkich krajach muzułmańskich. W dniu 8 grudnia 2005 r. przyjęto kolejny znak tym razem neutralny – czerwonego kryształu, który może zastępować wymienione wcześniej znaki. Należy zaznaczyć, że każdy z tych znaków posiada taki sam status i wynikającą z tego taką samą „siłę oddziaływania ochronnego”.

Zgodnie z ogólnymi zasadami stosowania znaków rozpoznawczych powinien on być tak duży jak jest to konieczne oraz widoczny z wielu kierunków, jeżeli pozwala na to sytuacja taktyczna. W Polsce szczegółowe rozmiary znaku ochronnego w postaci czerwonego krzyża dla Wojsk Lądowych określa *Norma obronna nr NO-02-A032. Emblemata genewski. Maskowanie na lądowych obiektach medycznych*, wprowadzona Decyzją nr 302 Ministra Obrony Narodowej z 17 grudnia 2001 r. w sprawie norm obronnych [Dz. Urz. MON z 2001 r., poz. 186].

2.1 POSZANOWANIE WOJSKOWYCH SŁUŻB MEDYCZNYCH

Poszanowanie wojskowych służb medycznych jest podstawową zasadą określającą sposób ochrony wojskowych służb medycznych na polu walki. Należy zaznaczyć, że wymienione nakazy zawarte w dokumentach prawa humanitarnego są również trwale wpisane do prawa zwyczajowego.

For this reason, when defining medical personnel the International Laws of War also provide a list of the types of tasks that they are obliged to fulfil.

Thus, the term *medical personnel* is used to refer to persons assigned by a party to the conflict for medical purposes, such as:

- the search for and the collection of the wounded;
- transportation of the wounded and the sick;
- diagnosis and treatment – including first-aid treatment – of the wounded, sick and shipwrecked,
- disease prevention [6].

Moreover, the medical personnel status is assigned to persons responsible for the administration of medical units or the operation or administration of medical transports.

2. MILITARY MEDICAL SERVICES IDENTIFICATION

The use of distinctive signs by military medical units as specified by the Geneva law constitute the basis for conducting humanitarian activity during military conflicts and should be enough to protect both the victims as well as those providing them with medical aid. The essence of protection of military medical services in a battlefield relies on facilitating their recognition by the opponent in order to prevent them from being treated as a military target. For this reason, medical units need to be supplied with a proper protective and distinctive sign. The First Geneva Convention of 1864 introduced the symbol of a red cross placed on a white background for military medical services. However, even though the red cross does not refer to religious symbolism, it has not been approved by all countries. The red cross symbol is commonly used in countries where the prevailing religion is Christianity. In Muslim countries, on the other hand, the equivalent of the red cross is a red crescent on a white background introduced in 1929 by Turkey. Another protective sign of military medical services was a symbol of a red lion and a sun on a white background. This symbol was used by Iranian medical services; however, in 1980 this country ceased to use it and instead replaced the symbol with a red crescent as is the practice in all Muslim countries. On 8 December 2005, another symbol was adopted – a neutral red crystal that may be used to replace all the previously mentioned signs. It needs to be highlighted that each of the above symbols has the same status emanating with the same “protective force”.

In accordance with general regulations on the use of distinctive signs, the sign should be large enough to make it visible from various directions if a tactical situation allows for it. In Poland, detailed information concerning the size of the red cross sign for Military Land Forces is specified in the *Defence Standard no. NO-02-A032. Geneva Emblem. Camouflage on the medical facilities* introduced by the Decision no. 302 of the Minister of National Defence of 1 December 2001 on defence standards [Journal of Laws, Ministry of National Defence of 2001, it. 186].

2.1 RESPECTING MILITARY MEDICAL SERVICES

Respecting military medical services is a basic principle defining the manner of protecting military medical services in a battlefield. It should be emphasized that the obligations stipulated in the humanitarian law documents are also permanently inscribed in the regulations of the common law.

Zasada nr 25 wyraźnie wskazuje, że *personel medyczny przydzielony wyłącznie do prowadzenia działalności medycznej powinien być szanowany i chroniony we wszelkich okolicznościach. Traci ochronę, wówczas, gdy poza ramami swojej funkcji humanitarnej, dopuszcza się działań szkodliwych dla nieprzyjaciela* [4]. Taki sam zakres ochrony dotyczy również formacji medycznych (zasada 28) oraz transportów medycznych (zasada 29) [4].

W myśl ww. zasad nie wolno wykorzystywać formacji medycznych oraz środków transportu medycznego do celów niezgodnych z działalnością medyczną. Wszelkie takie działania noszą znamiona wiarołomstwa i uznawane są za zbrodnię wojenną.

Konieczność poszanowania personelu medycznego wynika z jego specjalnego statusu jako członków sił zbrojnych, których zadaniem jest niesienie pomocy rannym i chorym.

