الترويج لممارسات عسكرية ميدانية تكفل الوصول الآمن إلى خدمات الرعاية الصحية وتقديمها

حماية وسائل الرعاية الصحية

إنّها مسألة حياة أو موت

ICRC

اللجنة الدولية للصليب الأحمر
International Committee of the Red Cross
19, avenue de la Paix
1202 Geneva, Switzerland
T +41 22 734 60 01 F +41 22 733 20 57
www.icrc.org
© حقوق الطبع محفوظة للجنة الدولية للصليب الأحمر. أغسطس/آب 2014

Front cover: Crown copyright 2014

الترويج لممارسات عسكرية ميدانية تكفل الوصول الآمن إلى خدمات الرعاية الصحية وتقديمها

قائمة المحتويات

1. توطئة **5**
1.1 السيد بيتر فارغيز
وزير الشؤون الخارجية والتجارة، الحكومة الأسترالية 5
2.1 الدكتورة هيلين دورهام
مديرة إدارة القانون الدولي والسياسات الدولية،
اللجنة الدولية للصليب الأحمر 6

2. موجز لأهم المعلومات **9**

3. التعاريف **11**

4. تحديد تدابير تخفيف عملية مع القوات المسلحة التابعة للدول **15**
1.4 نقطة الانطلاق 15
2.4 المشاورات الثنائية مع القوات المسلحة التابعة للدول 16
3.4 حلقة عمل الخبراء العسكريين في سيدني، أستراليا 17
4.4 عملية تحديد المصادر 18

5. المسائل والتدابير العملية **21**
المسألة 1: عمليات الإخلاء البري 21
1.1 المشكلة الإنسانية 21
2.1 التبعات الإنسانية 21
3.1 القوانين المنطبقة 22
4.1 التدابير العملية 22
المسألة 2: عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية 23
1.2 المشكلة الإنسانية 23
2.2 التبعات الإنسانية 23
3.2 القوانين المنطبقة 24
4.2 التدابير العملية 24
المسألة 3: الاحتياطات المتخذة أثناء عمليات الهجوم (الهجوم والدفاع) 25
1.3 المشكلة الإنسانية 25
2.3 التبعات الإنسانية 26
3.3 القوانين المنطبقة 26
4.3 التدابير العملية 27

6. المراجع **29**

7. المرفقات **31**
المرفق 1 – موجز التدابير العملية 31
1.1 الإخلاء البري 31
2.1 عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية 34
3.1 الاحتياطات المتخذة أثناء عمليات الهجوم (الهجوم والدفاع) 36
المرفق 2 – مشروع الرعاية الصحية في خطر 39
المرفق 3 – أنماط العنف الذي ترتكبه القوات المسلحة التابعة للدول وآثاره 41

Commonwealth of Australia

1. توطئة

1.1 السيد بيتر فارغيز
وزير الشؤون الخارجية والتجارة، الحكومة الأسترالية

يتصدى مشروع الرعاية الصحية في خطر، الذي تقوده اللجنة الدولية للصليب الأحمر، للتحديات الجسيمة والمستمرة التي يثيرها العنف إزاء العاملين في مجال الرعاية الصحية ومرافق الرعاية الصحية والمرضى أثناء النزاعات المسلحة وحالات العنف الأخرى. وقد أظهرت الدراسة التي أجرتها اللجنة الدولية لبيانات عن 16 بلدًا في الفترة بين عامي 2008 و2010، وجود نمط مقلق من العنف وانعدام الأمن يتراوح من الحرمان من الحصول على الرعاية الصحية وتوقيف العاملين في مجال الرعاية الصحية إلى الاعتداءات المباشرة عليهم وعلى مرافق الرعاية الصحية، في انتهاك للقانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان.

ومنذ عام 2012، عكفت اللجنة الدولية على مشروع حساس آن أوانه، بالتشاور مع ممتهني الرعاية الصحية والدول الأطراف في اتفاقيات جنيف وأصحاب المصلحة الآخرين، من أجل إعداد توصيات عملية تهدف إلى تحسين تقديم الرعاية الصحية الفعالة والمحايدة خلال النزاعات المسلحة والأزمات الأخرى.

واتساقًا مع موقف أستراليا الطويل الأمد في دعم تنفيذ اتفاقيات جنيف، فإن من دواعي سرورها أن تكون شريكًا دبلوماسيًا للجنة الدولية في تنفيذ مشروع الرعاية الصحية في خطر. فأستراليا تسلّم بأهمية اللجنة الدولية في توفير الحماية الإنسانية على الصعيد العالمي، خصوصًا لما تتميز به من إمكانات وصول فريدة واستعداد لمساعدة الضعفاء في أخطر بقاع العالم وأقصاها. وقد تضمّن دعم أستراليا، منذ عام 2013، تخصيص 1,5 مليون دولار أسترالي للمساعدة على تنفيذ المشروع، بالإضافة إلى تمويل رئيسي سنوي (بلغت قيمته 44 مليون دولار في عامي 2013 و2014).

وفي إطار دورها كشريك دبلوماسي رئيسي لمشروع الرعاية الصحية في خطر، شاركت أستراليا اللجنة الدولية في استضافة حلقة عمل للخبراء بشأن الممارسات العسكرية الميدانية، عُقدت في سيدني في الفترة من 9 إلى 12 ديسمبر/ كانون الأول 2013. وكانت حلقة العمل واحدة من سلسلة أنشطة بحثية ومشاورات أجرتها اللجنة الدولية مع أصحاب المصلحة بشأن طائفة من المواضيع في سياق هذا المشروع. وقد ضمت حلقة العمل 27 ممثلًا لقوات مسلحة تابعة للدول ومنظمات دولية لمناقشة التدابير العملية اللازمة للمساعدة على ضمان حصول المدنيين والعسكريين الجرحى والمرضى على الرعاية الصحية الفعالة والمحايدة بشكل آمن أثناء النزاعات المسلحة وحالات العنف الأخرى.

وترحب أستراليا بهذا التقرير باعتباره تتويجًا للمشاورات والأنشطة البحثية العالمية بشأن الممارسات العسكرية الميدانية، التي أجرتها اللجنة الدولية في إطار مشروع الرعاية الصحية في خطر. ويشكل هذا التقرير مساهمة مفيدة لتعزيز أشكال الحماية المتعلقة بالرعاية الصحية أثناء فترات النزاعات المسلحة وحالات العنف الأخرى.

2.1 الدكتورة هيلين دورهام
مديرة إدارة القانون الدولي والسياسات الدولية، اللجنة الدولية للصليب الأحمر

وُقعت أول اتفاقية من اتفاقيات جنيف قبل مائة وخمسين عاما، بهدف توفير الحماية للمرضى والجرحى وتقديم خدمات الرعاية الصحية لهم في ساحات المعارك. وقد جاء ذلك الصك القانوني القصير نتاج مقترحات وأنشطة دعوية لهنري دونان، مؤسس الحركة الدولية لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. وكان دونان قد شهد قبلها بخمسة أعوام تداعيات معركة سولفرينو في شمال إيطاليا، وأفزعه مشهد العدد الهائل من الضحايا العسكريين، الذي تجاوز كثيرا الموارد المحدودة للخدمات الطبية المتاحة والنوايا الحسنة للسكان المحليين.

وقبل مائة عام، عندما اندلعت المعارك الفتاكة للحرب العالمية الأولى، لم تكن أي قوات مسلحة مهيأة لاستيعاب ومعالجة الأعداد غير المحصورة من مصابي معارك العصر الصناعي. واضطلعت الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر – وهي إنجاز آخر تحقق بفضل الرؤية الثاقبة لهنري دونان – بدور أساسي غير مسبوق على جميع الجبهات ولصالح جميع الجهات كهيئات مساعدة للخدمات الطبية العسكرية. وتحقق تقدم هائل في تلك الفترة شمل، على سبيل المثال، تقديم خدمات نقل الدم ومنع تسمم الدم في المستشفيات الميدانية.

ورغم التقدم الهائل المحرز في مجالات الطب والمعرفة والاعتراف الواسع بالقانون الدولي الإنساني، فلا تزال اللجنة الدولية اليوم تجتهد لتحسين الوصول الآمن إلى خدمات الرعاية الصحية وتوفيرها لضحايا النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى. ففي النزاعات المسلحة المعاصرة، كثيرا ما تشن أطراف النزاع هجمات مباشرة على مرافق الرعاية الصحية لحرمان أعدائها من الخدمات الطبية. ورغم سهولة تحديد أثر هذه التكتيكات على المرضى والمصابين، فإن تداعياتها على السكان ككل، الذين يُحرمون بدورهم من الحصول على الخدمات الأساسية، هي ببساطة تداعيات مأساوية وكثيرًا ما يتم التغافل عنها كمسألة إنسانية.

وقد عكفت اللجنة الدولية منذ أكثر من عام على العمل مع عسكريين من مختلف أنحاء العالم لتحديد التدابير العملية الكفيلة بتخفيف أثر عملياتهم على خدمات الرعاية الصحية والمرضى والجرحى، دون أن يمنعهم ذلك من مواصلة أداء واجبهم. ويتضمن هذا التقرير التدابير التي تمخضت عنها هذه المشاورات. وقد برهن العسكريون الذين شاركوا في هذه العملية عن حس مهني وروح بناءة، مؤكدين أنهم جزء من الحل وعناصر فاعلة رئيسية في حماية سبل توفير الرعاية الصحية.

وتقف اللجنة الدولية، من خلال شبكة مندوبيها المتخصصين الموفدين إلى القوات المسلحة، على أهبة الاستعداد لتقديم الدعم إلى جميع القوات المسلحة التي تبدي الروح البناءة ذاتها لتنفيذ مجموعة التدابير العملية المقترحة عليها. ويظل الشغل الشاغل للمنظمة، كما كان دائما، هو تقديم المساعدة دون تفرقة أو تمييز لجميع ضحايا الأزمات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى.

Jean Mohr/ICRC

2. موجز لأهم المعلومات

في العديد من أنحاء العالم، لا يزال العنف يعطل تقديم الخدمات الصحية أو يشلها حيث تمسّ الحاجة إليها، لا سيما خلال النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى. ويؤدي ذلك إلى وفاة أعداد لا حصر لها من المصابين والمرضى من المدنيين والمحاربين أو المقاتلين، جراء إصابات كان من الممكن أن يتعافوا منها في الحالات الطبيعية، في حين تعاني أعداد لا تحصى غيرهم دون داع من مشاكل صحية يسهل علاجها. ومع ذلك، لا يزال هذا العنف يُغفل بشكل كبير كمسألة إنسانية، رغم آثاره المدمرة.

وأطلقت اللجنة الدولية للصليب الأحمر في أغسطس/آب 2011 مشروعًا متعدد الأبعاد تحت عنوان «الرعاية الصحية في خطر»، من واقع قلقها إزاء عدم الوفاء بمقتضيات حماية مقدمي الرعاية الصحية والمستفيدين منها بموجب القانون الدولي الإنساني والصكوك الدولية الأخرى المنطبقة في هذا الصدد. ونظرت سلسلة اجتماعات تقودها اللجنة الدولية بالشراكة مع دول ومنظمات مختلفة، في شتى جوانب تقديم خدمات الرعاية الصحية في زمن النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى. وقد حُشد أهم أصحاب المصلحة لهذا الغرض، تسليمًا بالطابع الشمولي للقضايا قيد النظر، بغية التوصل إلى حلول عملية كل ضمن نطاق مسؤوليته. وانطلاقًا من الدور الأساسي للقوات المسلحة التابعة للدول وأثر العمليات العسكرية على الوصول الآمن إلى الرعاية الصحية أو توفير خدماتها، انهمكت اللجنة الدولية في عملية تشاور واسعة النطاق مع مسؤولين عسكريين من مختلف أنحاء العالم. وأجريت مشاورات ثنائية سرية مع الطواقم العسكرية في 29 بلدًا، ومع منظمتين متعددتي الأطراف لهما طابع عسكري أو دفاعي. كما نُظمت حلقتا عمل في سيدني، بالاشتراك بين اللجنة الدولية والحكومة الأسترالية، ضمتا 27 مسؤولًا أعلى من 20 بلدًا.

وركزت المشاورات على تحديد التدابير العملية الكفيلة بالحد من آثار العمليات العسكرية على ثلاث مجالات أو حالات محددة، لما لها من أثر هائل على الوصول الآمن إلى خدمات الرعاية الصحية وتوفيرها:

- تأخير عبور وسائل النقل الطبي أو رفض عبورها، ما يؤثر على إخلاء المرضى والجرحى برًا، خصوصًا خلال عمليات التفتيش عند نقاط التفتيش؛
- الأثر السلبي لعمليات التفتيش العسكرية في المستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية؛
- إلحاق الأذى بالعاملين في مجال الرعاية الصحية ووسائل النقل أو المرافق الخاصة بها أو المرضى فيها جراء نشر أهداف عسكرية داخل مرافق الرعاية الصحية أو على مقربة منها، أو لدى مهاجمة أهداف عسكرية للعدو داخل هذه المرافق أو على مقربة منها.

وأظهرت المشاورات إجمالًا أن ثمة نطاقًا واستعدادًا لوضع تدابير عملية يمكن إدراجها ضمن أوامر أو قواعد اشتباك أو إجراءات تشغيل موحدة أو غيرها من الوثائق ذات الصلة، أو ضمن برنامج تدريبي، بهدف التصدي للمسائل التي تم تحديدها. وقد أثمرت عملية المشاورات مع المؤسسات العسكرية عن إصدار هذا التقرير الذي يضم مجموعة كاملة من التدابير العملية التي تغطي جوانب تتعلق بتخطيط العمليات العسكرية وتنفيذها على السواء. ويؤمل أن يؤدي اعتماد هذه التدابير العملية وتطبيقها، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا، إلى أن تتفادى القوات المسلحة التابعة للدول وسلطاتها الآثار الضارة لعملياتها على الوصول الآمن إلى خدمات الرعاية الصحية وتوفيرها، أو تقليص هذه الآثار إلى أدنى حد ممكن.

Crown copyright 2014

3. التعاريف[1]

يتناول مشروع «الرعاية الصحية في خطر» عددًا من الحالات المختلفة، وبالتالي ينبغي فهم المصطلحات المستخدمة في هذا المنشور، من قبيل «العاملون في مجال الرعاية الصحية» و«مرافق الرعاية الصحية» و«وسائل النقل الطبي» – في سياق أوسع من مصطلحات «أفراد الخدمات الطبية» و«الوحدات الطبية» و«وسائل النقل الطبي» المستخدمة في القانون الدولي الإنساني المنطبق أثناء النزاعات المسلحة. فأفراد الخدمات الطبية والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي تندرج ضمن نطاق تعريف القانون الدولي الإنساني عندما «يخصصهم أحد أطراف النزاع أو جهة مختصة للأغراض الطبية دون غيرها». وقد يندرج أفراد الخدمات الطبية أو الوحدات الطبية أو وسائل النقل الطبي في سياق «الرعاية الصحية في خطر» ضمن نطاق هذا التعريف حتى وإن لم يُكلفوا بتلك المهام من قبل أحد أطراف النزاع.

وتشمل **مرافق الرعاية الصحية** المستشفيات والمختبرات والعيادات ومراكز الإسعافات الأولية ومراكز نقل الدم والمخازن الطبية والعقاقير التابعة لهذه المرافق[أ].

ويشمل مصطلح **العاملون في مجال الرعاية الصحية**:

- الأشخاص ذوو المؤهلات المهنية في مجال الرعاية الصحية، ومنهم الأطباء والممرضون/الممرضات، والمسعفون/المسعفات وأخصائيو العلاج الطبيعي والصيادلة؛
- الأشخاص العاملون في المستشفيات والعيادات ومراكز الإسعافات الأولية، وسائقو سيارات الإسعاف، ومديرو المستشفيات، والأفراد العاملون في المجتمع المحلي بصفتهم المهنية؛
- الموظفون والمتطوعون في الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر الذي يشاركون في تقديم الرعاية الصحية؛
- أفراد الخدمات الطبية التابعون للقوات المسلحة؛
- موظفو المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية التي تقدم خدمات صحية؛
- المسعفون[ب].

وتشمل **وسائل النقل الطبي** سيارات الإسعاف أو السفن الطبية أو الطائرات الطبية، مدنية كانت أم عسكرية، ووسائل النقل التي تقوم بنقل الجرحى والمرضى، والعاملين في مجال الرعاية الصحية، والإمدادات أو المعدات الطبية. ويشمل هذا المصطلح جميع المركبات المستعملة لأغراض الرعاية الصحية، حتى وإن لم تُخصص على سبيل الحصر للنقل الطبي وتخضع لرقابة سلطة مختصة تابعة لطرف من أطراف النزاع، مثل السيارات الخاصة المستخدمة في نقل الجرحى والمرضى إلى مرفق من مرافق الرعاية الصحية، والمركبات التي تنقل اللوازم والإمدادات الطبية وناقلات الأفراد التي تحمل الطواقم الطبية إلى أماكن العمل (لإجراء عمليات التلقيح على المستوى المحلي مثلًا أو للعمل في العيادات المتنقلة).

(أ) اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: إبراز أهمية القضية، جنيف، 2011.

(ب) اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: المسؤوليات التي تقع على عاتق أفراد الرعاية الصحية العاملين في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى، اللجنة الدولية، جنيف، 2011.

1 عندما يتجاوز تعريف ما من التعاريف المدرجة أعلاه نطاق ما تنص عليه معاهدة معينة، ينبغي أن لا يُفسر على أنه يتجاوز التعريف المنصوص عليه في القانون. ولا يوجد في هذه الوثيقة ما يوسع نطاق أي تعريف أو التزام في القانون الدولي الإنساني أو في أي صك قانوني آخر.