Zgodnie z ogólną ideą prawa genewskiego wynikającą z praktyki i potrzeb sił zbrojnych, wojskowy personel medyczny dzieli się na dwie grupy tj. na personel wykonujący wyłącznie zadania medyczne oraz personel, który może być użyty do wykonania pomocniczych zadań medycznych. Podział jest uzasadniony tym, że do wykonywania czynności związanych z wyszukiwaniem i zbieraniem rannych oraz ich transportowaniem nie są wymagane wysokie kwalifikacje. Najczęściej do wykonywania tego rodzaju zadań wystarczy krótkotrwałe przeszkolenie. Natomiast do wykonywania zadań mających na celu ratowanie życia i leczenie chorych wymagane są wysokie kwalifikacje. Zgodnie z Protokołem Dodatkowym I z 1977 r. wojskowy personel medyczny dzieli się na:

- personel stały – wyznaczony do celów medycznych na czas nieokreślony (Art. 8. pkt. k.),
- personel czasowy – przeznaczony do celów medycznych przez czas ograniczony. (Art. 8. pkt. k.) [2].

Do stałego personelu medycznego zalicza się tych członków sił zbrojnych, którzy ze względu na swoje wykształcenie i przygotowanie zawodowe wykonują zawody medyczne.

Do drugiej grupy należą osoby, które nie wykonują zawodów medycznych, ale na podstawie decyzji przełożonych wykonują proste zadania medyczne, jakimi mogą być zbieranie rannych i chorych (noszowi) oraz ich transportowanie (np. kierowcy). W czasie wykonywania zadań medycznych zakres ochrony czasowego personelu medycznego jest taki sam jak personelu stałego. Ważne jest, aby podczas wykonywania czynności medycznych personel czasowy nie wykonywał zadań bojowych, ani nie był do nich zmuszany. Personelu medycznego nie wolno atakować środkami wojskowymi i zawsze należy udzielać mu pomocy przy wykonywaniu powierzonych zadań. Personel medyczny nie może być niepokoiony ani karany za działalność medyczną wykonywaną zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej niezależnie od tego na czyją korzyść i w jakich okolicznościach działa. Nie może być w żaden sposób przymuszany do wykonywania zadań medycznych, które naruszają zasady deontologii medycznej. Wykonując czynności medyczne członkowie wojskowego personelu sanitarnego powinni kierować się własną wiedzą medyczną i doświadczeniem. Z konieczności poszanowania wojskowych służb medycznych przez wszystkie walczące strony wynikają również obowiązki i uprawnienia personelu medycznego sił zbrojnych. Ponieważ personel medyczny wykonuje zadania o szczególnym znaczeniu, jego służba na rzecz rannych i chorych jest nie tylko jego obowiązkiem, ale i powinnością wobec każdego potrzebującego pomocy medycznej. Ponadto biorąc pod uwagę fakt, iż są to osoby wykonujące zawód medyczny, a więc zgodnie z Przyrzeczeniem Lekarskim zobowiązane do niesienia pomocy chorym i rannym, nie mogą zrzec się swych szczególnych uprawnień nadanych im przez Międzynarodowe Prawo Humanitarne.

Rule 25 clearly states that “*medical personnel exclusively assigned to medical duties must be respected and protected in all circumstances. They lose their protection if they commit, outside their humanitarian function, acts harmful to the enemy*” [4]. The same scope of protection also applies to medical units (rule 28) and medical transports (rule 29) [4].

According to the above rules medical units and medical means of transport must not be used for purposes that do not comply with medical activity. Any such actions carry the traits of embezzlement and are perceived as a war crime. The obligation of respecting medical personnel stems from its special status as a member of military forces whose task is to provide aid to the wounded and sick.

In accordance with the general concept of the Geneva law resulting from the practices and needs of military forces, military medical personnel may be classified into two groups, i.e. personnel performing only medical tasks, and personnel that can be used to perform auxiliary medical tasks. Such a categorisation is justified by the fact that the activities consisting in the search and collection of the wounded and their transportation do not require high qualifications. Commonly, a short training programme is sufficient to prepare personnel for this type of tasks. The tasks consisting in life-saving activities as well as treatment of the sick, on the other hand, require highly qualified staff. In concord with the First Additional Protocol adopted in 1977, military medical personnel can be divided into:

- permanent personnel – assigned to medical purposes for an indeterminate period (art. 8., pt. k.):
- temporary personnel – devoted to medical purposes for limited periods. (art. 8., pt. k.) [2].

Permanent personnel’ encompasses those military forces members who perform medical professions according to their education and professional training.

The second group consists of persons without a medical profession who, based on the decision of their superiors, are assigned to perform simple medical tasks, such as the collection of the wounded and the sick (stretcher bearers) or their transportation (e.g. drivers). The scope of protection for the temporary medical personnel while performing medical tasks is the same as that regarding permanent personnel. It is important that at the time of carrying out medical activities temporary medical personnel do not execute any military tasks or are coerced to perform them. Medical personnel must not be attacked with the use of military means and should at all times be provided assistance in performing the assigned tasks. Medical personnel must not be disturbed or punished for performing medical activities in accordance with the principles of medical craft, irrespective of aid recipients and circumstances. They must not, in any way, be forced into performing medical tasks that violate the principles of medical deontology. In conducting medical activities the members of military medical personnel should act accordingly to their own medical knowledge and experience.

The requirement to respect military medical services by all parties involved in a conflict also results in certain rights and duties of the military medical personnel. Since medical personnel perform tasks of particular significance, their service for the wounded and sick is their duty with regard to any person requiring medical assistance. Moreover, considering the fact that they are persons performing a medical profession, according to the doctor’s oath they are obliged to provide aid to the sick and wounded and may not relinquish the special rights assigned to them by the provisions of International Humanitarian Law.

Tak więc podjęcie życiowej decyzji o wyborze zawodu medycznego powoduje, że taka osoba nie może w przyszłości zmienić swojego uprzywilejowanego statusu i stać się kombatantem. Równoczesne posiadanie przez jedną osobę statusu kombatanta i statusu personelu medycznego jest niemożliwe, zgodnie z wymienioną zasadą nr 25 Zwyczajowego Prawa Humanitarnego, osoby naruszające tę zasadę tracą swój uprzywilejowany charakter. Niedopuszczalne zatem z punktu widzenia Prawa Humanitarnego jest łączenie funkcji bojowej z medyczną. Z doświadczeń zawodowych autorów wynika, że ta zasada nie zawsze była przestrzegana zwłaszcza w stosunku do żołnierzy o niższych stopniach wojskowych. Łączenie funkcji następowało zapewne w celu ograniczenia kosztów osobowych poprzez tworzenie etatów o nazwie np. strzelec-sanitariusz. Prawdopodobną przyczyną takiego stanu rzeczy była niezajomość podstawowych zasad Międzynarodowego Prawa Humanitarnego przez osoby odpowiedzialne za realizację polityki kadrowej w Siłach Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej.

Nierozwiązanym problemem w świetle Prawa Humanitarnego pozostanie kwestia możliwości współistnienia statusu kombatanta i „personelu medycznego”. Pomysł ten można „urzeczywistnić” przez wprowadzenie wśród żołnierzy (kombatantów) powszechnej umiejętności udzielania pierwszej pomocy rannym na polu walki, a więc na miejscu gdzie istnieje bardzo duże ryzyko odniesienia ran i urazów oraz istotne jest udzielenie natychmiastowej pomocy po zdarzeniu. W Siłach Zbrojnych RP podjęto w tym celu działania polegające na przygotowaniu „ratowników przedmedycznych” mających podstawową wiedzę i umiejętności udzielania pierwszej pomocy na polu walki.

Program ten tzw. CLS (*Combat Lifesaver*) ma za zadanie wyszkolenie ratowników przedmedycznych, których działalność na polu walki opiera się na zasadzie samopomocy koleżeńskiej. Dąży się aby w składzie drużyny znajdował się przynajmniej jeden żołnierz przeszkolony w zakresie CLS. Zdaniem autorów ich liczba w strukturach wojskowych nie powinna wynikać z limitów określonych przepisami kadrowymi a raczej potrzebami posiadania umiejętności ratowniczych przez jak największą liczbę żołnierzy. Wyposażenie ratownika przedmedycznego powinno składać się ze standardowego niedużego zestawu medycznego pierwszej pomocy, który swoimi rozmiarami nie utrudniałby żołnierzowi działania na polu walki. Ratownicy CLS nie mogą być chronieni znakami ochronnymi.

3. OCHRONA WOJSKOWEGO PERSONELU MEDYCZNEGO

Personel medyczny tradycyjnie nosi opaskę ze znakiem czerwonego krzyża albo czerwonego półksiężyca na lewym ramieniu. Posiadanie znaku genewskiego przez personel medyczny nie jest jednak obligatoryjne. W niektórych sytuacjach, ze względu na charakter prowadzonej operacji wojskowej zgodnie z decyzją dowódcy, personel medyczny może występować bez znaków ostrzegawczo-ochronnych. W takiej sytuacji pozostaje on bez prawnej ochrony na polu walki. W celu uwiarygodnienia, że noszona opaska ochrania osobę wykonującą zadania medyczne powinna być opatrzona stosowną pieczęcią władz wojskowych. Ponadto powinna być odporna na działanie wody. Personel medyczny nie może nikomu oddawać lub udostępniać znaków ochronnych. Sam fakt przekazania znaków ochronnych kombatantowi w celu zapewnienia mu ochrony byłby aktem wiarołomstwa (popętnienie wrogich działań pod pozorem korzystania z ochrony prawnej np. udawanie statusu niekombatanta – uwaga aut.) a tym samym zbrodnią wojenną. Przykład działań wiarołomnych podaje w swojej pracy *Wojna a prawo międzynarodowe* R. Bierzanek opisując przypadek skazania Hagendorfa przez Amerykański Sąd Wojskowy za ostrzelanie żołnierzy amerykańskich z ambulansu sanitarnego ze znakiem Czerwonego Krzyża [1].

Thus, choosing a medical profession as one's career results in that person being unable to change his or her privileged status in the future so as to become a combatant. It is not possible for one person to have at the same time the status of a combatant and of a medical personnel member. According to rule 25 of the Customary International Humanitarian Law, persons violating this rule are deprived of their privileged character. Therefore, from the point of view of Humanitarian Law the combination of military and medical functions is inadmissible. The authors' professional experience indicates that the above rule has not always been observed, especially in relation to soldiers with a lower military rank. The combination of those functions was presumably applied in order to reduce personnel costs by creating such jobs as e.g. a rifleman-medic. A probable reason for this state of affairs was ignorance of the basic principles of International Humanitarian Law by people responsible for human resources policies in the Military Forces of the Republic of Poland.