ويشير مصطلح **سيارات الإسعاف**، لأغراض هذا المنشور، إلى وسائل النقل المتاحة محليًا التي تحمل الجرحى والمرضى المصابين بأمراض شديدة على نحو آمن ومريح قدر الإمكان إلى حيث يمكنهم تلقي الرعاية الطبية أو إجراء العمليات الجراحية الطارئة التي يحتاجونها. وهي أيضًا المكان الذي يُقدم فيه ما يلزم كي تستقر الحالة الصحية لهؤلاء المرضى. وقد يجري النقل إما من موقع الطوارئ إلى مرفق للرعاية الصحية أو من مرفق للرعاية الصحية إلى مرفق آخر.

ويضع القانون الدولي الإنساني تعريفًا لكل من «النقل الطبي» و«وسائل النقل الطبي» و«المركبات الطبية» و«السفن الطبية» و«الطائرات الطبية» في المادة 8 (و)–(ي) من البروتوكول الإضافي الأول المؤرخ 8 يونيو/ حزيران 1977 (البروتوكول الإضافي الأول).

كما يتناول القانون الدولي الإنساني أيضًا «النقل الطبي» و«وسائل النقل الطبي» في سياق ما يلي:
– استعمال الشارة؛
– الأغراض الطبية الواردة في المادة 8 (هـ) من البروتوكول الإضافي الأول؛
– الحماية نفسها المكفولة لوسائل النقل الطبي والوحدات الطبية المتنقلة بموجب المادتين 12 و21 من البروتوكول الإضافي الأول؛
– أنشطة أفراد الخدمات الطبية ذات الصلة بالجرحى والمرضى وحماية وسائل النقل الطبي والشارات المميزة وفقًا للقواعد رقم 25 و29 و30 و109 من قواعد القانون الدولي الإنساني العرفي التي تتساوى في الأهمية مع معاهدات القانون الدولي الإنساني [ج].

(ج) جون–ماري هنكرتس ولويز دوزوالد–بيك، القانون الدولي الإنساني العرفي، المجلد الأول: القواعد، وجون–ماري هنكرتس ولويز دوزوالد–بيك (محرران)، القانون الدولي الإنساني العرفي، المجلد الثاني: الممارسات، الجزآن الأول والثاني، مطابع جامعة كامبريديج، 2005، انظر أيضًا: قاعدة بيانات القانون الدولي الإنساني العرفي المحدثة: اطلاع على http://www.icrc.org/customary-ihl/ara/docs/home (آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/ تموز 2014)

Jordi Raich/ICRC

4. تحديد تدابير تخفيف عملية مع القوات المسلحة التابعة للدول

1.4 نقطة الانطلاق

أُطلق مشروع اللجنة الدولية المسمى «الرعاية الصحية في خطر» في أغسطس/آب 2011 وسط مخاوف إنسانية متزايدة بشأن عدم احترام الحماية التي يكفلها القانون الدولي الإنساني وغيره من الصكوك القانونية السارية لمقدمي الرعاية الصحية والمستفيدين منها.

وكان الدافع الرئيسي وراء إطلاق هذا المشروع الممتد لأربع سنوات هو الدراسة التي أجرتها اللجنة الدولية عن أنماط العنف التي تقوض توفير الرعاية الصحية والتي راقبتها اللجنة الدولية في 16 بلدًا في الفترة بين يوليو/تموز 2008 وديسمبر/كانون الأول 2010.[2]

وترسم نتائج الدراسة مشهدًا قاتمًا عن طابع العنف المتفشي والمتعدد الأوجه ضد المرضى وتقديم خدمات الرعاية الصحية، غير أنها لا تلمّ بأبعاد المشكلة كاملةً، خصوصًا في المناطق التي يتعذر وصول منظمات المساعدة ووسائل الإعلام إليها.

وتشمل الاستنتاجات الرئيسية للدراسة ما يلي:

- تندرج الهجمات على مرافق الرعاية الصحية أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى ضمن الفئات الأربع الرئيسية التالية:
  - الاستهداف المتعمد لجني مكاسب عسكرية؛
  - الاستهداف المتعمد لأسباب سياسية أو دينية أو إثنية؛
  - القصف غير المتعمد أو «الأضرار العرضية»؛
  - سلب الأدوية والمعدات الطبية.
- تؤثر هذه الهجمات على تقديم الرعاية الصحية من خلال ما يلي:
  - منع المرضى والموظفين الطبيين وموفري المواد من الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية؛
  - تعطيل إمدادات المياه والطاقة؛
  - التسبب في نقل المدنيين، بمن فيهم العاملون في مجال الرعاية الصحية، إلى مناطق أكثر أمنًا قد تفتقر إلى المرافق الصحية أو قد لا تكون المرافق الصحية المتوفرة فيها مناسبة؛
  - عرقلة تنفيذ البرامج الوقائية الهامة للرعاية الصحية، مثل حملات التلقيح.

وخلصت الدراسة إلى أن ثمة عواقب جسيمة وواسعة النطاق على الجرحى والمرضى وخدمات الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى. وسلطت الضوء على الحاجة الملحّة إلى تأمين سلامة الجرحى والمرضى وكفالة توفير خدمات الرعاية الصحية في هذه الأوضاع.

وقد دفع الطابع الخطر لهذه الانتهاكات والحوادث وتواترها المؤتمرَ الدولي الحادي والثلاثين للصليب الأحمر والهلال الأحمر، الذي عُقد في نوفمبر/تشرين الثاني 2011،[3] على الإيعاز للجنة الدولية ببدء مشاورات مع أهم أصحاب المصلحة بغية صياغة تدابير عملية تعزز الوصول الآمن إلى خدمات الرعاية

2 اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر، دراسة للحالة في ستة عشر بلدًا، اللجنة الدولية، جنيف، أغسطس/آب 2011، متاحة على الرابط:
https://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/report-hcid-16-country-study-2011-08-10.pdf

3 اللجنة الدولية للصليب الأحمر، المؤتمر الدولي الحادي والثلاثون لعام 2011: القرار 5 – الرعاية الصحية في خطر، متاح على الرابط:
https://www.icrc.org/ara/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm.

الصحية وتقديمها، وتقديم تقرير عن التقدم المحرز في هذا الصدد إلى المؤتمر الدولي الثاني والثلاثين المقرر عقده في عام 2015.

وتبعًا للاتجاهات التي حددتها الدراسة التي شملت 16 بلدًا، طُلب من الطواقم الميدانية التابعة للجنة الدولية في 23 بلدًا تمارس فيها اللجنة الدولية أنشطتها أن تجمع بصورة منهجية بيانات عن الحوادث التي تؤثر على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. وقد جُمعت تلك البيانات مركزيًا على أساس شهري، وأصدرت اللجنة الدولية، استنادًا إليها تقريرًا ثانيًا في مايو/ أيار 2013، يتضمن تحليلًا للبيانات عن 921 حادث عنف أثر على تقديم خدمات الرعاية الصحية، التي جُمعت خلال الفترة من يناير/ كانون الثاني إلى ديسمبر/ كانون الأول 2012.[4] كما أصدرت تقريرًا ثالثًا في أبريل/ نيسان 2014، يتضمن تحليلًا للبيانات عن 1809 حوادث من هذا النوع، جُمعت في الفترة من يناير/ كانون الثاني 2012 إلى ديسمبر/ كانون الأول 2013.[5] ويرد في المرفق الثالث لهذا التقرير ملخص للبيانات التي جُمعت في الفترة من يناير/ كانون الثاني 2012 إلى ديسمبر/ كانون الأول 2013 بشأن القوات المسلحة التابعة للدول.

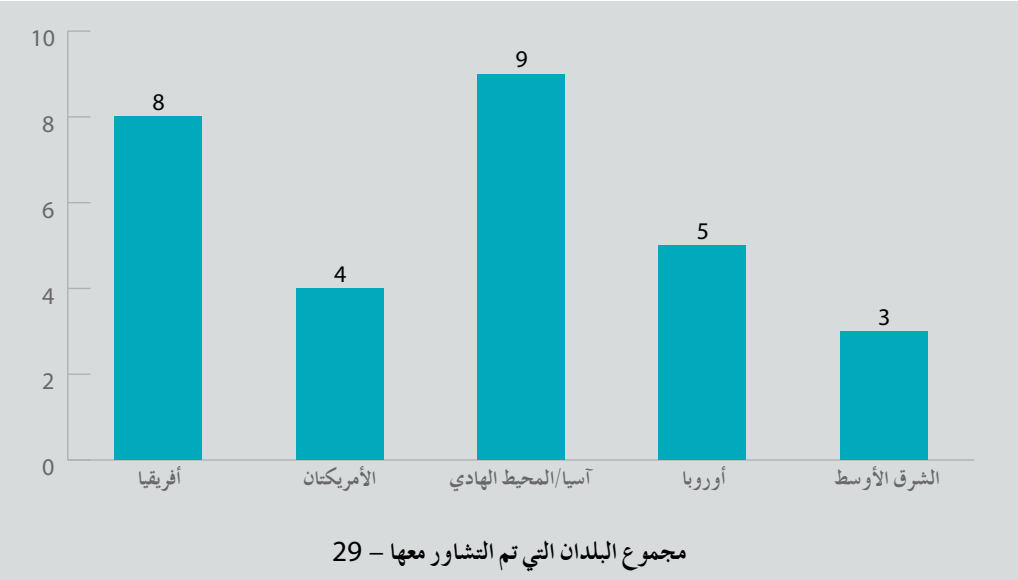
2.4 المشاورات الثنائية مع القوات المسلحة التابعة للدول

حددت اللجنة الدولية، مستمدةً من خبرتها العملية والدراسات المذكورة آنفا، ثلاثة مجالات تتعلق بعمليات القوات المسلحة التابعة للدول وممارساتها قد يكون لها أثر كبير على الوصول الآمن إلى خدمات الرعاية الصحية، هي المجالات التالية:

1. تأخير الإخلاء البري للجرحى والمرضى أو منع إجلائهم (بما في ذلك عبور نقاط التفتيش)؛
2. عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية التي تؤدي إلى تعطيل تقديم خدمات الرعاية الصحية؛
3. إلحاق الأذى بالعاملين في مجال الرعاية الصحية أو وسائل نقلها أو مرافقها، جراء نشر أهداف عسكرية داخل مرافق الرعاية الصحية أو على مقربة منها، أو لدى الهجوم على أهداف عسكرية للعدو تقع داخل مرافق للرعاية الصحية أو على مقربة منها.

وفي سياق التحضير لحلقة عمل سيدني، أجرت اللجنة الدولية 31 مشاورة ثنائية مع ممثلي قوات مسلحة تابعة للدول من 29 بلدًا، ومع منظمتين متعددتي الأطراف لهما طابع عسكري أو دفاعي. وبما أن المشاورات أجريت وفق شرط السرية، لم يُفصح عن أسماء البلدان المشاركة، ولكن حُرص على ضمان تمثيل عالمي لقوات مسلحة خاضت تجارب قتالية حديثة العهد.

الشكل 1: المشاورات التي أجريت مع البلدان، حسب المنطقة



4 اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر، حوادث العنف التي تتضرر منها الرعاية الصحية، يناير/ كانون الثاني إلى ديسمبر/ كانون الأول 2012، اللجنة الدولية، جنيف، مايو/ أيار 2013، متاح على الرابط:
https://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4050-002_violent-incidents-report_en_final.pdf

5 اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر، حوادث العنف التي تتضرر منها الرعاية الصحية، يناير/ كانون الثاني 2012 إلى ديسمبر/ كانون الأول 2013، اللجنة الدولية، جنيف، أبريل/ نيسان 2014، متاح على الرابط:
https://www.icrc.org/ara/resources/documents/publication/p4196.htm

وكان هدف المشاورات هو تحديد التدابير الميدانية العملية القائمة لضمان حماية المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبي من عواقب العمليات العسكرية في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى.

وكان الهدف الملموس هو تحليل المسائل الثلاث المذكورة أعلاه من خمس زوايا على النحو التالي:

- ما إذا كانت العقيدة القتالية القائمة (بمفهومها الأوسع) تتضمن أي إرشادات نظرية عن كيفية التصدي لهذه المسائل؛
- ما إذا كانت إجراءات التشغيل الموحدة وأوامر العمليات وغيرها من الوثائق ذات الصلة تنص على تدابير عملية بشأن التصدي للمسائل المحددة؛
- ما إذا كانت تدابير محددة قد وُضعت على صعيد الممارسة للتصدي لهذه المسائل، بعيدا عن الإرشادات النظرية التي تنص عليها العقيدة القتالية أو التدابير العملية التي تصدر بها أوامر مباشرة من الرتب العسكرية الأعلى؛
- ما إذا كان التعليم العسكري يقدم معارف نظرية عن كيفية التصدي للمسائل المحددة و/أو ما إذا كان هناك تدريب عملي للغرض ذاته؛
- ما إذا كانت هناك آلية للإبلاغ عن أي سلوك غير لائق والمعاقبة عليه.

ومالت المشاورات إجمالًا إلى إظهار أن ثمة نطاقًا لوضع تدابير عملية يمكن إدماجها في العقيدة القتالية والأوامر والتدريب من أجل التصدي للمسائل الثلاث التي حُدد أنها تتسم بأهمية خاصة للقوات العسكرية التابعة للدول. غير أنه قد يكون من المبسط جدًا استنتاج أن القوات المسلحة تتجاهل هذه المسائل عمومًا. فلئن كانت المناقشات بناءة ومثمرة، فإنها سلطت الضوء على الصعوبة التي تواجهها القوات المسلحة في تبادل المعلومات بحرية عن المسائل المتعلقة بعقيدتها القتالية وأوامرها العسكرية التي تكون سرية عادة. كما توقفت نتائج المناقشات بشكل كبير على التجارب الشخصية للضباط الذين جرى التحاور معهم.

وكان واضحًا من المشاورات الثنائية أن القوات المسلحة للدول لديها حلول عملية للمسائل التي تؤثر على الجرحى والمرضى ومرافق الرعاية الصحية والأفراد العاملين في مجال الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبي أثناء النزاعات المسلحة وغيرها من حالات الطوارئ، وهي المسائل التي حددتها اللجنة الدولية في سياق بحثها بشأن هذا الموضوع.

3.4 حلقة عمل الخبراء العسكريين في سيدني، أستراليا

كان الهدف الإجمالي لحلقة العمل هو تحديد ومناقشة تنفيذ التدابير العملية لجعل تقديم خدمات الرعاية الصحية المحايدة أكثر أمنًا، مع السماح في الآن ذاته بأداء العمليات العسكرية. وقد راعى المشاركون في مناقشاتهم نتائج المشاورات الثنائية والدروس المستخلصة من تلك العملية.

وكانت مهمة المشاركين في حلقة العمل هي تحديد ووضع تدابير عملية لتيسير تقديم خدمات الرعاية الصحية، وليس النظر في سبل التصدي للانتهاكات المحتملة بعد وقوعها. وبالتالي، فقد تطرق المشاركون إلى تجاربهم الخاصة كخبراء ميدانيين أو طبيين أو قانونيين عملوا في مناطق نزاع مؤخرًا، في سياق مناقشة هذه التدابير العملية ووضعها.

ولم يسعَ المشاركون إلى تقييم ما إذا كانت الحوادث التي سلطت اللجنة الدولية عليها الضوء في أبحاثها واستنتاجاتها تشكل انتهاكا للقانون الدولي الإنساني أم لا. كما لم ينظروا في مدى فعالية القوانين الدولية والمحلية في التصدي لهذه الانتهاكات أو يقيّموا فعاليتها.[6] ولم يسعوا كذلك إلى تقييم مدى ملاءمة القوانين السارية على صعيد كفاية الحماية التي يحظى به مقدمو خدمات الرعاية الصحية ومرافقها في ظل القوانين القائمة، أو ما إذا كانت هذه القوانين تُستخدم بفعالية لمعاقبة الجناة المزعومين.

وبالمثل، فإن المشاركين في حلقة العمل لم يسعوا إلى تحليل الاستنتاجات التي خلص إليها بحث اللجنة الدولية بشأن أثر العنف على الجرحى والمرضى، ومرافق الرعاية الصحية، والعاملين في مجال الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبي. وإنما اتفق المشاركون على أن تحديد تدابير عملية أفضل ونشرها واعتمادها، كلما كان ذلك ممكنًا، بحيث تيسر هذه التدابير الحصول على خدمات الرعاية الصحية وتوفيرها في أوقات النزاع المسلح وغيرها من حالات الطوارئ، سيساعد على تحقيق نتائج أفضل للجيش وللمرضى والجرحى ومقدمي خدمات الرعاية الصحية. ولم يسع المشاركون في حلقة العمل كذلك إلى إلقاء اللوم على طرف ما (مثل الجهات غير التابعة للدولة أو الدول غير الممتثلة بشأن الهجمات التي يتعرض لها مقدمو خدمات الرعاية الصحية).

6 نوقشت الأطر المعيارية المحلية في مشاورات منفصلة أجريت في حلقة عمل أخرى بشأن مشروع الرعاية الصحية في خطر، ونُظمت في بروكسل، يناير/ كانون الثاني 2014.

وبالتالي، فقد حصر المشاركون في حلقة العمل مناقشاتهم في المسائل الثلاث التي حددتها اللجنة الدولية باعتبارها شواغل خاصة وشكلت أساس المشاورات العالمية التي أجرتها مسبقا مع ممثلي القوات المسلحة من 29 بلدًا، وهي المسائل التالية: عمليات الإخلاء البري، عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية، والاحتياطات المتخذة أثناء عمليات الهجوم.

وتضمنت حلقة العمل جلسات عامة وثلاثة أفرقة عمل. وشكلت وثيقة معلومات أساسية تسلط الضوء على المسائل التي أثيرت في المناقشات العامة مع القوات المسلحة التابعة للدول أساسًا للمناقشات التي أجرتها أفرقة العمل الثلاثة. وتناول كل فريق عمل إحدى هذه المسائل الثلاث بمختلف أبعادها: التخطيط والتنفيذ والتنسيق، ما أدّى إلى تحليل هذه المسائل من زوايا مختلفة يتقاطع كل منها مع الأخرى ويتكامل معها.

وقد تكللت حلقة عمل سيدني بالنجاح إجمالًا، سواء من وجهة نظر المشاركين أو المنظمين. وساهم المزيج النشط من الخبراء الحاضرين والمواد التي حضروها مسبقًا في حسن سير المناقشات على نحو نشط وبناء. وهناك نقطتان عامتان جديرتان بالذكر. الأولى إن المشاركين أبدوا اهتمامًا واستعدادًا حقيقيين لاقتراح حلول عملية للمسائل التي حددتها اللجنة الدولية باعتبارها شواغل كبرى، مستندين إلى تجاربهم الميدانية الحديثة العهد. والثانية، إن القانون الدولي الإنساني (وغيره من الأنظمة القانونية السارية) لم تتأكد أهميته فحسب، وإنما لوحظ وجود ميل عام واستعداد للذهاب إلى أبعد مما هو مطلوب قانونًا بموجب هذه النُظم القانونية، كلما كان ذلك ممكنًا وعمليًا.

ومن المثير للاهتمام أن المشاركين، في حين سلّموا بالتفاوت الشديد في الظروف حسب السياق الميداني (من حيث عوامل القيادة والسيطرة والتهديد والأمن مثلًا)، فإنهم اعتبروا أن التدابير العملية المقترحة بشأن ضوابط التنقل البري وعمليات تفتيش المرافق الطبية يمكن تطبيقها في أي عملية عسكرية بغض النظر عن التصنيف القانوني للوضع، أي سواء بلغ الوضع عتبة النزاع المسلح أم لا. ورأى المشاركون أن ما يحدد أهمية اتخاذ تدابير عملية في ظروف معينة، أو على الأخص ما إذا كان يمكن تنفيذ هذه التدابير أم لا، لا يكمن في تصنيف النزاع بالضرورة وإنما في خصائص كل نشاط وحيثياته (البيئة المادية لنقطة التفتيش والمخاطر التي تهددها أو طابع عملية التفتيش مثلًا).

وفي اليوم الأخير من حلقة العمل، تطرق المشاركون إلى التدابير التي تم تحديدها أثناء المشاورات الثنائية السرية وسُلط الضوء عليها في ورقة المعلومات الأساسية التي أعدت لحلقة العمل. وقد صادق المشاركون على هذه العوامل التي تشكل نتيجة أولية للعملية برمتها. وركز فريق عمل ثانٍ على الشكل الذي ينبغي أن تتخذه نتائج العملية لزيادة أثرها. وأوصوا من ثم بضرورة إنتاج ثلاث وثائق تكون نواتج للعملية برمتها، وتتمثل في ما يلي:

- رسالة تُوجّه إلى رئيس الأركان أو الوزير المعني تلخص المسائل المحددة والحاجة إلى اتخاذ إجراءات بشأنها؛
- تقرير يشرح بتفصيل أكبر المسائل والعملية؛
- مرفق يستعرض التدابير العملية بشكل مباشر وييسر على القادة تنفيذها.

4.4 عملية تحديد المصادر

أصدرت اللجنة الدولية هذا التقرير ليكون تتويجًا لعملية التشاور برمتها. وبالتالي، فقد أُعدت مجموعة من التدابير العملية كي تنظر فيها القوات المسلحة التابعة للدول بغية تخفيف أثر العمليات العسكرية على الوصول الآمن إلى خدمات الرعاية الصحية وتوفيرها. وتستند هذه التدابير العملية إلى ما يلي:
الدراسة التي شملت 16 بلدًا؛

- التقارير الأخرى التي نشرتها اللجنة الدولية بشأن المسائل المتعلقة بالرعاية الصحية؛
- المشاورات الثنائية السرية مع ممثلي القوات المسلحة التابعة للدول؛
- وثيقة المعلومات الأساسية لحلقة عمل سيدني بالصيغة التي أُقرّت في اليوم الأخير لحلقة العمل؛
- محضر وعروض أفرقة العمل المشاركة في حلقة عمل سيدني؛
- تقرير الرؤساء المشاركين المرحلي بشأن حلقة عمل سيدني؛
- التوصيات المنبثقة عن حلقة عمل سيدني بشأن الوثائق اللازم إعدادها؛
- الفهم الأولي للجنة الدولية وتجاربها في المسائل المتعلقة بالرعاية الصحية في الميدان.

وأثناء صياغة التدابير العملية، استنادًا إلى الخبرات الميدانية وبما يتسق مع التدابير المقترحة الأخرى، أُدرج عاملان لم يرد ذكرهما أثناء المشاورات الثنائية وحلقة العمل. فأولًا، أضيف في مجال التركيز الأول، أي عمليات الإخلاء البري، تدبير يرمي إلى تنظيم الاستثناءات لعمليات الإخلاء الطبية في حالات منع التجول. وثانيًا، بدا أن العديد من تدابير التنسيق التي حُددت لمجال التركيز الأول، أي عمليات الإخلاء البري، ومجال التركيز الثاني، أي عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية، قد تكون ذات صلة أيضًا بمجال التركيز الثالث، أي الاحتياطات المتخذة أثناء عمليات الهجوم.

Adrián Estrada/ICRC

5. المسائل والتدابير العملية

المسألة 1: عمليات الإخلاء البري

1.1 المشكلة الإنسانية

كثيرًا ما تراقب القوات المسلحة أو قوات الأمن، لإنجاح عملياتها والوفاء بالأهداف الإنسانية، التحركات على الأرض في المنطقة الواقعة تحت مسؤوليتها. والسيطرة على الأراضي أثناء النزاعات المسلحة أو حالات الطوارئ الأخرى قد تثير طائفة من التحديات الأمنية للطرف أو الجهة الفاعلة التي تمارس المراقبة. فالعسكريون الذين يرابطون في حواجز الطرقات أو نقاط التفتيش قد يشعرون أنهم أكثر عرضة للهجمات، بل وكثيرًا ما يتعرضون لها فعلًا، عند أداء هذه المهام بسبب موقعهم المكشوف بشكل خاص. وقد تنشأ التحديات الأمنية أيضًا عندما تكون هناك مخاطر بإساءة استعمال أطراف النزاعات المسلحة وسائل النقل الطبي لأغراض غير طبية (بما في ذلك أغراض عسكرية). وينبغي أن يمتنع العسكريون، لدى أداء مهام المراقبة الأمنية، من تأخير إخلاء الجرحى والمرضى، بمن فيهم جرحى ومرضى العدو، أو منع إخلائهم تعسفًا.

2.1 التبعات الإنسانية

وفقًا لدراسة اللجنة الدولية التي شملت 16 بلدًا، والبيانات التي جمعها 22 وفدًا منذ يناير/ كانون الثاني 2012، فإن حوادث تأخير سيارات الإسعاف وغيرها من المركبات التي تنقل المرضى أو الجرحى أو المتجهة لمساعدتهم أو التي تنقل إمدادات طبية، أو منع عبورها عند نقاط التفتيش، يشكل أحد أشكال التدخل و/أو العنف الرئيسية المؤثرة على المركبات الطبية. ومن المسلم به أن نصب نقاط التفتيش قد يكون تدبيرًا أمنيًا ضروريًا وأن نقطة التفتيش بحد ذاتها إجراء قانوني ومشروع.

ومن منظور الرعاية الطبية، قد تنشأ المشاكل عند حواجز الطرقات ونقاط التفتيش جراء عوامل مختلفة تشمل مثلًا ما يلي:

- غياب الأوامر أو إصدار أوامر غير ملائمة أو غير دقيقة بخصوص السلوك السليم للعسكريين المرابطين عند نقاط التفتيش؛
- الخبرة المحدودة للأفراد المسؤولين عن نقاط التفتيش؛
- الافتقار إلى التنسيق أو الاتصال على مختلف المستويات، أي داخليًا،[7] ومع خدمات الإسعاف، أي خارجيًا؛[8]
- بطء عمليات صنع القرار؛[9]
- الثأر لهجمات على المركبات الطبية للطرف المعني؛
- حرمان الطرف الآخر من الخدمات الطبية، وهو تصرف غير قانوني؛
- حظر التجول أو غيره من الأوامر المقيدة للحركة؛
- إساءة استعمال وسائل النقل الطبي لأغراض أخرى (بما في ذلك أغراض عسكرية).

وفي النتيجة، رُصدت حالات تُرك فيها أشخاص جرحى لفترات طويلة دون الحصول على رعاية صحية ملائمة، وتوفي بعضهم في انتظار سيارة إسعاف أو أثناء نقله إلى المستشفى. وهناك نساء وضعن مواليدهن عند نقاط التفتيش دون تلقي مساعدة طبية مناسبة. ولا تصل الإمدادات الطبية إلى حيث تمس الحاجة إليها. وقد تترك

7 انقطاع الاتصالات بين هرم القيادة والقوات على الأرض يعرّض تقديم خدمات الرعاية الصحية للخطر ويعرقل جهود إخلاء الجرحى والمرضى.

8 حدث، مثلًا، بعد منح الإذن بدخول مناطق معينة لتقديم المساعدة الإنسانية المنقذة للحياة وإخلاء الجرحى والمرضى، أن تعرضت مواكب الإنقاذ لقصف من أفراد القوات العسكرية التي منحت الإذن. كما احتُجز سائقو سيارات أجرة تقل أشخاصا مصابين في غياب خدمات الإسعاف، وتُرك الجرحى دون عناية.

9 فترات التأخير الطويلة بين تقديم طلبات تقييم الجرحى والمرضى من المناطق التي يغلقها الجيش ومنح الإذن (إذا مُنح أساسًا).

حالات التأخير وتجاوزات العسكريين عند نقاط التفتيش آثارًا سلبية كبيرة. فقد تثير على سبيل المثال مخاوف بين المدنيين تؤدي إلى عزوفهم عن السعي إلى الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية التي تقع على الجهة الأخرى من نقطة التفتيش. ويتأثر العاملون في مجال الرعاية الصحية والمرضى وأسرهم والمجتمع ككل من كل فعلٍ أو توانٍ عن فعل يؤدي إلى عرقلة جمع الجرحى والمرضى وإخلائهم.

3.1 القوانين المنطبقة

لا يجيز القانون الدولي الإنساني منع مرور أفراد الخدمات الطبية والإمدادات الطبية تعسفًا.[10] وينبثق هذا الالتزام من الالتزامات الأساسية باحترام الجرحى والمرضى وحمايتهم وجمعهم ورعايتهم،[11] التي تشمل تسليمهم إلى وحدة طبية أو السماح بنقلهم إلى مرفق يمكنهم فيه تلقي الرعاية المناسبة والالتزام باحترام أفراد الخدمات الطبية ووسائل النقل الطبي.[12] فالتدابير التعسفية التي تعرقل وصول الجرحى والمرضى إلى مرافق الرعاية الصحية تنافي هذا الالتزام. ولا يشكل نصب نقطة تفتيش وتشغيلها إجراء تعسفيًا بذاته بالضرورة. فالالتزام باحترام الحق في الحصول على الرعاية الصحية، بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، يقتضي من الدول الكف عن منع وصول الجرحى والمرضى إلى هذه الخدمات أو تقييد وصولهم إليها بصورة تعسفية، كأن يكون المنع إجراء عقابيا ضد خصوم سياسيين.[13] غير أن المركبات التي تحمل الشارات المناسبة، بما فيها سيارات الإسعاف، تُستخدم أحيانا من القوات المسلحة التابعة للدول أو المجموعات المسلحة غير التابعة للدول لأغراض غير إنسانية، تشمل تهريب المقاتلين والأسلحة أو شن الهجمات. ويعدّ ذلك، بموجب القانون الدولي الإنساني، إساءة استعمال لشارة مميزة ويشكل غدرًا إذا قُصد منه تحديدًا خداع الخصم بنية القتل أو الإصابة أو الأسر.

4.1 التدابير العملية

قد تتطلب الحاجة إلى السيطرة على أرض ما نصب نقاط تفتيش. ونقاط التفتيش تسبب من حيث تعريفها تأخيرًا لجميع المركبات التي تمر عبرها، بما فيها تلك التي تخلي الجرحى أو المرضى. وقد تكون عمليات الإخلاء هذه رسمية (أي مرخصة بوضوح من الدولة أو من سلطات مختصة أخرى) أو غير رسمية (أي مركبة تنقل جرحى ومرضى في حالة طوارئ). ويتعين تحقيق التوازن بين مقتضيات الأمن وضرورة وصول المرضى إلى مرافق الرعاية الصحية بأسرع وقت ممكن. ولتحقيق هذا التوازن، قد تودّ القوات المسلحة أن تنظر في اعتماد التدابير العملية التالية وتنفيذها، كلما كان ذلك ممكنًا وكان تطبيقه مناسبًا ميدانيًا (نطاق السيطرة على الأرض والوصول إليها والقدرة على التنسيق مع أفراد الخدمات الطبية في الجوار مثلًا).

1. اتخاذ التدابير الكفيلة بتعزيز فهم ميدان العمليات للحد من حالات تأخير عمليات الإخلاء الطبي عند نقاط التفتيش.
   يتعين رسم خريطة تُحدّد مواقع مقدمي الرعاية الصحية، والمنظمات غير الحكومية المعنية والجهات الأخرى التي تعمل على إخلاء الجرحى والمرضى، قبل أية عمليات عسكرية وبصورة منتظمة خلالها، حرصًا على تكييف التدابير الهادفة إلى الحد من حالات التأخير وتداعياتها الإنسانية مع السياق الذي تُتخذ فيه.
2. اتخاذ تدابير للتنسيق مع العاملين في مجال الرعاية الصحية والسلطات المعنية بإخلاء الجرحى والمرضى للحد من حالات التأخير في عمليات الإخلاء الطبي في نقاط التفتيش.
   يتعين التنسيق مع مقدمي الرعاية الصحية والمنظمات غير الحكومية المعنية وغيرهما من الجهات المعنية بعمليات الإخلاء الطبي العاملة في المنطقة المعنية وخارجها قبل العمليات وأثناءها والحفاظ على هذا التنسيق طيلة الوقت. ويتعين إشراك قادة المجتمع المحلي أو غيرهم من السلطات المعنية، في هذا التنسيق، إذ ليست بالضرورة وسائل النقل الطبي الرسمية أو موظفو الرعاية الصحية الرسميون وحدهم الذين يقومون بمهام إخلاء المرضى والجرحى.

---

10 Yves SANDOZ, Christophe SWINARSKI and Bruno ZIMMERMANN (eds), Commentary on the Additional Protocols of 8 June 1977 to the Geneva Conventions of 12 August 1949, ICRC, Geneva, and Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht, 1987: commentary on Article 12 of Additional Protocol I, p. 166, para. 517

11 Jean S. PICTET (ed.), Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of the Wounded and Sick in Armed Forces in the Field, Vol I of The Geneva Conventions of 12 August 1949: Commentary, ICRC, Geneva, 1952: commentary on Article 12, p. 134.

12 المرجع نفسه:
commentary on Article 12 GC I, p. 137; Yves SANDOZ, Christophe SWINARSKI and Bruno ZIMMERMANN (eds), op. cit.: commentary on Article 8 of Additional Protocol II, p. 1415, para. 4655.

13 لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق رقم 14: الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (المادة 12 من العهد)، 11 أغسطس/آب 2000، E/C.12/2000/4، الفقرات 34 و43 و47 و50.

3. اتخاذ تدابير لترتيب الأولويات عند نقاط التفتيش للحد من حالات التأخير في عمليات الإخلاء الطبي.
يتعين تحديد التدابير اللازمة لتنظيم نقاط التفتيش مسبقًا وإدراجها في التدريب المقدم للقوات المسلحة قبل العمليات، ومن ثم تنفيذها بشكل متسق في الميدان للحد من التبعات الإنسانية التي قد تنجم عن هذه الإجراءات.
4. اتخاذ تدابير محددة للحد من أثر منع العبور من نقطة تفتيش ما لأسباب تتعلق بالضرورة العسكرية القصوى على عمليات الإخلاء الطبي.

يشكل منع العبور لغرض الإخلاء الطبي إجراء شديدًا قد تنجم عنه آثار خطرة على حياة أو صحة الجرحى والمرضى. لذا ينبغي أن لا يُتخذ هذا الإجراء إلا في حالات الضرورة العسكرية القصوى وأن يظل إجراء استثنائيًا. وينبغي اعتماد التدابير اللازمة قبل بدء العمليات والحفاظ عليها طيلة الوقت للحد من الأثر السلبي لهذا القرار.