An issue that remains unresolved in the light of Humanitarian Law is the possibility of co-existence of the status of a combatant and a "medical personnel member". This idea may be "realized" by implementing among soldiers (combatants) training in the provision of first aid to all the wounded in a battlefield, that is to say, in the place where the risk of suffering wounds and injuries is extremely high and where immediate assistance is required. The Military Forces of the Republic of Poland implemented for this purpose activities aimed at the preparation of "paramedics" equipped in the basic knowledge and skills required in providing first aid in a battlefield.

The objective of the programme, the so-called CLS (*Combat Lifesaver*), is to train paramedics whose main task would be based on mutual aid in a battlefield. The idea is that there is at least one soldier trained within CLS per team. According to the authors of the programme the number of such soldiers in a military structure should not rely on the limits imposed by personnel regulations but rather be based on the need of having as many soldiers as possible with proper rescue skills. The equipment of a paramedic should be comprised of a standard first-aid kit whose size would not impede the soldiers' action in a battlefield. CLS rescuers may not be protected with protective signs.

3. THE PROTECTION OF MILITARY MEDICAL PERSONNEL

Traditionally, medical personnel members wear on their left arm a band with the symbol of a red cross or a red crescent. However, wearing the Geneva sign by medical personnel is not obligatory. In some situations, due to the character of a military operation imposed by a commanding officer, medical personnel may not be equipped in the protective signs. In such a case they become deprived of legal protection on a battlefield.

In order to ensure that a given armband is worn by a person performing medical tasks it should have a proper stamp from the military authorities. Moreover, it should be water resistant. Medical personnel must not render the signs available or hand them over to any person. The deed of handing over protective signs to combatants for their protection would constitute an act of embezzlement (hostile action under the pretence of applying legal protection, e.g. pretending to have a non-combatant status – author's remark), i.e. a war crime. An example of such a deed was described by R. Bierzanek in his work entitled *War vs. International Law* where the author writes about Hagendorf being sentenced by American Martial Court for firing on American soldiers from an ambulance carrying the Red Cross sign [1].

Opaski oprócz funkcji ochronnej pełnią również funkcje informacyjne pozwalając odróżnić personel stały od personelu czasowego. Zgodnie z I Konwencją Genewską personel stały nosi opaski szerokie a czasowy wąskie [2]. Personel czasowy może je nosić tylko podczas wykonywania czynności medycznych. W sytuacjach, gdy personel sanitarny jest szczególnie narażony na niebezpieczeństwo a sytuacja taktyczna na to pozwala, zgodnie z zaleceniami zawartymi w Załączniku I do Protokołu Dodatkowego I powinien zostać wyposażony w nakrycie głowy i odzież ze znakiem rozpoznawczym. W celu ułatwienia rozpoznania personelu sanitarnego znak powinien pokrywać największą część powierzchni ciała osoby. Oprócz zewnętrznych oznak służb medycznych personel sanitarny, podobnie jak każdy żołnierz, powinien posiadać kartę tożsamości. Zgodnie z art. 40 I Konwencji Genewskiej karty te powinny zawierać podstawowe informacje o jej posiadaczu jak: imię i nazwisko, datę rodzenia, stopień wojskowy i numer legitymacji. Karty dla stałego personelu medycznego powinny być jednolite dla całych sił zbrojnych i opatrzone znakiem czerwonego krzyża. Obecnie ze względu na nowe standardy opracowywania wojskowych dokumentów tożsamości, karty te wykonywane są z tworzywa sztucznego. Szczegółowe zasady wydawania kart oraz ich wielkość i kolor oraz sposób ewidencji określa *Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 4 lipca 2003 r. w sprawie kart i tabliczek tożsamości* (D. U. z dn. 4. 07. 2003 r., Nr 133, poz. 1240).

3.1 OZNACZANIE ŚRODKÓW TRANSPORTU MEDYCZNEGO

Do przewozu rannych i chorych mogą być wykorzystywane trzy podstawowe rodzaje środków transportu: lądowy, lotniczy oraz wodny. Każdy sprzęt służący do transportu medycznego podlega ochronie. Sprzęt ten powinien być oznakowany znakiem rozpoznawczym określonym w Konwencjach Genewskich. Podobnie jak w przypadku personelu medycznego nie istnieje obowiązek oznaczania środków transportu medycznego znakami rozpoznawczymi. Praktyka wojenna wskazuje jednak, że takie oznaczenie jest ważne dla ochrony życia i zdrowia transportowanych rannych i chorych. Sprzęt transportu medycznego nie może być używany do działań na szkodę nieprzyjaciela. Szczególnie dotyczy to sanitarnych statków powietrznych, które nie mogą być wykorzystywane do prowadzenia rozpoznania, przewozu żołnierzy i zaopatrzenia oraz sprzętu bojowego. Gdyby wystąpiła jednak konieczność wykorzystania środków transportu medycznego do innych zadań niż sanitarne, to może on zostać użyty pod warunkiem zakrycia znaków rozpoznawczych. Środki transportu sanitarnego nie mogą być uzbrojone, jednak na ich pokładach może znajdować się broń odebrana rannym, którą po dostarczeniu rannych do punktów opatrunkowych, należy przekazać właściwym służbom wojskowym.