المسألة 2: عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية

1.2 المشكلة الإنسانية

قد تلجأ الوحدات العسكرية، أثناء تنفيذ عملياتها، إلى تفتيش مرافق الرعاية الصحية. وقد تكون عمليات التفتيش هذه ضرورية لأسباب عديدة، بما فيها عندما تشير المعلومات الاستخباراتية إلى احتمال استخدام مرفق ما على نحو يخالف القانون الدولي الإنساني أو لأغراض استجواب من هم داخل هذا المرفق واحتجاز من يشكلون تهديدًا أمنيًا. وقد يعد تفتيش هذه المرافق ضرورة عسكرية عندما يتلقى مقاتلو العدو الجرحى أو المرضى علاجًا طبيًا في مرافق الرعاية الصحية أو يزورون مرضى فيها. غير أن هذه العمليات لا تخلو من عدة تحديات تواجه حماية مرافق الرعاية الصحية وموظفيها. وتشمل هذه التحديات ما يلي:

- تعطيل سير الخدمات الاعتيادية بسبب تواجد عسكريين مسلحين؛
- المخاطرة بأن تعتبر الجهة الأخرى مرفق الرعاية الصحية غير مخصص بالكامل للأغراض الطبية أو حتى اعتباره هدفًا عسكريًا لمجرد التواجد العسكري فيه (ولو مؤقتًا)؛
- المعضلات الأخلاقية التي تواجه العاملين في مجال الرعاية الصحية عند حملهم على تقديم معلومات عن المرضى الذين يقومون برعايتهم.

وفي حين أن قرار تفتيش محاربي أو مقاتلي العدو الموجودين في مرفق الرعاية الصحية قد يكون مبررًا وقانونيًا بالكامل، فإن الإشكالية تبقى في الطريقة التي تُجرى بها عمليات التفتيش هذه. فحسب الدراسة التي أجرتها اللجنة الدولية في 16 بلدًا، ونُشرت في عام 2011، والبيانات التي جمعها 22 وفدًا للجنة الدولية منذ يناير/ كانون الثاني 2012، فإن أحد أشكال العنف الأكثر شيوعًا الذي يؤثر في الرعاية الصحية هو دخول أفراد مسلحين تابعين للدولة، بمن فيهم العسكريون، إلى مرافق الرعاية الصحية.

2.2 التبعات الإنسانية

وفقًا للدراسة التي أجريت في عام 2011 وشملت 16 بلدًا، فإن الغرض الرئيسي من دخول الأفراد المسلحين إلى مرافق الرعاية الصحية هو توقيف الجرحى والمرضى أو استجوابهم. غير أن من المعتاد أن يغلق الجنود، أثناء قيامهم بعمليات التفتيش، المنفذ إلى المستشفيات طيلة ساعات ويعرقلون وصول الأطباء إلى أقسام من المستشفى ويستولون على مواد طبية معينة لاستخدامها في عياداتهم.

كما تظهر تجارب اللجنة الدولية في الميدان أن الجنود، عندما لا تفضي عمليات التفتيش إلى شيء، يستدعون الموظفين ويأمرونهم بالإبلاغ عن وجود «مقاتلين للعدو» يتلقون علاجًا. وعندما يرفض الموظفون الإدلاء بمعلومات معينة، متذرعين بأخلاقيات المهنة، فإن الجنود يهددونهم ويهددون أقاربهم والآخرين، بمن في ذلك المرضى. وقد تعرض بعضهم للخطف أو إساءة المعاملة وقُتل آخرون. كما حدث أن أخذ الجنود مرضى يتلقى بعضهم علاجًا لا غنى عنه لبقائهم على قيد الحياة، من مرافق الرعاية الصحية رغم اعتراض الجراحين على ذلك خشية تدهور الوضع الصحي لهؤلاء المرضى. ويُنقل هؤلاء المرضى عادة إلى مستشفيات عسكرية يتلقون فيها الحد الأدنى من الرعاية الطبية.

ويمكن أن تفضي عمليات التفتيش التي يقوم بها الجنود في مرافق الرعاية الصحية إلى عواقب خطيرة ومباشرة وواسعة النطاق على تقديم الرعاية الصحية. فقد توقفت الخدمات لفترات قصيرة أو طويلة عندما قام الجنود بتجاوزات من النوع الموصوف أعلاه. وتُرك الجرحى والمرضى دون عناية طيلة ساعات ما دامت عمليات التفتيش جارية، ما عرّض للخطر فرص تعافيهم ونجاتهم. ولم يتسن لبعض المرضى الحصول على العلاج اللازم، بعد انتهاء عمليات التفتيش، بسبب السرقة أو التدمير الناجم عن اقتحام الجيش أو توقيف العاملين في مجال الرعاية الصحية أو اختطافهم.
وحتى عمليات التفتيش التي لا تنطوي على تهديدات أو عنف فعلي تظل لها آثار سلبية قد تعرقل تقديم الرعاية الصحية.

فمجرد تواجد جنود في المستشفيات وحولها أثناء النزاع المسلح يثير مشاكل جسيمة على صعيد تقديم الرعاية الصحية ونظرة الجهة الأخرى والمدنيين إلى هذه المرافق، وهو ما أدّى إلى استهداف مرافق للرعاية الصحية. ويمتنع البعض عن نقل الجرحى والمرضى إلى مرافق الرعاية الصحية أو التماس العلاج لأنفسهم، خشية التعرض للاعتقال أو الاستجواب أو المضايقات. وقد يعمد أفراد الجماعات المسلحة إلى تخريب مرافق الرعاية الصحية واختطاف العاملين في مجال الرعاية الصحية لمعالجة مرضاهم وجرحاهم في مخابئهم. علاوة على ذلك، فقد يترك العاملون في مجال الرعاية الصحية الذين تعرضوا للمضايقات أو التهديدات عملهم أو يرفضوا معالجة المرضى احتجاجًا على العنف العسكري، ما يزيد حرمان المرضى والجرحى من المساعدة الطبية.

3.2 القوانين المنطبقة

بغض النظر عن حقيقة أن مرافق الرعاية الصحية وأفرادها يحظون بالحماية من مهاجمتهم، فإن الأفعال التي تمنعهم من أداء عملهم تشكل انتهاكًا أيضًا للقانون الدولي الإنساني. غير أن هذا القانون لا يحظر صراحةً عمليات تفتيش مرافق الرعاية الصحية أو يصف طرقًا أو أساليب معينة لإجراء هذه العمليات.[14]

وليس المستشفى منطقة تقع خارج سيطرة السلطات أو تتيح حصانة من الاعتقال أو الاحتجاز. ومع أن دخول عناصر مسلحة إلى المستشفى ليس مخالفًا للقانون، فإنه ينبغي أن يخضع للتنظيم عن كثب. فالقوات المسلحة والجماعات المسلحة ينبغي أن لا تعرّض المرضى والموظفين إلى مخاطر لا داعي لها بتواجدها في هذه المرافق. ويمكن أن يُطلب من العاملين في مجال الرعاية الصحية تقديم معلومات عن أنشطة الجرحى والمرضى أو صلاتهم أو مواقعهم أو مجرد وجودهم، وكذلك عن هوية المرضى المصابين بأمراض معدية استنادًا إلى أحكام القانون المحلي. ومع أن رفض الإجابة عن هذه الأسئلة يمكن أن يفضي إلى توقيف قانوني، يُحظر التوقيف إذا كان غرضه ترهيب أو معاقبة أي شخص، بما في ذلك العاملون في مجال الرعاية الصحية، بسبب أدائهم أنشطة طبية تتفق مع أخلاقيات المهنة.

ويُحظر كذلك إرغام أي شخص يمارس أنشطة طبية على أن يقدم لأي شخص سواء كان من جهة العدو أو من جهته، ما لم تقتضي ذلك قوانين بلده، معلومات عن الجرحى أو المرضى الذين يتلقون رعايته أو كانوا يتلقونها، إذا رأى أن هذه المعلومات قد تضر بالمرضى المعنيين أو بأسرهم.[15] ويتمثل الهدف من هذه القواعد في تبديد أي مخاوف أو تردد من جهة العاملين في مجال الرعاية الصحية الذي يؤدون عملهم وفقًا لأخلاقيات مهنة الطب، بما في ذلك الأنشطة المقدمة لفائدة جرحى ومرضى عدو أحد أطراف النزاع. وتنطبق قواعد مماثلة في حالات الطوارئ الأخرى.[16]

4.2 التدابير العملية

قد تقتضي الضرورة العسكرية إجراء عمليات تفتيش في مرافق الرعاية الصحية واستجواب أشخاص وتفتيشهم (سواء أكانوا مرضى أم زائرين أم أشخاصًا عاملين في مجال الرعاية الصحية)، وقد تقتضي في ظروف معينة احتجاز أفراد أو توقيفهم. وقد تعرقل هذه العمليات سير مرافق الرعاية الصحية الاعتيادي ويتعين بالتالي أن تُتخذ بصورة استثنائية بعد بذل جهود متسقة للتوصل إلى التوازن اللازم بين الميزة العسكرية التي يمكن تحقيقها من هذا الإجراء وآثاره على الصعيد الإنساني.
وللحد من الآثار السلبية لعمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية، قد تود القوات المسلحة أن تنظر في اعتماد

14 في حين تشير الأدلة العسكرية للعديد من الدول إلى عدم جواز دخول الأفراد المسلحين إلى وحدات الرعاية الصحية مطلقًا، فإن الممارسة لا تسع بما يكفي لتبين بوضوح أن تواجد جنود مسلحين داخل مستشفى ما يشكل بحد ذاته انتهاكًا للقانون الدولي الإنساني.

15 المادة 18 (3) من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمادة 16 (1) من البروتوكول الإضافي الأول؛ والمادة 10 (1) من البروتوكول الإضافي الثاني؛
Jean-Marie HENCKAERTS and Louise DOSWALD-BECK, *Customary International Humanitarian Law*, Volume I: Rules, Cambridge University Press, 2005: Rule 26, pp. 86-88.

انظر أيضًا:

Yves SANDOZ, Christophe SWINARSKI and Bruno ZIMMERMANN (eds), op. cit.: commentary on Article 16 of Additional Protocol I, p. 206, para. 682.
انظر أيضًا وثيقة اللجنة الدولية المرجعية: الرعاية الصحية في خطر – مسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يعملون في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى، أغسطس/آب 2012، الفصل 11 «جمع البيانات ومشاهدة انتهاكات القانون الدولي»، الصفحات 87-92. متاح على الموقع:
https://www.icrc.org/ara/assets/files/publications/icrc-004-4104.pdf

(دُخل على الموقع لآخر مرة في 10 يوليو/تموز 2014).

16 تُحظر أيضًا، بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، مضايقة العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يقومون بهذه الأنشطة أو إكراههم أو اعتقالهم، لأن ذلك يشكل تقييدًا غير مسموح به لحق الجرحى في الحصول على الخدمات الصحية دون تمييز. ولا يُسمح بمثل هذه القيود إلا في النطاق الذي تخدم فيه الرفاه الاقتصادي أو الاجتماعي لسكان الدولة. العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 4؛ لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (المادة 12 من العهد)، 11 أغسطس/آب 2000، 4/2000/E/C.12، الفقرة 28. وعلاوة على ذلك، فإن حق الأشخاص في عدم التدخل التعسفي أو غير القانوني في خصوصياتهم يحمي الأشخاص الواقعين تحت ولاية دولة ما من الإفصاح دون داع عن بيانات طبية أو بيانات خاصة أخرى إلى أشخاص غير معنيين بالعلاقة بين الطبيب والمريض. غير أنه يمكن الخروج على هذه الضمانة في أوقات الطوارئ العامة. انظر اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، والتعليق العام رقم 16 للجنة المعنية بالحقوق المدنية والسياسية: الحق في حرمة الحياة الخاصة وشؤون الأسرة أو البيت أو المراسلات وحماية الشرف والسمعة، 8 أبريل/نيسان 1988، الفقرة 10.

التوصيات التالية وتنفيذها، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا (نطاق السيطرة على الأرض والوصول إليها والقدرة على التنسيق مع أفراد الخدمات الطبية في الجوار مثلًا):

1. اتخاذ تدابير محددة لضمان الطابع الاستثنائي لعمليات تفتيش مرافق الرعاية الصحية وأخذ أشخاص منها، بغية الحد من آثار هذه العمليات على المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية.
ينبغي الحرص على تحقيق التوازن الضروري بين الميزة العسكرية المتوخاة من عملية تفتيش مرفق للرعاية الصحية أو أخذ مريض منها والتبعات الإنسانية لمثل هذا الفعل. وينبغي أن تضمن التدابير المتخذة الطابع الاستثنائي لمثل هذه القرارات.
2. اتخاذ تدابير لتعزيز فهم ميدان العمليات بغية الحد من آثار عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية على المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية.
يتعين تقييم ميدان العمليات قبل إجراء أي عمليات تفتيش وبشكل منتظم أثناءها بغية تكييف التدابير الهادفة إلى تنظيم سلوك العسكريين أثناء عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية مع السياق المحدد الذي تُتخذ فيه، والحد من آثار هذه العمليات على المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية.
3. وضع تدابير للتنسيق مع المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية والسلطات المعنية بتقديم المساعدة في مجال الرعاية الصحية للجرحى والمرضى، من أجل الحد من آثار عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية.
يتعين التنسيق مع مقدمي الرعاية الصحية والمنظمات غير الحكومية المعنية وغيرهما من الجهات المعنية بتقديم المساعدة في مجال الرعاية الصحية والتي تعمل داخل منطقة المسؤولية وخارجها، قبل إجراء عمليات التفتيش والحفاظ عليها أثناءها، لأن من شأن علاقة منسوجة مسبقًا أن تيسّر عمليات التفتيش وتحد من سوء الفهم.
4. اتخاذ تدابير لتنظيم سلوك العسكريين أثناء القيام بعملية تفتيش في مرفق معين للرعاية الصحية.
يتعين تحديد التدابير اللازمة لتنظيم عمليات التفتيش في مرفق معين للرعاية الصحية قبل القيام بها، وإدراجها في التدريب اللازم قبل تنفيذ العمليات وتنفيذها من ثم بشكل متسق ميدانيًا للحد من التبعات الإنسانية الممكنة لهذه الإجراءات.

المسألة 3: الاحتياطات المتخذة أثناء عمليات الهجوم (الهجوم والدفاع)

1.3 المشكلة الإنسانية

ينبغي أن تولي القوات العسكرية اهتمامًا خاصًا، أثناء تنفيذ عملياتها، لتفادي تعريض العاملين في مجال الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبي ومرافق الرعاية الصحية إلى الخطر أو التخريب بنشر أهداف داخل هذه المرافق أو على مقربة منها، أو بشن هجوم على أهداف عسكرية للعدو تقع داخل مرافق للرعاية الصحية أو على مقربة منها.
ويتمثل أحد أخطر أنماط العنف ضد مرافق الرعاية الصحية التي حددتها اللجنة الدولية في دراستها التي شملت 16 بلدًا، والبيانات التي جمعها 22 وفدًا للجنة الدولية منذ يناير/ كانون الثاني 2012، في استخدام القوات المسلحة أسلحةً تفجيرية أثناء اندلاع الأعمال العدائية لضرب مرافق للرعاية الصحية أو وسائل نقل طبي، سواء عمدًا أو بغير عمد، ما يؤدي إلى مقتل أشخاص وإصابة آخرين، وحرمان المرضى من خدمات الرعاية الصحية.[17] وتندرج الهجمات على مرافق الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى ضمن إحدى فئتين عريضتين.

تتمثل الفئة الأولى في استهداف هذه المرافق عمدًا، بهدف تحقيق مكاسب عسكرية بحرمان الخصوم ومن يُنظر إليهم بوصفهم يدعمون هؤلاء الخصوم من المساعدة الطبية لجرحاهم. وقد يتمثل هدف آخر في ترويع السكان المحليين باستهداف مرافق محمية.

أما الفئة الثانية فهي عندما يكون الهجوم غير متعمدًا، كأن يفضي القصف إلى أضرار عرضية من نيران غير مباشرة موجهة لهدف عسكري. ويحدث هذا عادةً عندما تُنفذ عمليات عسكرية في مناطق ذات كثافة سكانية عالية وعندما تجرى أنشطة عسكرية وتُنصب منشآت عسكرية بجوار المرافق الطبية عمدًا في بعض الأحيان للحد من فرص الهجوم على هذه الأهداف العسكرية. ويتعين على من يستخدمون هذه الأسلحة النارية التفجيرية أن يتخذوا الاحتياطات الممكنة كافة للتمييز بين الأهداف المشروعة وغير المشروعة والحد من الأضرار التي قد تلحق بالسكان المدنيين وممتلكاتهم وبالبيئة. وبالعكس، يجب إبعاد الأهداف العسكرية قدر الإمكان عن المواقع التي يمكن أن تعرض السكان المدنيين وممتلكاتهم والبيئة للخطر. وقد شهدت جميع النزاعات المسلحة أضرارًا جسيمة لحقت بمرافق الرعاية الصحية زُعم أنها حدثت خطأ نتيجة تقييم قانوني ومشروع للمواقع المستهدفة، وهو ما قد يكون صحيحًا. ويتفاقم تهديد تعرض مرافق الرعاية الصحية للخطر كلما كانت أقرب لمنشآت العسكرية.

17 استُخدم أحد أنواع الأسلحة التفجيرية في 22.6% (655/148) من الحوادث المسجلة.

2.3 التبعات الإنسانية

من السهل جدًا وصف تبعات استخدام الأسلحة التفجيرية ضد العاملين في مجال الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبي ومرافق الرعاية الصحية، فهي تؤدي إلى تدمير السبل اللازمة للعناية بالجرحى والمرضى، ما يفضي في كثير من الحالات إلى وفاتهم وأحيانًا إلى وفاة أولئك الذين تتمثل مهمتهم حصرًا في رعاية هؤلاء المرضى. وفي كثير من الحالات، حتى عندما يكون عدد القتلى منخفضًا، فإن البنية التحتية لهذه المرافق تنهار جراء انقطاع إمدادات المياه والكهرباء. وترغم مرافق الرعاية الصحية على إغلاق أبوابها وترك الجرحى والمرضى دون عناية، ما يؤدي إلى تفاقم حالة المصابين جراء الهجوم.

3.3 القوانين المنطبقة

يجب احترام مرافق الرعاية الصحية وحمايتها في جميع الأوقات وعدم استهدافها في أي هجوم. ولا يجوز الاعتداء على الجرحى والمرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية أو قتلهم عشوائيًا أو إساءة معاملتهم. ولا تنقطع الحماية من الهجوم التي يكفلها القانون الدولي الإنساني لأفراد الخدمات الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبي المخصصة لأغراض طبية حصرًا من قبل سلطة مختصة لأحد أطراف النزاع، سواء كانت عسكرية أو مدنية أو تديرها جمعيات مساعدة خيرية معترف بها، إلا إذا اقترف هؤلاء المحميون، أو استخدموا لاقتراف أفعال خارجة عن نطاق مهامهم الإنسانية وتضر بالعدو.[18] وحتى في هذه الحالات، يتعين إصدار تحذير وتحديد أجل زمني كلما كان ذلك مناسبًا. علاوة على ذلك، حتى عندما يكون تنفيذ هجوم ضد أفراد وأهداف طبية لم تعد تحظى بالحماية إجراء مبررًا، يجب الامتثال لقواعد التمييز والتناسب والاحتياط لفائدة أي جرحى أو مرضى لا يزالون في المرفق الطبي أو وسيلة النقل الطبي.

من جهة أخرى، فإن استخدم القوة الفتاكة ضد أهداف طبية وعاملين في مجال الرعاية الصحية غير أولئك الذين تخصصهم السلطات المعنية لطرف النزاع للأغراض الطبية، يخضع أيضًا للقواعد العامة لسير الأعمال العدائية على نحو يحمي المدنيين والأهداف المدنية. ويعني ذلك أن مهاجمة هؤلاء غير مبرر إلا عندما يشاركون مباشرة في الأعمال العدائية، كما أن مهاجمة أهداف مخصصة للرعاية الصحية غير مبرر إلا عندما تتحول إلى أهداف عسكرية. وبشكل عام ينص القانون الدولي الإنساني على أنه كلما اقتضى الأمر استخدام القوة في نزاع مسلح ما لأداء مهمة معينة، يجب اتخاذ جميع الاحتياطات الممكنة للتأكد على وجه الخصوص من أن أهداف الهجوم هي أهداف عسكرية مشروعة. كما يجب اختيار وسائل وأساليب الهجوم على نحو لا يلحق ضررًا عرضيًا مفرطًا بالعاملين في مجال الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبي ومرافق الرعاية الصحية أو بالجرحى والمرضى.

وفي الحالات التي هي دون النزاعات المسلحة، لا يجوز للقوات العسكرية، عندما تضطلع بعمليات إنفاذ القانون، أن تلجأ إلى استخدام القوة إلا عندما تفشل جميع الوسائل الأخرى لتحقيق هدف مشروع ويكون استخدام القوة مبررًا بمدى أهمية هذا الهدف. وتُشجع القوات العسكرية بشدة على ممارسة ضبط النفس لدى استخدام القوة والأسلحة النارية والتصرف بما يتناسب مع خطورة الجرم ومشروعية الهدف المنشود.[19] ولا يُسمح لها إلا باستخدام القدر اللازم من القوة لتحقيق هدف مشروع.

وبشكل عام، من غير المحتمل أن يشكل المرضى والعاملون في مجال الرعاية الصحية تهديدًا وشيكًا يبرر استخدام القوة الفتاكة ضدهم. وحتى عندما يكون استخدام القوة مبررًا، يجب على موظفي إنفاذ القانون إصدار تحذير واضح بشأن عزمهم على استخدام الأسلحة النارية وإتاحة مدة زمنية كافية لأخذ هذا التحذير بالاعتبار، ما لم يعرّض ذلك ضابط الشرطة المعني أو أطراف أخرى إلى خطر الموت أو الإصابة البالغة.[20]

18 تشمل الأمثلة على الأفعال التي تضر بالعدو استخدام مرافق الرعاية الصحية مأوى للمقاتلين الأصحاء أو لتخزين الأسلحة أو الذخائر (باستثناء التخزين المؤقت للأسلحة والذخائر المسترجعة من الجرحى والمرضى إلى حين تسليمها للسلطات المختصة)، أو استخدامها كمواقع مراقبة عسكرية أو كحصن لتنفيذ عمل عسكري أو لنقل قوات أو أسلحة أو ذخائر أو لجمع المعلومات الاستخباراتية العسكرية أو نقلها، أو مشاركة العاملين في الرعاية الصحية مباشرة في الأعمال العدائية، على نحو ينتهك مبدأ الحياد التام ويتجاوز نطاق دورهم الإنساني، كأن يستخدموا مثلًا الأسلحة في مقاتلة أعدائهم ومقاومة الاعتقال؛

Jean-Marie HENCKAERTS and Louise DOSWALD-BECK, Customary International Humanitarian Law, Volume I: Rules, Cambridge University Press, 2005: Rules 25, 28, 29؛ المادة 19 (1) والمواد من 24 إلى 26 والمادة 35 من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمادتان 23 و36 من اتفاقية جنيف الثانية؛ المواد 18 و20 و21 من اتفاقية جنيف الرابعة؛ المواد 12 (1) و15 و21 من البروتوكول الإضافي الأول؛ المادتان 9 و11 (1) من البروتوكول الإضافي الثاني؛

Jean-Marie HENCKAERTS and Louise DOSWALD-BECK, op. cit.:commentary on Rule 29, pp. 85, 102.

19 المبدآن 4 و5 من مبادئ الأمم المتحدة الأساسية بشأن استخدام القوة والأسلحة النارية من جانب الموظفين المكلفين بإنفاذ القوانين.

20 المبدآن 9 و10 من مبادئ الأمم المتحدة الأساسية بشأن استخدام القوة والأسلحة النارية من جانب الموظفين المكلفين بإنفاذ القوانين.

4.3 التدابير العملية

يتعين إجراء موازنة دقيقة بين الميزة العسكرية المتوخى كسبها من مهاجمة أهداف عسكرية تقع بجوار مرافق للرعاية الصحية أو مهاجمة مرافق للرعاية الصحية لم تعد محمية وبين التبعات الإنسانية التي قد تنجم عن إلحاق ضرر عرضي بهذه المرافق أو تدميرها.

وللحد من الآثار المباشرة وغير المباشرة على تقديم الخدمات الطبية جراء مهاجمة هدف عسكري يقع بجوار مرفق للرعاية الصحية أو مرفق رعاية صحية لم يعد محميًا، قد تود القوات المسلحة أن تنظر في اعتماد التوصيات التالية وتنفيذها، كلما كان ذلك ممكنًا وكان تطبيقه مناسبًا ميدانيًا (نطاق السيطرة على الأرض والوصول إليها والقدرة على التنسيق مع أفراد الخدمات الطبية في الجوار مثلًا):

1. اتخاذ تدابير محددة لضمان الطابع الاستثنائي للهجوم على هدف عسكري يقع بجوار مرفق للرعاية الصحية أو مرفق رعاية صحية فقد الحماية المكفولة له.

ونظرًا لما يسببه الهجوم على هدف عسكري يقع بجوار مرفق للرعاية الصحية أو مرفق رعاية صحية فقد الحماية المكفولة له من آثار سلبية على توفير خدمات الرعاية الصحية (جراء انقطاع إمدادات المياه والكهرباء مثلًا)، يتعين تنظيم عمليات الهجوم هذه بشكل دقيق. وينبغي أن تضمن التدابير المتخذة في هذا الصدد الطابع الاستثنائي لهذه العمليات.

2. اتخاذ تدابير لتعزيز فهم ميدان العمليات في حالة الهجوم على هدف عسكري يقع على مقربة من مرفق للرعاية الصحية أو مرفق رعاية صحية فقد الحماية المكفولة له.

يتعين تقييم ميدان العمليات قبل تنفيذ أي عملية وبشكل منتظم أثناءها بغية تكييف التدابير الهادفة إلى توجيه تخطيط الهجوم وتنفيذه مع السياق المحدد الذي تُتخذ فيه، للحد من التبعات الإنسانية لهذه الإجراءات.

3. وضع تدابير للتنسيق مع المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية والسلطات المعنية بتقديم المساعدة في مجال الرعاية الصحية للجرحى والمرضى، من أجل الحد من آثار الهجوم على هدف عسكري يقع بجوار مرفق للرعاية الصحية أو مرفق رعاية صحية فقد الحماية المكفولة له.

يتعين التنسيق مع مقدمي الرعاية الصحية والمنظمات غير الحكومية ذات الصلة وغيرهما من الجهات المعنية بتقديم المساعدة في مجال الرعاية الصحية والتي تعمل داخل منطقة المسؤولية وخارجها، قبل تنفيذ عمليات الهجوم والحفاظ عليها أثناءها لتيسير عملية اتخاذ القرار أثناء تنفيذ الهجوم.

4. اتخاذ تدابير محددة لتوجيه تخطيط وتنفيذ الهجوم على هدف عسكري يقع على مقربة من مرفق للرعاية الصحية.

يتعين اعتماد تدابير لتوجيه تخطيط وتنفيذ الهجوم على هدف عسكري يقع على مقربة من مرفق للرعاية الصحية قبل تنفيذ العملية والحرص على تطبيق هذه التدابير أثناء تنفيذها، للحد من التبعات الإنسانية الممكنة للهجمات المباشرة أو غير المباشرة.

5. اتخاذ تدابير محددة لتوجيه تخطيط وتنفيذ الهجوم على مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له.

يتعين اعتماد تدابير لتوجيه تخطيط وتنفيذ الهجوم على مرفق رعاية صحية فقد الحماية المكفولة له، قبل تنفيذ العملية والحرص على تطبيق هذه التدابير أثناء تنفيذها للحد من التبعات الإنسانية الممكنة للهجمات المباشرة أو غير المباشرة.

Didier Revol/ICRC

6. المراجع

اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر، دراسة للحالة في ستة عشر بلدًا، اللجنة الدولية، جنيف، أغسطس/آب 2011، إصدار متاح على الرابط التالي:

https://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/report-hcid-16-country-study-2011-08-10.pdf

اللجنة الدولية للصليب الأحمر، المؤتمر الدولي الحادي والثلاثون، 2011: القرار 5 – الرعاية الصحية في خطر، 28 نوفمبر/تشرين الثاني– 1 ديسمبر/كانون الأول 2011، متاح على الرابط التالي:

https://www.icrc.org/ara/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm

(آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/تموز 2014)

اللجنة الدولية للصليب الأحمر، احترام الرعاية الصحية وحمايتها في النزاعات المسلحة وفي الحالات التي لا يشملها القانون الدولي الإنساني، موجز وقائع، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، مارس/آذار 2012، وثيقة متاحة على الرابط التالي:

https://www.icrc.org/ara/assets/files/2012/health-care-law-factsheet-icrc-ara.pdf

(آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/تموز 2014)

اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: مسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يعملون في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، أغسطس/آب 2012، إصدار متاح على الرابط التالي:

https://www.icrc.org/ara/resources/documents/publication/p4196.htm

(آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/تموز 2014)

اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: حوادث العنف التي تتضرر منها الرعاية الصحية، يناير/كانون الثاني إلى ديسمبر/كانون الأول 2012، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، مايو/أيار 2013، إصدار متاح على الرابط:

http://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4050-002_violent-incidents-report_en_final.pdf

(آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/تموز 2014)

اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: خدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى في حالات الخطر، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، نوفمبر/تشرين الثاني 2013، إصدار متاح على الرابط التالي:

https://www.icrc.org/ara/assets/files/publications/icrc-002-4173.pdf

(آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/تموز 2014).

اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: حوادث العنف التي تتضرر منها الرعاية الصحية، يناير/كانون الثاني 2012 إلى ديسمبر/كانون الأول 2013، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، أبريل/نيسان 2014، إصدار متاح على الرابط التالي:

https://www.icrc.org/ara/resources/documents/publication/p4196.htm

(آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/تموز 2014)

Lt. Orlando Lima Santos/Brazilian Army

7. المرفقات

المرفق 1 – موجز التدابير العملية

أعدّت اللجنة الدولية للصليب الأحمر هذا الموجز ليتوّج عملية التشاور مع القوات المسلحة التابعة للدول. ويعرض الموجز مجموعة من التدابير العملية التي أعدت كي تنظر فيها القوات المسلحة التابعة للدول بغية تخفيف أثر العمليات العسكرية على الوصول الآمن إلى خدمات الرعاية الصحية وتوفيرها. ويمكن اعتماد هذه التدابير وتطبيقها في التخطيط للعمليات العسكرية وفي تنفيذها، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا. وليس في هذا النص ما يمكن اعتباره امتدادًا لأي تعريف أو أي واجب يرد في القانون الدولي الإنساني أو أي نص قانوني آخر.

وأثناء صياغة التدابير العملية، استنادًا إلى الخبرات الميدانية وبما يتسق مع التدابير المقترحة الأخرى، أُدرج عاملان لم يرد ذكرهما أثناء المشاورات الثنائية وحلقة العمل. فأولًا، أضيف في مجال التركيز الأول، أي عمليات الإخلاء البري، تدبير يرمي إلى تنظيم الاستثناءات لعمليات الإخلاء الطبية في حالات منع التجول. وثانيًا، بدا أن العديد من تدابير التنسيق التي حُددت لمجال التركيز الأول، أي عمليات الإخلاء البري، ومجال التركيز الثاني، أي عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية، قد تكون ذات صلة أيضًا بمجال التركيز الثالث، أي الاحتياطات المتخذة أثناء عمليات الهجوم.

وتُنظّم التدابير المطروحة للدراسة على النحو التالي:

1.1 **الإخلاء البري**: تدابير تهدف إلى الحدّ من التأخير أو رفض عبور المركبات الطبية، وهي عوامل تؤثر على الإخلاء البري للمرضى والجرحى، لا سيما خلال عمليات التفتيش عند نقاط التفتيش؛

2.1 **عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية**: تدابير ترمي إلى الحدّ من الأثر السلبي لعمليات التفتيش العسكري في المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية؛

3.1 **الاحتياطات المتخذة أثناء عمليات الهجوم (الهجوم والدفاع)**: تدابير تهدف إلى الحدّ من الأذى المُلحق بالعاملين في مجال الرعاية الصحية ووسائل نقلها ومرافقها أو بالمرضى بسبب نشر أهداف عسكرية داخل مرافق الرعاية الصحية أو على مقربة منها، أو لدى مهاجمة أهداف العدو العسكرية الواقعة داخل مرافق الرعاية الصحية أو على مقربة منها.

1.1 الإخلاء البري

قد تتطلب الحاجة إلى السيطرة على أرض ما نصب نقاط تفتيش. ونقاط التفتيش تسبب من حيث تعريفها تأخيرًا لجميع المركبات التي تمر عبرها، بما فيها تلك التي تخلي الجرحى أو المرضى. وقد تكون عمليات الإخلاء هذه رسمية (أي مرخصة بوضوح من الدولة أو من سلطات مختصة أخرى) أو غير رسمية (أي مركبة تنقل جرحى ومرضى في حالة طوارئ). ويتعين تحقيق التوازن بين مقتضيات الأمن وضرورة وصول المرضى إلى مرافق الرعاية الصحية بأسرع وقت ممكن. وينبغي تقليص الآثار السلبية للمراقبة (التوقيف والتفتيش) على مركبات الإخلاء الطبي من خلال نوعين رئيسين من التدابير، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا:

1.1.1 تدابير تعزيز فهم ميدان العمليات؛

2.1.1 تدابير التنسيق مع المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية والسلطات المعنية؛

3.1.1 تدابير تحديد الأولويات عند نقاط التفتيش؛

4.1.1 تدابير خاصة في حال رفض العبور.

1.1.1 تدابير تعزيز فهم ميدان العمليات للحدّ من تأخير الإخلاء الطبي عند نقاط التفتيش

يتعين رسم خريطة تُحدّد مواقع مقدمي الرعاية الصحية، والمنظمات غير الحكومية المعنية والجهات الأخرى التي تعمل على إخلاء الجرحى والمرضى، قبل أية عمليات عسكرية وبصورة منتظمة خلالها، حرصًا على تكييف التدابير الهادفة إلى الحد من حالات التأخير وتداعياتها الإنسانية مع السياق الذي تُتخذ فيه، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا.

1. تحديد خريطة مواقع مرافق الرعاية الصحية الرسمية وغير الرسمية وتحديثها بانتظام، وتقييم أهميتها وقدرتها على توفير خدمات الرعاية الصحية في المنطقة الواقعة داخل نطاق مسؤوليتها وفي جوارها (كالتحليل وفقًا لمختلف أنواع مرافق الرعاية الصحية: المستشفيات، العيادات، مراكز الرعاية الصحية الأولية، مراكز الاسعاف الأولي، الخ.)؛
2. تحديد خريطة مواقع مختلف أشكال الهيئات المقدمة للرعاية الصحية (الرسمية وغير الرسمية) ومركباتها العاملة داخل نطاق مسؤوليتها وخارجها (مثل سيارات الاسعاف والمركبات المدنية التي لا تحمل علامات) وتحديث هذه الخريطة بانتظام؛
3. تحديد النُظم المعتمدة أو المعترف بها رسميًا للتعرّف على المركبات (مثل أنواع المركبات، والعلامات، والتعقّب الالكتروني) والتعرّف على الموظفين (مثل أوراق الهوية، البزّات)؛
4. تحديد وجود أية منصة تنسيق لخدمات الطوارئ وتقييم عملها، وتحديث المعلومات الخاصة بها بانتظام.