3.2 TRANSPORT LOTNICZY

Statki powietrzne wojskowego transportu sanitarnego również powinny być oznaczone znakiem rozpoznawczym. Konwencje Genewskie z 1949 r. zalecają, aby powietrzne środki transportu medycznego były oznakowane znakiem rozpoznawczym umieszczonym na górnej i dolnej powierzchni płatów oraz na bokach kadłuba w pobliżu znaków przynależności państwowej. Przyjęte rozwiązanie ze względu na właściwości sprzętu lotniczego (duża prędkość lotu) nie sprzyja łatwemu rozpoznaniu oraz zidentyfikowaniu samolotu lub śmigłowca zwłaszcza z dużej odległości i zapewnieniu mu ochrony należącej środkom transportu medycznego.

Apart from the protective function the armbands also serve an informative role as they allow to distinguish permanent personnel from temporary staff. In accordance with the First Geneva Convention permanent personnel wear broad bands whereas temporary personnel wear their narrow versions [2]. Temporary personnel may wear the bands only while performing medical activities. In situations where medical personnel are particularly exposed to danger and when the tactical situation is favourable, according to the recommendations enlisted in Appendix I to the First Additional Protocol, they should be provided with headgear and clothes with the recognisable sign. In order to make it easy to distinguish medical personnel the sign should cover as large an area on a person's body as possible.

Besides external symbols, each member of medical personnel, like any soldier, should have an identity card. Following the provisions of Art. 40 of the First Geneva Convention, such cards should provide basic data concerning their owners, such as: name and surname, date of birth, military rank and ID number. The cards of permanent medical staff should be the same for the entire military forces and have a symbol of the red cross. Currently, due to new standards concerning military identity documents the cards are made of plastic. Detailed regulations concerning the issuance of cards as well as their size, colour and registration are specified by the *Regulation of the Minister of National Defence as of 4 July 2003 on identity cards and plates* (Journal of Laws of 4 July 2003, No. 133, it. 1240).

3.1 MARKING OF MEDICAL MEANS OF TRANSPORT

Transportation of the wounded and the sick may be carried out with the use of three basic types of transport: by land, by air and by water. Any equipment used for medical transport is protected. Such equipment should be marked with the distinctive sign defined by the Geneva Convention. As is the case with medical personnel, there is no obligation to label the means of medical transport with distinctive signs. However, martial practice shows that such marking is important for the protection of the life and health of the wounded and sick in transit. Medical transportation equipment may not be used in acts to the detriment of the enemy. This concerns in particular medical aircraft that must not be used for the purpose of reconnaissance, transportation of soldiers, supplies and combat equipment. However, in a situation when it is necessary to use the means of medical transport for other tasks, it is possible on condition that the distinctive signs are removed. Vehicles used for medical transports must not be armed; however, they may carry the arms of the wounded which, after delivering the wounded to their destinations, must be handed over to the proper military services.

3.2 AIR TRANSPORT

Military aircraft used for medical transport also should be marked with the distinctive sign. Geneva Conventions from 1949 recommend that the symbols are placed on the upper and lower surfaces of the wing panels[s3] as well as on the sides of the fuselage near to national identification symbols. Due to aircraft properties (especially their high speed) the adopted solution does not guarantee easy identification at large distances or ensure the proper protection of a plane or a helicopter - a fact that is further complicated by the capability of modern surveillance and weapons systems to both detect and subsequently shoot down an aircraft beyond that which is visible to the human eye.

Nowoczesne środki rozpoznania i niszczenia celów powietrznych umożliwiają wykrycie i zestrzelenie obiektu w dużej odległości, poza zasięgiem rozpoznania wzrokowego. Rozwiązania prawne przyjęte w Protokole Dodatkowym I z 1977 r. wzmocniły zakres możliwości identyfikacji środków transportu sanitarnego poprzez zastosowanie sygnałów rozpoznawczych. W zakresie rozpoznania wzrokowego ww. sprzęt sanitarny może zostać wyposażony w sygnał świetlny w postaci niebieskiego światła błyskowego. Parametry techniczne błysku określa Art. 6 Załącznika do Protokołu Dodatkowego I. Innym środkiem przewidzianym w PD I jest sygnał radiowy emitowany przez statek powietrzny składający się z przekazu radiotelefonicznego lub radiotelegraficznego poprzedzonego sygnałem pierwszeństwa określający m. in. sygnał wywoławczy i parametry lotu. Kolejnym elementem ochronnym jest zastosowanie systemu radaru wtórnego dozoru, pozwalającego na zidentyfikowanie przelatującego statku powietrznego, jako jednostki sanitarnej. Protokół Dodatkowy I przewiduje możliwość wezwania przez nieprzyjaciela do lądowania powietrznych statków sanitarnych w czasie, gdy przelatują nad kontrolowaną przez niego strefą i przeprowadzenia na ich pokładzie kontroli. Celem takich działań jest upewnienie się, że środki transportu lotniczego wykorzystywane są zgodnie z przeznaczeniem. Kontrola powinna zostać prowadzona szybko i sprawnie a ranni podczas jej trwania nie powinni być wyładowywani z pokładu. W przypadku stwierdzenia naruszenia zasad wykorzystywania sprzętu niezgodnie z przeznaczeniem medycznym podlega on zajęciu [2].

3.3 TRANSPORT WODNY

W odniesieniu do statków medycznych sposób ich ochrony jest podobny, jak lotniczych środków transportu sanitarnego. Podstawę ochrony stanowią znaki rozpoznawcze, które powinny pokrywać największą część powierzchni burt statku (od linii wodnej do krawędzi burty) oraz pokładów i odróżniać się od swego tła. Dodatkowo statki szpitalne w celu wzmocnienia ich ochrony mogą stosować nieobowiązkowe sygnały rozpoznawcze podobnie, jak to ma miejsce w odniesieniu do statków powietrznych. Ponadto zaleca się, aby posiadały one urządzenia do emitowania sygnałów podwodnych, umożliwiających identyfikację przez okręty podwodne [6]. Podobnie jak w przypadku transportu powietrznego statki szpitalne mogą zostać poddane kontroli przez okręty przeciwnika.

3.4 URZĄDZENIA MEDYCZNE

W celu zapewnienia bezpieczeństwa pracy personelu oraz ochrony rannych i chorych należy zadbać o oznaczenie urządzeń medycznych. Określenie „urządzenie medyczne” w polskiej terminologii wojskowej oznacza siły i środki wojskowych służb medycznych rozmieszczone w terenie w celu wypełnienia zadań medycznych. Pod tym określeniem należy rozumieć punkty opatrunkowe oraz szpitale polowe wraz z niezbędną infrastrukturą. Wojskowe urządzenia medyczne powinny być oznakowane znakiem ochronnym. Szczególnego znaczenia nabiera problem rozpoznania znaku ochronnego w nocy oraz w warunkach złej widoczności. Protokół Dodatkowy I uszczegółowił tę kwestię w załączniku I określając, że znak ochronny powinien być dobrze oświetlony lub mieć postać znaku świetlnego. Ponadto powinien być wykonany z materiału, który zapewni możliwość jego wykrycia za pomocą technicznych środków rozpoznania.

The legal solutions adopted by the First Additional Protocol in 1977 enhanced the scope of medical transport identification by the implementation of distinctive signals, such as a blue flashing light. Technical parameters of the flashing light are specified in art. 6 of the Appendix to the First Additional Protocol. Another measure provided for in AP I is a radio signal emitted by aircraft consisting of a radio-telephone or radiotelegraphic transfer preceded by a priority signal determining e.g. the call sign and flight parameters. Another protective element is the secondary surveillance radar system allowing the identification of an aircraft as a medical unit.

The First Additional Protocol provides for the possibility of the enemy calling medical aircraft to land as they fly over a zone remaining under their control in order to carry out an onboard inspection. The aim of such an operation is to make sure that the aircraft is being used for the specified purpose. The inspection should be conducted with haste [5] and during that time the wounded should remain aboard. In the case when the equipment is not used for medical purposes it can be seized [2].

3.3 WATER TRANSPORT

The protection of medical vessels is similar to the protection of aircraft, namely it is based on the use of distinctive signs that should cover the largest possible areas of the ships' sides (from the water line to the edge) and decks, and be distinguishable from the background on which they are placed. Additionally, to enhance the protection, hospital ships may use optional signals, as is the case with aircraft. Moreover, it is recommended that they are equipped with devices emitting underwater signals enabling their identification by submarines [6]. As with air transportation, hospital ships may be subjected to inspection by the opponent's ships.

3.4 MEDICAL FACILITIES

In order to ensure the safety of medical personnel and the protection of the wounded and sick, it is also necessary to provide the proper markings for medical facilities. The term "medical facility" used in Polish military terminology stands for the means and forces of military medical services positioned in the field with the purpose of performing medical tasks. This term encompasses medical care points and field hospitals together with their infrastructure. Military medical facilities should be supplied with a protective sign. What poses a serious problem however is the difficulty of recognising the sign at night, and in conditions of poor visibility. The First Additional Protocol provided a detailed recommendation with regard to this issue by stipulating in Appendix I that the protective signs should be well illuminated or take the form of a light sign.

Dodatkowym sygnałem mogącym wskazać, że dany obiekt jest urządzeniem medycznym podlegającym ochronie jest umieszczenie na nim napisu SZPITAL lub HOSPITAL. Czynnikiem zwiększającym ochronę wojskowych urządzeń medycznych jest ich odpowiednie usytuowanie w terenie w taki sposób, aby znajdowały się w dużym oddaleniu od celów wojskowych.