2.1.1 تدابير التنسيق مع المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية والسلطات المعنية لتوفير إخلاء الجرحى والمرضى للحدّ من تأخير عمليات الإخلاء عند نقاط التفتيش

يتعين التنسيق مع مقدمي الرعاية الصحية والمنظمات غير الحكومية ذات الصلة وغيرهما من الجهات المعنية بعمليات الإخلاء الطبي العاملة في المنطقة المعنية وخارجها قبل العمليات وأثناءها والحفاظ على هذا التنسيق طيلة الوقت، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا. ويتعين إشراك قادة المجتمع المحلي أو غيرهم من السلطات المعنية، في هذا التنسيق، إذ ليست بالضرورة وسائل النقل الطبي الرسمية أو موظفو الرعاية الصحية الرسميون وحدهم الذين يقومون بمهام إخلاء المرضى والجرحى.

1. المشاركة في أية منصة قائمة للتنسيق في حالات الطوارئ. وإن تعذّر ذلك أو لم توجد منصة من هذا القبيل، السعي إلى إنشائها؛
2. الاتفاق على تدابير وإجراءات التنسيق مع مقدمي الرعاية الصحية كحدٍ أدنى. والاتفاق على هذه التدابير مع القوى المعارضة أيضًا، إن تسنى ذلك؛
3. تعيين موظف اتصال ميداني يتولى تقديم معلومات محدّثة لمقدمي الرعاية الصحية عن حالة الطرقات؛
4. تخصيص تردد إذاعي يختار مسبقًا أو أية وسيلة اتصال أخرى لتسهيل التفاعل بين موظفي الرعاية الصحية والعسكريين؛
5. الاتفاق على وسائل التعريف التي يستخدمها العاملون في مجال الرعاية الصحية، وإبرازها عند الوصول إلى نقاط التفتيش، والعلامات (مثل الشارات ولوحات المركبات) أو غيرها من وسائل التعريف المرئي (مثل الضوء الازرق والأعلام والأضواء الأخرى)، أو أية وسيلة تعريف أخرى (مثل الصفّارة) التي تستخدمها مركبات الرعاية الصحية)؛
6. الاتفاق على التفاعل أو السلوك المناسب الواجب اتباعه بين العاملين في مجال الرعاية الصحية والعسكريين؛
7. وضع إجراءات واضحة لإبلاغ العسكريين بهوية العاملين في مجال الرعاية الصحية والمركبات المستخدمة في عمليات النقل المخطط لها (مثل لوحات المركبات، وأوراق الهوية، والتواريخ والطرقات التي ستسلكها المركبات)؛
8. وضع إجراءات واضحة لإبلاغ العسكريين بهوية العاملين في مجال الرعاية الصحية والمركبات المستخدمة في عمليات النقل في حالات الطوارئ؛
9. تعيين موظف يتولى التحديث المنتظم للعبر المستخلصة من عمليات التنسيق بين العسكريين ومقدمي الرعاية الصحية أو من الحوادث الناجمة عن نقص عمليات التنسيق هذه؛
10. الاتفاق على جدول منتظم لتحركات المركبات الطبية الروتينية، لتجنب المرور في الساعات الأكثر اكتظاظًا على نقاط التفتيش (لنقل المرضى المحتاجين لغسيل الكلى على سبيل المثال).

3.1.1 تدابير تحديد الأولويات عند نقاط التفتيش للحد من حالات تأخير عمليات الإخلاء الطبي

يتعين تحديد التدابير اللازمة لتنظيم نقاط التفتيش مسبقًا وإدراجها في التدريب المقدم للقوات المسلحة قبل العمليات، ومن ثم تنفيذها بشكل متسق في الميدان للحد من التبعات الإنسانية التي قد تنجم عن هذه الإجراءات، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا.

1. العمل قبل بدء العمليات أو الانتشار، على تحديد إجراءات التشغيل الموّحدة وأوامر العمليات و/أو الوثائق الأخرى ذات الصلة لنقاط التفتيش، على أن تتناسب مع العملية والسياق المحددين بهدف تقليص حالات التأخير؛
2. تحديد خط سريع إن كان يتلاءم مع الظروف (كالاعتبارات الأمنية، والجغرافيا والمسافات ووقت محدد من اليوم أو حجم العمل على نقطة التفتيش)؛
3. إتاحة التعرّف الواضح على الخط السريع، كلما تسنى ذلك، قبل مسافة كبيرة من نقطة التفتيش للسماح لسيارات الرعاية الصحية بتفادي الانتظار؛
4. حين لا يتوفر خط سريع، الإشارة بوضوح، حسبما ما هو ملائم، إلى إمكانية عبور مركبات الرعاية الصحية إلى بداية صف المركبات ومنحها الأولوية؛
5. التأكد من إبلاغ نقاط التفتيش المعنية سريعًا باقتراب وصول مركبات الرعاية الصحية الرسمية؛
6. ضمان التواصل بين مختلف نقاط التفتيش، كلما تسنى ذلك، بحيث يمكن لكل منها إنذار الأخرى بمرور مركبات الرعاية الصحية؛
7. ضمان وضع قادة نقاط التفتيش لنظام إبلاغ وتحديثه بانتظام لتعّقب الحوادث التي يتعرّض لها العسكريون ومقدمو الرعاية الصحية أو مركباتهم، للبناء على العبر المستخلصة؛
8. نشر قوات أو موارد كافية لتشغيل نقاط التفتيش بفعاَلية (لإعطاء الأولوية لوسائل النقل الخاصة بالرعاية الصحية مثلاً)؛
9. تدريب العاملين على نقاط التفتيش على الحدّ من طول مدة التعرّف على العاملين في مجال الرعاية الصحية ومركباتها إلى حد الأدنى؛
10. تدريب العاملين على نقاط التفتيش على تحديد أولوية مرور المركبات غير الرسمية أو التي لم يتم التعرّف عليها (كوالد ينقل فردًا من عائلته بسيارته الخاصة)؛
11. الاستناد إلى خصائص المهمة والعبر المستخلصة لتدريب العسكريين الذين يمكن أن يتولوا مهام مراقبة على نقاط التفتيش، إن كان قبل الانتشاَر أو خلال العمليات، لوضع إجراءات تشغيل موحّدة وأوامر عمليات و/أو الوثائق الأخرى ذات الصلة تكفل أولوية المرور لمركبات الرعاية الصحية.

4.1.1 التدابير الخاصة الرامية إلى الحد من أثر رفض عبور نقطة تفتيش لضرورات عسكرية قاهرة على عمليات الإخلاء الطبي

يشكل منع العبور لغرض الإخلاء الطبي إجراء شديدًا قد يُخلّف آثارًا خطرة على حياة أو صحة الجرحى والمرضى. لذا ينبغي أن لا يُتخذ هذا الإجراء إلا في حالات الضرورة العسكرية القصوى وأن يظل إجراء استثنائيًا. وينبغي اعتماد التدابير اللازمة قبل بدء العمليات والحفاظ عليها طيلة الوقت للحد من الأثر السلبي لهذا القرار، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا.

1. تنظيم مستوى السلطة والظروف الاستثنائية التي يمكن على أساسها اتخاذ قرار منع عبور نقاط التفتيش في إطار إجراءات التشغيل الموحدة وأوامر العمليات و/أو الوثائق الأخرى ذات الصلة؛
2. ضمان إبلاغ مقدمي الرعاية الصحية الرسميين بالطرق الأخرى التي يمكن سلوكها؛
3. ضمان إبلاغ مقدمي الرعاية الصحية غير الرسميين العالقين على نقاط التفتيش المغلقة بطرق العبور البديلة؛
4. تنظيم الاستثناءات المتعلقة بالإخلاء الطبي في حال منع التجول؛
5. تعيين موظف يتولى الإحالة المستمرة للعبر المستخلصة من عمليات التنسيق بين العسكريين ومقدمي الرعاية الصحية وتحديثها، أو للحوادث الناجمةَ عن نقص هذا التنسيق.

2.1 عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية

قد تقتضي الضرورة العسكرية إجراء عمليات تفتيش في مرافق الرعاية الصحية واستجواب أشخاص وتفتيشهم (سواء أكانوا مرضى أم زائرين أم أشخاصًا عاملين في مجال الرعاية الصحية)، وقد تقتضي في ظروف معينة احتجاز أفراد أو توقيفهم. وقد تعرقل هذه العمليات سير مرافق الرعاية الصحية الاعتيادي ويتعين بالتالي أن تُتخذ بصورة استثنائية بعد بذل جهود منسقة للتوصل إلى التوازن اللازم بين الميزة العسكرية المتوخاة من هذا الإجراء وآثاره على الصعيد الإنساني.

وينبغي الحد من الآثار السلبية لعمليات التفتيش في المرافق الصحية بفضل أربعة أشكال رئيسية من التدابير، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا:

1.2.1 تدابير محددة لضمان الطابع الاستثنائي لعمليات تفتيش مرافق الرعاية الصحية وأخذ أشخاص منها؛
2.2.1 تدابير لتعزيز فهم ميدان العمليات؛
3.2.1 تدابير التنسيق مع المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية والسلطات المعنية؛
4.2.1 تدابير تنظيم سلوك العسكريين أثناء القيام بعملية تفتيش في مرفق معين للرعاية الصحية.

1.2.1 تدابير محددة لضمان الطابع الاستثنائي لعمليات تفتيش مرافق الرعاية الصحية وأخذ أشخاص منها، بغية الحد من آثار هذه العمليات على المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية

ينبغي قياس التوازن الضروري بين الميزة العسكرية المتوخاة من عملية تفتيش داخل مرفق للرعاية الصحية أو أخذ مريض منه والتبعات الإنسانية لمثل هذا الفعل. وينبغي اتخاذ تدابير تكفل الطابع الاستثنائي لمثل هذه القرارات، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا.

1. النظر في البدائل عن عمليات التفتيش العسكرية في مرفق الرعاية الصحية (اللجوء للشرطة المدنية مثلًا)؛
2. تنظيم مستوى السلطة والظروف الاستثنائية التي يمكن على أساسها اتخاذ قرار بتفتيش مرفق معيّن للرعاية الصحية، في إطار إجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات و/أو الوثائق الأخرى ذات الصلة؛
3. تحديد عملية التصريح بإجراء عمليات تفتيش في مرفق محدد للرعاية الصحية والوثائق المطلوبة (كمبرر الضرورة العسكرية والميزة العسكرية المرتقبة) في إجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات و/أو الوثائق الأخرى ذات الصلة؛
4. تحديد مستوى السلطة التي يمكن بموجبها، وفي ظروف استثنائية، إخراج شخص من مرفق للرعاية الصحية (لينقل مثلًا إلى مرفق احتجاز)، في إجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات و/أو الوثائق الأخرى ذات الصلة؛
5. اتخاذ التدابير الضرورية بموجب القانون العسكري (كالقانون الجزائي والقانون التأديبي) لضمان ألا تُصدر القيادة المعنية باتخاذ القرارات وإجراء عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية أوامر بإجراء عمليات تفتيش بأسلوب قد يؤدي إلى إعاقة غير مبررة لتوفير الرعاية الصحية في هذه المرافق، أو إلى منعها، ولا أن تُخفق في اتخاذ تدابير قابلة للتنفيذ ضمن إطار سلطتها لمنع أعمال التفتيش التي يُنفذها مأموريها بطريقة كهذه، أو قمعها، حين يأخذون علمًا أو يُفترض أنهم قد أخذوا علمًا بسلوك من هذا القبيل؛
6. تنظيم تدابير الإشراف التي ينبغي أن تتخذها السلطة المانحة للتصريح (مثل التواصل أو التحقيق في حال وقوع حادث، في إجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات و/أو الوثائق الأخرى ذات الصلة؛
7. تنظيم إجراء رفع التقارير التي ينبغي أن يضطلع به الضابط المسؤول عن عملية التفتيش في مرفق محدد للرعاية الصحية (مثل التوقيت والمعلومات المدرجة) في إجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات الوثائق الأخرى ذات الصلة؛
8. تعيين موظف يتولى العمل بانتظام على استخلاص العبر من إجراءات التنسيق بين العسكريين ومقدمي الرعاية الصحية أو من الحوادث الناجمة عن نقص هذا التنسيق، وتحديث المعلومات المرتبطة بها.

2.2.1 تدابير لتعزيز فهم ميدان العمليات بغية الحد من آثار عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية على المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية

يتعين تقييم ميدان العمليات قبل إجراء أي عمليات تفتيش وبشكل منتظم أثناءها بغية تكييف التدابير الهادفة إلى تنظيم سلوك العسكريين أثناء عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية مع السياق المحدد الذي تُتخذ فيه، والحد من آثار هذه العمليات على المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا.

1. إشراك الموظفين الطبيين العسكريين والمستشارين القانونيين والثقافيين (حيث يكون ذلك متاحًا) في التخطيط لعمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية، وتنفيذها؛
2. تجنب الاستفزاز المحتمل للحساسيات الدينية والجنسية والثقافية، قدر المستطاع، في التخطيط لعمليات التفتيش في مرفق معيّن من مرافق الرعاية الصحية، وتنفيذها (خلال استجواب الموظفين او المرضى مثلاً أو عند المرور في أجنحة مخصصة لجنس معيّن أو عند دخولها)؛
3. اختيار الوقت الأنسب للتفتيش (كتنفيذ العمليات في النهار أو في الليل)؛
4. إشراك موظفي الصحافة والإعلام في التخطيط لعمليات التفتيش في مرفق معيّن من مرافق الرعاية الصحية لأجل إدارة أفضل للجوانب المتعلقة بالتغطية الإعلامية (كالحد من التداعيات السلبية المحتملة على مرفق الرعاية الصحية والعسكريين على حد سواء).

3.2.1 تدابير التنسيق مع المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية والسلطات المعنية بتقديم المساعدة في مجال الرعاية الصحية للجرحى والمرضى، من أجل الحد من آثار عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية

يتعين التنسيق مع مقدمي الرعاية الصحية والمنظمات غير الحكومية المعنية وغيرهما من الجهات المعنية بتقديم المساعدة في مجال الرعاية الصحية والتي تعمل داخل منطقة المسؤولية وخارجها، قبل إجراء عمليات التفتيش والحفاظ عليها أثناءها، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا، لأن من شأن علاقة منسوجة مسبقًا أن تيسّر عمليات التفتيش وتحد من سوء الفهم.

1. المشاركة في أية منصة قائمة للتنسيق في حالات الطوارئ لتسهيل عمليات التفتيش المحتملة في مرفق معّين من مرافق الرعاية الصحية وتنسيقها. وإن تعذّر ذلك أو لم توجد منصة من هذا القبيل، النظر في إمكانية إنشائها؛
2. الاتفاق على تدابير وإجراءات التنسيق مع مقدمي الرعاية الصحية والسلطات المعنية؛ وتحديد الإجراءات العامة الواجب اتباعها في حالات التفتيش، كحد أدنى (كالتوقيت، وتسليم إبلاغ ملائم)؛
3. تحديد متطلبات التواصل مع السلطات المعنيةً بالرعاية الصحية والجهات المقدمة لها، وإبلاغها و/أو التشاور معها؛
4. ضمان مشاركة الموظفين الطبيين العسكرين في التفاعل مع موظفي الرعاية الصحية المدنيين تمهيدًا لعمليات تفتيش محتملة في مرفق معيّن من مرافق الرعاية الصحية؛
5. تبادل وجمع المعلومات عن انتشار الأمراض المعدية والأخطار الأخرى المرتبطة بالصحة في مرافق الرعاية الصحية داخل منطقة المسؤولية؛
6. تعيين موظف يتولى التحديث المنتظم للعبر المستخلصة من عمليات التنسيق بين العسكريين ومقدمي الرعاية الصحية أو من الحوادث الناجمة عن نقص عمليات التنسيق هذه.

4.2.1 تدابير تنظيم سلوك العسكريين أثناء القيام بعملية تفتيش في مرفق معين للرعاية الصحية

يتعين تحديد التدابير اللازمة لتنظيم عمليات التفتيش في مرفق معين للرعاية الصحية قبل القيام بها، وإدراجها في التدريب اللازم قبل تنفيذ العمليات وتنفيذها من ثم بشكل متسق ميدانيًا، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا، للحد من التبعات الإنسانية الممكنة لهذه الإجراءات.

1. صياغة إجراءات التشغيل الموحدة وأوامر العمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة، قبل بدء العمليات أو الانتشار، لضمان أدنى انقطاع ممكن للخدمات الطبية التي يقدمها مرفق الرعاية الصحية الذي تجري فيه عمليات التفتيش؛
2. التأكد من أن إجراءات التشغيل الموحدة وأوامر العمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة تتضمن قائمة مرجعية بالمبادئ التوجيهية الواجب اتباعها خلال عمليات التفتيش في مرفق محدد من مرافق الرعاية الصحية؛
3. توفير توجيهات في إجراءات التشغيل الموحدة وأوامر العمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة بشأن طبيعة الأسئلة التي يمكن أن يطرحها العاملون في مجال الرعاية الصحية والمرضى عن مسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية الأخلاقية والقانونية حيال المرضى والواجب القانوني الذي يقضي بالسماح للمرضى بتلقي العلاج الطبي من دون أي تدخل غير مبرر، ونطاق هذه الأسئلة؛
4. توفير توجيهات في إجراءات التشغيل الموحدة وأوامر العمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة لجميع العسكريين المعنيين بشأن الاحترام الواجب للمرضى وخصوصيتهم (من حيث الاعتبارات الطبية أو الثقافية أو الجنسانية أو الدينية، على سبيل المثال)؛

5. توفير توجيهات في إجراءات التشغيل الموحدة وأوامر العمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة عن تفاعل العسكريين الطبيين مع موظفي الرعاية الصحية والمرضى؛
6. توفير توجيهات في إجراءات التشغيل الموحدة وأوامر العمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة بشأن الظروف والشروط التي يمكن في ظلها أخذ أفراد من مرافق الرعاية الصحية (لينقلوا مثلاً إلى مرفق احتجاز) لضمان الوفاء بالالتزامات القانونية المتعلقة بتقديم الرعاية الصحية وأخذ الآراء الطبية في الاعتبار عند اتخاذ قرار بالإخراج وتنفيذه (المعالجة وفق إجراءات التشغيل الموحدة المتبعة في الاحتجاز)؛
7. توفير توجيهات في إجراءات التشغيل الموحدة وأوامر العمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة بشأن الظروف المحددة التي يُسمح في ظلها جمع بيانات بيومترية من المرضى خلال عمليات التفتيش وكيفية القيام بذلك؛
8. توفير توجيهات في إجراءات التشغيل الموحدة وأوامر العمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة بشأن الإجراءات المتعلقة بالتجهيزات الشخصية (مثل حمل الأسلحة والسترات الواقية والخوذ)، وفق الظروف السائدة؛
9. توفير توجيهات في إجراءات التشغيل الموحدة وأوامر العمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة بشأن الظروف والشروط التي يمكن في ظلها اللجوء إلى العنف في مرفق الرعاية الصحية؛
10. توفير توجيهات بشأن الاحتياطات التي يتوجب على القوات العسكرية والعاملين في مجال الرعاية الصحية والمرضى اتخاذها لحماية أنفسهم من الأمراض المعدية؛
11. نشر قوات أو موارد كافية لإجراء عمليات التفتيش والتأكد من أن وحدات التفتيش تتضمن عسكريين طبيين أو عسكريات حسب الظروف (كالظروف الثقافية أو الجنسانية مثلاً)؛
12. تدريب العسكريين (بمن فيهم العسكريون الطبيون) الذين يفترض أن يجروا عمليات التفتيش في مرافق الرعاية الصحية، قبل الانتشار وفي الميدان، للتأكد من أنهم ملمّون بإجراءات التشغيل الموحدة وأوامر العمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة، بما يكفل أدنى انقطاع ممكن للخدمات خلال عمليات التفتيش، وأنهم مدرّبون لتنفيذها.

3.1 الاحتياطات المتخذة أثناء عمليات الهجوم (الهجوم والدفاع)

يتعين كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا قياس الميزة العسكرية المتوخاة من الهجوم على هدف عسكري داخل مرافق الرعاية الصحية أو مرافق الرعاية الصحية التي فقدت الحماية المكفولة لها، مقارنة بالتبعات الإنسانية التي يتوقع أن تنجم عن الضرر أو الدمار اللذين يصيبا هذه المرافق.

وينبغي الحد إلى أدنى درجة من الأثر المباشر وغير المباشر للهجوم على هدف عسكري داخل مرفق للرعاية الصحية أو مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة لها، على توفير الخدمات الطبية، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا، من خلال التدابير التالية:

1.3.1 تدابير محددة لضمان الطابع الاستثنائي لأي هجوم على هدف عسكري داخل مرفق للرعاية الصحية أو مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له؛
2.3.1 تدابير لتعزيز فهم ميدان العمليات؛
3.3.1 تدابير تنسيق مع المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية والسلطات المعنية؛
4.3.1 تدابير محددة لتوجيه عملية التخطيط لهجوم على هدف عسكري داخل مرفق للرعاية الصحية، وتنفيذه؛
5.3.1 تدابير محددة لتوجيه عملية التخطيط لهجوم على مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له، وتنفيذه.

1.3.1 تدابير محددة لضمان الطابع الاستثنائي لأي هجوم على هدف عسكري داخل مرفق للرعاية الصحية أو مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له

يتعين تنظيم عمليات الهجوم على هدف عسكري قرب مرفق للرعاية الصحية أو في مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له تنظيمًا صارمًا، نظرًا إلى الآثار السلبية التي يمكن أن يتركها الهجوم على تقديم الرعاية الصحية. وينبغي أن تكفل التدابير الطابع الاستثنائي لمثل هذه الهجمات، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا.

1. قياس أثر الهجوم على تقديم الرعاية الصحية مقارنة بالمهمة والوضع النهائي كما حددهما قائد العملية. وبناءً على ذلك، ينبغي اللجوء إلى الضربات الحركية كتدبير الملاذ الأخير، وإجراء تقييم للتهديد والنظر في خيارات غير خيار شن الهجوم؛
   - احتواء التهديد من خلال تطويق المنطقة التي يقع فيها مرفق الرعاية الصحية، على سبيل المثال؛
   - التوصل إلى اتفاق مع الطرف المحارب الآخر لمغادرة مرفق الرعاية الصحية أو الاستسلام؛
   - التوصل إلى اتفاق مع الطرف المحارب الآخر لإخلاء العاملين في مجال الرعاية الصحية والمرضى (حين يكون المرفق صغيرًا وشرط أن يكون نقل المرضى ممكنًا)؛

– اللجوء إلى طرف ثالث، كالسلطات المحلية الرسمية أو غير الرسمية (كمشايخ المجتمعات)، لإقناع الطرف المحارب الآخر بترك المنطقة المحيطة بالمرفق أو الاستسلام.

2. تحديد مستوى السلطة والظروف (كمقتضى الضرورة التي تثبتها الوقائع في الميدان) التي يمكن في ظلها اتخاذ قرار بضرب هدف عسكري في مرفق للرعاية الصحية أو في مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له، في إجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات و/أو الوثائق الأخرى ذات الصلة؛
3. تحديد عملية الموافقة على طلب ضرب هدف عسكري في مرفق للرعاية الصحية أو في مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له (كدليل على الضرورة العسكرية أو الميزة العسكرية المرتقبة أو الأضرار العرضية المتوقعة في مرفق الرعاية الصحية)، في إجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات و/أو الوثائق الأخرى ذات الصلة؛
4. اعتماد الأحكام الضرورية لإتاحة إمكانية مساءلة القادة العسكريين المعنيين باتخاذ قرار الهجوم على هدف عسكري في مرفق للرعاية الصحية أو في مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له، وطريقة تنفيذ هذا الهجوم (السلطة المُصرِّحة أو الضابط المسؤول عن الهجوم)، عن دورهم في هذه العمليات بموجب القانون العسكري؛
5. تنظيم تدابير الإشراف التي ينبغي أن تتخذها السلطة المُصرِّحة (مثل التواصل أو التحقيق في حال وقوع حادث)، في إجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات وغيرها من الوثائق ذات الصلة؛
6. تنظيم إجراء رفع التقارير التي ينبغي أن يضطلع بها الضابط المسؤول عن عملية الهجوم على هدف عسكري في مرفق للرعاية الصحية أو في مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له (مثل التوقيت وتقييم أضرار المعركة) داخل إجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات و/أو الوثائق الأخرى ذات الصلة؛
7. تعيين موظف يتولى العمل بانتظام على استخلاص العِبر من إجراءات التنسيق بين العسكريين ومقدمي الرعاية الصحية أو من الحوادث الناجمة عن نقص هذا التنسيق، وتحديث المعلومات المرتبطة بها.

2.3.1 تدابير لتعزيز فهم ميدان العمليات في حال الهجوم على هدف عسكري في مرفق للرعاية الصحية أو في مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له

يتعين، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا، تقييم ميدان العمليات قبل تنفيذ أي عملية وبشكل منتظم أثناءها بغية تكييف التدابير الهادفة إلى توجيه تخطيط الهجوم وتنفيذه مع السياق المحدد الذي تُتخذ فيه، للحد من التبعات الإنسانية لهذه الإجراءات.

1. تحديد خريطة مواقع مرافق الرعاية الصحية الرسمية وغير الرسمية وتحديثها بانتظام، وتقييم أهميتها وقدرتها على توفير خدمات الرعاية الصحية في المنطقة الواقعة ضمن نطاق مسؤوليتها وفي جوارها (كالتحليل وفقًا لمختلف أنواع مرافق الرعاية الصحية: المستشفيات، العيادات، مراكز الرعاية الصحية الأولية، مراكز الاسعاف الأولي، ...الخ)؛
2. قياس قرب مرافق الرعاية الصحية من الأهداف العسكرية (المرافق التابعة للطرف المعني وتلك التابعة للعدو على حد سواء) وتقييم الضرر المباشر المحتمل بناءً على الذخائر المتوفرة؛
3. تقييم الآثار المحتملة غير المباشرة للهجمات المخططة على أهداف عسكرية، على تقديم الرعاية الصحية، وخاصة انقطاع المستلزمات الأساسية (مثل الكهرباء والماء واللوازم اللوجستية) ووصول المرضى وعائلاتهم؛
4. رسم خريطة المناطق المحظور استهدافها أو المناطق الحساسة وتحديثها بانتظام من خلال تحديد موقع جميع مرافق الرعاية الصحية والخدمات الأساسية التي تعتمد عليها.

3.3.1 تدابير التنسيق مع المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية والسلطات المعنية بتقديم المساعدة في مجال الرعاية الصحية للجرحى والمرضى، من أجل الحد من آثار الهجوم على هدف عسكري يقع على مقربة من مرفق للرعاية الصحية أو مرفق رعاية صحية فقد الحماية المكفولة له

يتعين التنسيق مع مقدمي الرعاية الصحية والمنظمات غير الحكومية ذات الصلة وغيرهما من الجهات المعنية بتقديم المساعدة في مجال الرعاية الصحية والتي تعمل داخل منطقة المسؤولية وخارجها، كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا، قبل تنفيذ عمليات الهجوم والحفاظ عليها أثناءها لتيسير عملية اتخاذ القرار أثناء تنفيذ الهجوم.

1. المشاركة في أية منصة قائمة للتنسيق في حالات الطوارئ. وإن تعذّر ذلك أو لم توجد منصة من هذا القبيل، السعي إلى إنشائها؛
2. التواصل مع السلطات المعنية بالرعاية الصحية والجهات المقدمة لها من أجل:
   – فهم الدور الذي يؤديه كل مرفق في الإطار الأوسع نطاقًا لنظام الرعاية الصحية، فهمًا تامًا. ينبغي أن يتوفر فهم واضح للبنى التحتية الطبية الداعمة، إن وجدت؛

- اكتساب فهم دقيق لطريقة عمل طرق تأمين الإمدادات (للأدوية والمياه والكهرباء والمواد الغذائية، على سبيل المثال) ونُظم دعمها؛
- تحديد الطرق البديلة لتأمين الإمدادات (كالأدوية والمياه والكهرباء والمواد الغذائية، على سبيل المثال)

3. إعلام الجهات المقدمة للرعاية الصحية باستمرار بما يمكن أن يقود إلى فقدان الحماية أو يشكل فقدانًا للحماية.

4.3.1 تدابير محددة لتوجيه عملية التخطيط لهجوم على هدف عسكري داخل مرفق للرعاية الصحية، وتنفيذه

يتعين كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا اعتماد تدابير لتوجيه تخطيط وتنفيذ الهجوم على مرفق للرعاية الصحية قبل تنفيذ العملية والحرص على تطبيق هذه التدابير أثناء تنفيذها للحد من التبعات الإنسانية الممكنة للهجمات المباشرة أو غير المباشرة.

1. تحديد الظروف والشروط التي يمكن في ظلها تنفيذ هجوم على هدف عسكري داخل مرفق للرعاية الصحية، في إجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة؛
2. تحديد عملية التصريح بتنفيذ هجوم على هدف عسكري داخل مرفق للرعاية الصحية والمعلومات المطلوبة المرتبطة بهذا الهجوم (كدليل الضرورة العسكرية أو الميزة العسكرية المرتقبة أو الأضرار العرضية المتوقعة في مرفق الرعاية الصحية)، في إجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات و/أو الوثائق الأخرى ذات الصلة؛
3. توفير توجيهات في شكل إجراءات تشغيل الموحّدة وأوامر عمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة خاصة بالهجوم على هدف عسكري داخل مرفق للرعاية الصحية، تُصاغ خصيصًا لهذه العملية المحددة وسياقها، بغية الحدّ إلى أدنى مستوى من التداعيات الإنسانية (كتجنب انقطاع الخدمات أو الحدّ من هذا الانقطاع إلى أدنى مستوى ممكن)؛
4. صياغة عملية استهداف متعمدة وفورية، في إطار عملية التخطيط، تستند إلى القانون الدولي الإنساني وقانون النزاعات المسلحة، على أن تتضمن تحليلًا للميدان ولآثار الأسلحة وسبل الإمداد؛
5. إشراك الموظفين الطبيين العسكريين والمستشارين القانونيين والثقافيين (حيث يكون ذلك متاحًا ومناسبًا) في التخطيط للهجوم على هدف عسكري داخل مرفق للرعاية الصحية، لا سيما من أجل تقييم الضرر المحتمل على مرفق الرعاية الصحية؛
6. إجراء تقييم للأثر قبل أي عملية لفهم نطاق الضرر أو التدمير ونتائجهما التي قد تقوّض قدرة مرفق الرعاية الصحية على ضمان بدائل للإمداد؛
7. تقييم واختيار التدابير التي من شأنها إبقاء مستوى الانقطاع متناسبًا مع الضرورة العسكرية والحدّ من الآثار المباشرة وغير المباشرة على تقديم الرعاية الصحية (مثل تدمير الهدف مقابل تعطيله، والذخائر والأساليب والتوقيت)؛
8. إعداد خطة طوارئ لمعالجة الانقطاع المقدّر للخدمات الطبية من أجل إعادة تقديمها بشكل كامل في أسرع وقت ممكن. النظر في تدابير لإخلاء المرضى وموظفي الرعاية الصحية وللعناية بهم عناية ملائمة؛
9. إطلاق إنذار كاف قبل بدء الهجوم (من خلال التواصل مع طرف نافذ ثالث، على سبيل المثال)؛
10. تقييم أضرار المعركة بانتظام وإبقاء درجة انقطاع الخدمات متناسبة مع الضرورة العسكرية. وقف الهجوم إذا تعدّت الأضرار العرضية المكسب العسكري المتوقع؛
11. العمل بعد الهجوم على تيسير عمل خدمات الرعاية الصحية أو وضع تدابير لإعادتها سريعًا (بتقديم الدعم لمرفق الرعاية الصحية مثلًا)؛
12. رفع تقارير إلى الضباط الأعلى مرتبة في سلسلة القيادة عن الهجوم وأثره على تقديم الرعاية الصحية والتدابير التي سُهّلت أو وُضعت لإعادة عمل الخدمات الطبية؛
13. تدريب العسكريين الذين يفترض أن يشنوا هجومًا على هدف عسكري على مقربة من مرفق للرعاية الصحية، قبل الانتشار وفي الميدان، للتأكد من أنهم ملمّون بإجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة، التي صيغت لكفالة أدنى انقطاع ممكن للخدمات، وأنهم مدرّبون لتنفيذها.

5.3.1 تدابير محددة لتوجيه تخطيط وتنفيذ الهجوم على مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له

يتعين كلما كان ذلك ممكنًا ومناسبًا ميدانيًا اعتماد تدابير لتوجيه تخطيط وتنفيذ الهجوم على مرفق رعاية صحية فقد الحماية المكفولة له، قبل تنفيذ العملية والحرص على تطبيق هذه التدابير أثناء تنفيذها للحد من التبعات الإنسانية الممكنة للهجمات المباشرة أو غير المباشرة.

1. تحديد الظروف والشروط التي يمكن في ظلها تنفيذ هجوم على مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له، في إجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة؛
2. تحديد عملية التصريح بتنفيذ هجوم على مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له والمعلومات المطلوبة المرتبطة بهذا الهجوم (كدليل الضرورة العسكرية أو الميزة العسكرية المرتقبة أو الأضرار العرضية المتوقعة في مرفق الرعاية الصحية)، في إجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات و/أو الوثائق الأخرى ذات الصلة؛
3. توفير توجيهات في شكل إجراءات تشغيل الموحّدة وأوامر عمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة خاصة بالهجوم على مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له، تُصاغ خصيصًا لهذه العملية المحددة وسياقها، بغية الحدّ إلى أدنى مستوى من التداعيات الإنسانية (كتجنب انقطاع الخدمات أو الحدّ من هذا الانقطاع إلى أدنى مستوى ممكن)؛
4. توفير توجيهات في إجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر عمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة بشأن المعايير التي تشكل فقدانًا للحماية بالنسبة لمرفق للرعاية الصحية وبشأن التحقق في الموقع من هذا الفقدان؛
5. صياغة عملية استهداف متعمدة وفورية، في إطار عملية التخطيط، تستند إلى القانون الدولي الإنساني وقانون النزاعات المسلحة، على أن تتضمن تحليلًا للميدان ولآثار الأسلحة وسبل الإمداد؛
6. إشراك الموظفين الطبيين العسكريين والمستشارين القانونيين والثقافيين (حيث يكون ذلك متاحًا ومناسبًا) في التخطيط للهجوم على مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له، لا سيما من أجل تقييم الضرر المحتمل على مرفق الرعاية الصحية؛
7. إجراء تقييم للأثر قبل أي عملية لفهم نطاق الضرر أو التدمير ونتائجهما التي قد تقوّض قدرة مرفق الرعاية الصحية على ضمان بدائل للإمداد؛
8. تقييم واختيار التدابير التي من شأنها إبقاء مستوى الانقطاع متناسبًا مع الضرورة العسكرية والحدّ من الآثار المباشرة وغير المباشرة على تقديم الرعاية الصحية (مثل تدمير الهدف مقابل تعطيله، والذخائر والأساليب والتوقيت)؛
9. إعداد خطة طوارئ لمعالجة الانقطاع المقدّر للخدمات الطبية من أجل إعادة تقديمها بشكل كامل في أسرع وقت ممكن. النظر في تدابير لإخلاء المرضى العاملين في مجال الرعاية الصحية وللعناية بهم عناية ملائمة؛
10. إطلاق إنذار كاف للموجودين داخل مرفق الرعاية الصحية (أي العاملين في مجال الرعاية الصحية والمرضى والزائرين والمقاتلين والمحاربين) قبل بدء الهجوم (من خلال التواصل مع طرف نافذ ثالث، على سبيل المثال)؛
11. تقييم أضرار المعركة بانتظام وإبقاء درجة انقطاع الخدمات متناسبة مع الضرورة العسكرية. وقف الهجوم إذا تعدّت الأضرار العرضية المكسب العسكري المتوقع؛
12. العمل بعد الهجوم على تيسير عمل خدمات الرعاية الصحية أو وضع تدابير لإعادتها سريعًا (بتقديم الدعم لمرفق الرعاية الصحية مثلًا)؛
13. وقف الهجوم في حال انتفت الظروف التي أدت إلى فقدانه الحماية (كفرار المحاربين أو المقاتلين من مرفق الرعاية الصحية)؛
14. رفع تقارير إلى الضباط الأعلى مرتبة في سلسلة القيادة عن الهجوم وأثره على تقديم الرعاية الصحية والتدابير التي سُهّلت أو وُضعت لإعادة عمل الخدمات الطبية؛
15. تدريب العسكريين الذين يفترض أن يشنوا هجومًا على مرفق للرعاية الصحية فقد الحماية المكفولة له ، قبل الانتشار وفي الميدان، للتأكد من أنهم ملمّون بإجراءات التشغيل الموحّدة وأوامر العمليات و/أو أية وثائق أخرى ذات صلة، التي صيغت لكفالة أدنى انقطاع ممكن للخدمات، وأنهم مدرّبون لتنفيذها.