4. NEUTRALNOŚĆ WOJSKOWYCH SŁUŻB MEDYCZNYCH

Członkowie wojskowego personelu medycznego na polu walki zachowują neutralność. Oznacza to, że sami nie mogą brać czynnego udziału w walce, chociaż mogą znajdować się na terenie, na którym toczą się walki. Ze względu na zadania humanitarne, jakie ma do spełnienia personel medyczny, ma on obowiązek powstrzymywania się od czynnego udziału w walce. Może jednak posiadać broń osobistą, której użycie może być uzasadnione warunkami obrony koniecznej [I KG art. 22]. Posiadana broń może zostać użyta do obrony osobistej, do obrony rannych i chorych oraz do wymuszenia porządku i dyscypliny wśród rannych i chorych. Chociaż wojskowy personel medyczny zobowiązany jest do powstrzymywania się od wszelkiej działalności militarnej to urządzenia medyczne, szpitale polowe oraz transporty rannych i chorych mogą być ochraniające przez uzbrojonych wartowników ze względu na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa służbom medycznym oraz rannym i chorym.

4.1 BEZSTRONNOŚĆ WOJSKOWYCH SŁUŻB MEDYCZNYCH

Bezstronność jest istotą działalności medycznej na polu walki, gdyż personel medyczny obowiązany jest do udzielania pomocy wszystkim potrzebującym, w tym rannym i chorym kombatantom przeciwnika. Zasada bezstronności nakazuje objąć opieką medyczną wszystkich rannych i chorych zebranych z pola walki bez względu na kraj, z którego pochodzą. Zasada ta akcentowana szczególnie przez H. Dunanta stanowi obecnie podstawę działalności humanitarnej na wojnie i pomocy ofiarom konfliktów zbrojnych.

Aby personel medyczny mógł wykonywać swoje obowiązki zgodnie z zasadą bezstronności, musi być wyposażony w stosowne uprawnienia. Tak, więc za działalność o charakterze medycznym nikt nie może być karany lub niepokojony o ile wykonywana jest ona zgodnie z zasadami sztuki i wiedzy medycznej. Personel medyczny zobowiązany jest do bezwzględnego poszanowania życia ludzkiego i dlatego musi powstrzymać się od jakiegokolwiek dyskryminacji na tle religijnym, rasowym, narodowym, politycznym lub społecznym podczas ratowania ludzkiego życia. Osoby nie należące do służb sanitarnych (kombatanci) nie mogą wydawać poleceń lub stosować innych sposobów wpływania na członków personelu medycznego w określaniu pierwszeństwa lub kolejności udzielania pomocy poszkodowanym.

Przedstawione w niniejszym artykule zasady funkcjonowania wojskowych służb medycznych w świetle Konwencji Genewskich, odnoszą się w zasadzie do sytuacji mających miejsce w konfliktach międzynarodowych. W przypadku konfliktów wewnętrznych sytuacja prawna służb medycznych zmienia się w niewielkim zakresie. W takich okolicznościach należy przestrzegać podstawowej zasady określającej status służb medycznych, która stanowi, że personel medyczny zarówno wojskowy jak i cywilny powinien być szanowany i chroniony w każdej sytuacji.

Moreover they should be made from materials ensuring their detection with the use of technical reconnaissance devices. A supplementary signal indicating that a given facility serves medical purposes and is legally protected may consist in marking it with an inscription: SZPITAL or HOSPITAL.

A factor contributing to increased protection of military medical facilities is their proper positioning in the field, at a large distance from military targets.

4. NEUTRALITY OF MILITARY MEDICAL SERVICES

Members of military medical personnel present in a battlefield maintain their neutrality. This means that they themselves must not actively participate in battles although they may be present in the area where such battles take place. Due to the humanitarian tasks assigned to medical personnel it is their obligation to refrain from taking an active part in combat. Still, they are allowed to carry personal arms the use of which must be justifiable by the conditions of necessary defence [I GC, art. 22]. Such weapons may be used for personal protection, for the protection of the wounded and sick as well as for imposing order and discipline among them. Although military medical personnel are obliged to refrain from any military operations the medical facilities, field hospitals and transports of the wounded and sick may be guarded by armed sentries in order to ensure the safety of medical services and the sick and wounded.

4. 1. IMPARTIALITY OF MILITARY MEDICAL SERVICES

Impartiality constitutes the essence of medical activity in a battlefield, as medical personnel are obliged to aid all the needy, including the wounded and sick combatants from the hostile army. The principle of impartiality demands ensuring medical care to all the wounded and sick collected from a battlefield, irrespective of their origin. This principle was especially emphasized by H. Dunant and at present it is seen as the basis of humanitarian activity at the time of war as well as aid offered to the victims of military conflicts.

In order for medical personnel to be able to perform their duties in accordance with the principle of impartiality they need to be guaranteed proper rights. One such right is that no one may be punished or disturbed for performing medical activity as far as they do it in concord with the principles of medical craft and knowledge. Medical personnel are obliged to absolute respect of human life and are required to restrain from any religious, racial, national, political or social prejudices while performing life-saving operations. Persons that do not belong to medical services (combatants) must not give orders or in any way exert influence on medical personnel members concerning the establishment of priorities or order in the provision of medical aid.

The rules defining the function of military medical services presented in this article in the context of the Geneva Convention, in principle refer to situations occurring during international conflicts. In the case of internal conflicts the legal situation of medical services is slightly different. In such circumstances it is necessary to observe the fundamental rule defining the status of medical services which states that medical personnel, both military and civilian, should be respected and protected at all times.

Obecne czasy generują nowe wyzwania przed Międzynarodowym Prawem Humanitarnym ze względu na zmieniający się charakter konfliktów zbrojnych, które w większości rzadko są konfliktami międzynarodowymi a raczej umiędzynarodowionymi konfliktami wewnętrznymi. Znaczną część współczesnych działań militarnych stanowią operacje pokojowe i misje stabilizacyjne, gdzie wojskowe służby medyczne oprócz ochrony sanitarnej własnych sił zbrojnych muszą podejmować działania lecznicze i profilaktyczne na rzecz miejscowej ludności. Działania te niewątpliwie mają na celu zyskanie przychylności ludności terenu, na którym prowadzona jest operacja wojskowa i poprawienie wizerunku państwa zaangażowanego w działania militarne. W tej sytuacji niepomrotnie wzrasta rola wojskowych służb medycznych.

Innym problemem dzisiejszych czasów są konflikty asymetryczne, w których celem ataku często są służby medyczne, ze względu na łatwość rozpoznania, oraz możliwość pozbawienia wojsk opieki sanitarnej. Z tego względu paradoksem współczesności jest zakrywanie znaków rozpoznawczych wojskowych służb sanitarnych w celu ochrony przed atakiem. Być może w najbliższej przyszłości problematyka funkcjonowania wojskowych służb medycznych w warunkach konfliktu asymetrycznego zdominuje kierunki ewolucji Międzynarodowego Prawa Humanitarnego.

The present times generate new challenges for the International Humanitarian Law due to the changing character of military conflicts, which seldom may be recognised as international ones but rather as internationalized internal conflicts. A significant part of contemporary military activities consists in peace operations and stabilization missions in which military medical services, besides providing medical aid to their own military forces, are required to undertake treatment and preventative measures directed at the local population. Undoubtedly such activities are carried out with the purpose of winning the favour of the people on whose territory a given military operation is conducted as well as improving the image of the country involved in it. In such a situation the role of military medical services significantly grows.

Another problem of contemporary times consists in asymmetric warfare in which medical services often are used as targets due to the ease of their recognition and the possibility of depriving armies of medical care. Paradoxically, this results in covering the distinctive signs of military medical services with the purpose of ensuring them proper protection against attacks. Perhaps in the near future the problematique of the functioning of military medical services during asymmetric conflicts will dominate the directions of evolution of the International Humanitarian Law.

LITERATURA/BIBLIOGRAPHY

1. Bierzanek R.; „Wojna a prawo międzynarodowe”, wyd. MON, Warszawa 1982,
2. Flemming M. (red.); „Międzynarodowe Prawo Konfliktów Zbrojnych, Zbiór dokumentów”, wyd. Artekon, Warszawa 1991,
3. Grzelak E. (oprac.); „Chirurgia praktyczna Rafała Józefa Czerniakowskiego”, wyd. MON, Warszawa 1969,
4. Jean-Marie Henckaerts; „Studium poświęcone zwyczajowemu międzynarodowemu prawu humanitarnemu: wkład w zrozumienie i poszanowanie zasad dotyczących konfliktu zbrojnego”, Ośrodek Upowszechniania MPH przy ZG PCK, Warszawa 2006,
5. Majewski A.; „Wojna ludzie i medycyna”, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1972,
6. Mulinem F.; „Podręcznik prawa wojennego dla sił zbrojnych”, wyd. Bellona, Warszawa 1998,
7. Słownik języka polskiego, wyd. PWN, Warszawa 1978,
8. Wojtkowiak S., J. Talar, Majewski W., Piotrowski F.; „Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia”, wyd. MON, Warszawa 1974.

Skróty

1. I KG - Konwencja o polepszeniu losu rannych i chorych w armiach czynnych (I konwencja genewska),
2. PD I - Protokół dodatkowy do konwencji genewskich z 12 sierpnia 1949 r. dotyczący ochrony ofiar międzynarodowych konfliktów zbrojnych (protokół I).

dr n. wojsk. Włodzimierz Leszczyński

Zakład Edukacji Obronnej i Koordynacji Kształcenia
Wydział Wojskowo-Lekarski
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
90-647 Łódź, pl. Hallera 1
tel. 042 639 33 38, faks 042 639 33 39
wlodzimierz.leszczynski@umed.lodz.pl

dr n. wojsk. Wojciech Bieńkowski

Zakład Edukacji Obronnej i Koordynacji Kształcenia
Wydział Wojskowo-Lekarski
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
90-647 Łódź, pl. Hallera 1
tel. 042 272 51 22
wojciech.bienkowski@umed.lodz.pl

mgr Lech Borkowski

Zakład Edukacji Obronnej i Koordynacji Kształcenia
Wydział Wojskowo-Lekarski
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
90-647 Łódź, pl. Hallera 1
tel. 042 272 51 24
lech.borkowski@umed.lodz.pl

prof. dr hab. n. med. Andrzej Buczyński

Zakład Epidemiologii i Zdrowia Publicznego
Wydział Wojskowo-Lekarski
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
90-752 Łódź, ul. Żeligowskiego 7/9
tel/fax: 042 639 32 60
andrzej.buczynski@umed.lodz.pl