المرفق 2 – مشروع الرعاية الصحية في خطر

كان احترام وحماية الجرحى والمرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية ومرافقها ووسائل النقل الطبي، في صلب تطوير القانون الدولي الإنساني منذ أن اعتمدت اتفاقية جنيف الأولى في عام 1864. لكن لا تزال أشكال مختلفة من العنف تعرقل الرعاية الصحية وتهددها في أجزاء كثيرة من العالم.

إن العنف أو التهديد بالعنف حيال العاملين في مجال الرعاية الصحية ومرافقها ووسائل النقل الطبي خلال النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى، منتشر ويطال الأفراد والعائلات المجتمعات برمتها. وقد يكون هذا العنف واحدة من أخطر القضايا الإنسانية التي يتعين علينا مواجهتها؛ ويؤكد العدد المحتمل من الأشخاص الذي يمكن أن يتأثروا به والآثار التي يخلفها على الاحتياجات المزمنة والماسة، هذا الاستنتاج.

وطلب المؤتمر الدولي الحادي والثلاثون للصليب الأحمر والهلال الأحمر[21] المعقود في نوفمبر/ تشرين الثاني 2011 إلى اللجنة الدولية البدء بمشاورات مع خبراء من الدول والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والجهات الفاعلة الأخرى في قطاع الرعاية الصحية. وكان الهدف من هذه المشاورات، ولا يزال، جعل تقديم خدمات الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى أكثر أمنًا من ذي قبل وتقديم تقرير عن التقدم المحرز في هذا الصدد إلى المؤتمر الدولي الثاني والثلاثين في عام 2015.

ووجّه مشروع الرعاية الصحية في خطر، الذي أنشئ لدعم هذا الهدف، الانتباه إلى الأعمال العنيفة أحيانًا التي تعيق تقديم الرعاية الصحية أو تمنعها. وتتراوح هذه الأعمال بين الهجمات المباشرة على المرضى والطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحة ووسائل النقل الطبي، وبين رفض الدخول إلى مرافق الرعاية الصحية أو دخولها عنوة وتخريبها. ومن شأن هذه الأعمال، في أغلب الحالات، أن تشكل انتهاكًا للقانون الدولي.

ومن المسلّم به أيضًا أن ثمة حالات تؤثر فيها أعمال القوات المسلحة التابعة للدول بشكل غير متعمّد ومشروع، تأثيرًا سلبيًا على المرضى والطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحة ووسائل النقل الطبي. وستعود معالجة هذه الحالات، بالاتفاق مع القوات المسلحة التابعة للدول المتعاونة، من أجل زيادة الوعي بآثار طرق العمل القائمة، وتغيير السلوك والإجراءات السائدة، بفوائد مهمة وطويلة الأمد. ومن شأن اعتماد سلوك وإجراءات تحمي الجرحى والمرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية ومرافقها ووسائل النقل الطبي أن يُحفز أطرافًا أخرى على الامتثال للقانون الدولي الساري ويقود إلى الحد من حالات العنف التي تعيق تقديم الرعاية الصحية وتمنعها، ومن حدّتها.

ويجمع مشروع الرعاية الصحية في خطر الجمعيات الوطنية مع جهات معنية خارجية مختلفة كواضعي السياسات وموظفي قطاع الصحة الحكومي، وموظفين عسكريين، ووكالات إنسانية وممثلين عن الأوساط الأكاديمية من ما يناهز 100 بلد، في إطار سلسلة من حلقات العمل للخبراء تقودها اللجنة الدولية وتتناول المواضيع التالية:

- دور الجمعيات الوطنية ومسؤولياتها في تقديم رعاية صحية آمنة خلال النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى (حلقتا عمل):
  - أوسلو، النرويج[22]: نظّمها الصليب الأحمر النرويجي بالتعاون مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 3-5 ديسمبر/ كانون الأول 2012؛
  - طهران، إيران[23]: نظمتها جمعية الهلال الأحمر لجمهورية إيران الإسلامية بالتعاون مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 2-14 فبراير/ شباط 2013.
- حقوق العاملين في مجال الرعاية الصحية ومسؤولياتهم (حلقتا عمل):
  - لندن، المملكة المتحدة[24]: نظمها الصليب الأحمر البريطاني بالتعاون مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر والجمعية الطبية البريطانية والجمعية الطبية العالمية، 23 أبريل/ نيسان 2012؛
  - القاهرة، مصر[25]: نظمتها جمعية الهلال الأحمر المصري بالتعاون مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 17-18 ديسمبر/ كانون الأول 2012.
- سيارات الاسعاف/خدمات الاسعاف قبل الوصول إلى المستشفى في حالات الخطر (حلقة عمل واحدة):
  - تولوكا، مكسيكو[26]: نظمها الصليب الأحمر المكسيكي بالتعاون مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 21-24 مايو/ أيار 2013.
- أمن مرافق الرعاية الصحية المادي (حلقتا عمل):

21 اللجنة الدولية للصليب الأحمر، المؤتمر الدولي الحادي والثلاثون، 2011: القرار 5 – الرعاية الصحية في خطر، 28 نوفمبر/ تشرين الثاني – 1 ديسمبر/ كانون الأول 2011، متاح على الرابط: http://www.icrc.org/eng/resources/documents/resolution/31-international-conferenceresolution-5-2011.htm (آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/ تموز 2014).

22 يمكن الاطلاع على لمحة عامة عن حلقة عمل أوسلو على الرابط التالي: http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/health-care-in-dangerexpert-workshop-oslo-2012-12-03.htm (آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/ تموز 2014)

23 يمكن الاطلاع على لمحة عامة عن حلقة عمل طهران على الرابط التالي: http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2013/02-08-tehranworkshop-health-care-in-danger.htm (آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/ تموز 2014)

24 يمكن الاطلاع على لمحة عامة عن حلقة عمل لندن على الرابط التالي: http://www.icrc.org/eng/resources/documents/feature/2012/health-care-indanger-feature-2012-04-25.htm (آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/ تموز 2014)

25 يمكن الاطلاع على لمحة عامة عن حلقة عمل القاهرة على الرابط التالي: http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/12-17-egypt-hcidworkshop.htm (آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/ تموز 2014)

26 يمكن الاطلاع على لمحة عامة عن حلقة عمل مكسيكو على الرابط التالي: http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2013/05-23-mexicoworkshop-health-care-in-danger.htm (آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/ تموز 2014)

– أوتاوا، كندا[27]: نظمها الصليب الأحمر الكندي بالتعاون مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 25-27 سبتمبر/ أيلول 2013؛
– بريتوريا، جنوب أفريقيا[28]: نظمتها حكومة جنوب أفريقيا (قسم العلاقات والتعاون الدوليين) واللجنة الدولية للصليب الأحمر، 8-11 أبريل/ نيسان 2014.

- دور المجتمع المدني والزعماء الدينيين في تعزيز حماية الرعاية الصحية (حلقة عمل واحدة):
  – داكار، السنغال، نظمتها اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 24-25 أبريل/ نيسان 2013.
- تعزيز ممارسات عسكرية ميدانية تكفل الوصول الآمن إلى الرعاية الصحية وتقديمها (حلقة عمل واحدة):
  – سيدني، أستراليا[29]: نظمتها الحكومة الاسترالية بالتعاون مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 9-12 ديسمبر/ كانون الأول 2013.
- الأطر المعيارية الداخلية لحماية تقديم الرعاية الصحية (حلقة عمل واحدة):
  – بروكسيل، بلجيكا[30]: نظمتها الحكومة البلجيكية بالتعاون مع اللجنة الوزارية البلجيكية للقانون الإنساني والصليب الأحمر البلجيكي واللجنة الدولية للصليب الأحمر، 29-31 يناير/ كانون الثاني 2014.

وبموازاة هذه الجهود، تثير اللجنة الدولية مسألة العنف الذي يؤثر على تقديم الرعاية الصحية مع مجموعة مختارة من المجموعات المسلحة من غير الدول. وقد عقدت في عام 2013 مشاورات ثنائية وسرية بنّاءة في هذا الخصوص مع 25 مجموعة مسلحة من 8 دول مختلفة. ومن المتوقع أن تتوسع في السنوات المقبلة المشاورات في هذا الشأن مع هذه المجموعات وسواها من الجهات المسلحة من غير الدول.

بالإضافة إلى ذلك، أُعدت أدوات دعوة وتوجيه مختلفة كجزء من مشروع الرعاية الصحية في خطر. وعلى سبيل المثال، يُفصّل مطبوع عن مسؤوليات العاملين في الرعاية الصحية[31] المعضلات الأخلاقية التي يواجهها العاملون في مجال الرعاية الصحية حين يتعرضون لانعدام الأمن والعنف أثناء أدائهم لواجباتهم المهنية، والحلول الممكنة لتجاوزها. ونُشر مؤخرًا تقرير عن سيارات الاسعاف وخدمات الاسعاف قبل الوصول إلى المستشفى[32] التي تجري في حالات من انعدام الأمن، حدّد تدابير عملية يمكن أن تتخذها سلطات الدول، والعسكريون والعاملون في مجال الرعاية الصحية للحد من المخاطر التي يواجهها مقدمو الرعاية الصحية. وتتضمن هذه التدابير تعزيز القوانين الوطنية؛ وحماية سيارات الاسعاف؛ والتنسيق بمزيد من الفعالية مع السلطات، بما في ذلك العسكريون، وتدريب سائقي سيارات الاسعاف والمتطوعين على التأهب.

المرفق 3 – أنماط العنف الذي ترتكبه القوات المسلحة التابعة للدول وآثاره

بصرف النظر عن مسؤولية الجماعات المسلحة من غير الدول، نظرًا إلى أن هذا التقرير يركّز على الممارسات العسكرية الميدانية التي تكفل الوصول إلى الرعاية الصحية وتقديمها الآمنين، تتعلق أنماط العنف المشار إليها لاحقًا بالانتهاكات والحوادث التي تتسبب بها القوات المسلحة التابعة للدول، دون سواها. وكما ذُكر آنفًا، حصلت اللجنة الدولية على المعلومات التي جمعتها بين يناير/ كانون الثاني 2012 وديسمبر/ كانون الأول 2013، من مقدمي الرعاية الصحية العاملين في الميدان، بما في ذلك اللجنة الدولية، ومن موارد مفتوحة موثوقة كوسائل

27 يمكن الاطلاع على لمحة عامة عن حلقة عمل أوتاوا على الرابط التالي:
http://www.icrc.org/eng/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm
(آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/ تموز 2014)

28 يمكن الاطلاع على لمحة عامة عن حلقة عمل بريتوريا على الرابط التالي:
http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2014/hcid-pretoriaworkshop.htm
(آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/ تموز 2014)

29 يمكن الاطلاع على لمحة عامة عن حلقة عمل سيدني على الرابط التالي:
http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2013/12-06-australia-hcidmilitary-expert-workshop.htm
(آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/ تموز 2014)

30 يمكن الاطلاع على لمحة عامة عن حلقة عمل بروكسيل على الرابط التالي:
http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2014/hcid-brusselsworkshop.htm
(آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/ تموز 2014)

31 اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: مسؤوليات العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يعملون في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، أغسطس/ آب 2012، إصدار متاح على الرابط التالي:
https://www.icrc.org/ara/resources/documents/publication/p4196.htm
(آخر اطلاع على الموقع في 10يوليو/ تموز 2014).

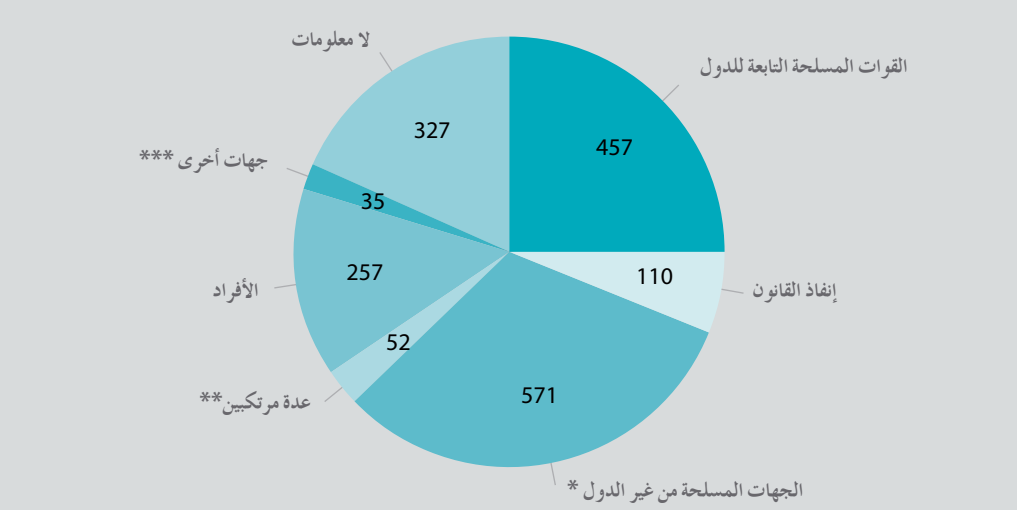
32 اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: خدمات الإسعاف والرعاية ما قبل الوصول إلى المستشفى في حالات الخطر، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، نوفمبر/ تشرين الثاني 2013، إصدار متاح على الرابط التالي:
https://www.icrc.org/ara/assets/files/publications/icrc-002-4173.pdf
(آخر اطلاع على الموقع في 10 يوليو/ تموز 2014).

إعلام معروفة. وتجدر الإشارة إلى أن البيانات المذكورة أدناه ليست شاملة وهي تهدف فقط إلى نقل صورة عن التوجهات العامة بشأن العنف الذي يصيب تقديم الرعاية الصحية التي حُددت بناءً على المعلومات المتوفرة.

1. الحوادث التي تؤثر على الرعاية الصحية حسب فئات مرتكبيها

استنادًا إلى التقرير المرحلي الأخير الرعاية الصحية في خطر: حوادث العنف التي حوادث العنف التي تتضرر منها الرعاية الصحية، يناير/ كانون الثاني 2012 وديسمبر/ كانون الأول 2013، يبقى توزيع مرتكبي هذه الحوادث هو نفسه تقريبًا في عامي 2012 و 2013. وتتساوى القوات المسلحة التابعة للدول (كالجيش والشرطة) والجهات المسلحة من غير الدول، في تحمل مسؤولية هذه الحوادث، إذ تبلغ نسبة الحوادث التي تتسبب بها كل منها 30 بالمائة تقريبًا من إجمالي الحوادث (انظر الرسم 1).[33]

الرسم 1: المرتكبون حسب الفئة



العدد الإجمالي للحوادث: 1809

* الجهات المسلحة من غير الدول: الميليشيات، أجهزة الأمن الخاص وحركات المتمردين والعصابات التي ليست جزءًا من هيئات إنفاذ القانون أو الجيش أو الأجهزة الأمنية.
** أكثر من مرتكب متورط/ مسؤولية مشتركة
*** جهات أخرى: تدابير إدارية، قوات دولية من الجيش او الشرطة، قوات حفظ السلام.
ويُظهر إمعان النظر في الحوادث البالغ عددها 1809 التي رُصدت بين يناير/ كانون الثاني 2012 وديسمبر/ كانون الأول 2013 أن القوات المسلحة التابعة للدول مسؤولة عن 25 بالمائة (457) من الانتهاكات التي قوّضت تقديم الرعاية الصحية.

وشملت أنماط العنف تفجير مرافق الرعاية الصحية ونهبها، ودخول مرافق الرعاية الصحية عنوة وتفتيشها؛ وأعمال العنف بحق المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية أو تهديدهم به؛ ومنع عبور سيارات الإسعاف عند نقاط التفتيش.

ويعطي الجزء التالي فكرة عامة عن أعمال العنف أو التهديد به التي ارتكبتها القوات المسلحة التابعة للدول بحق العاملين في مجال الرعاية الصحية ومرافقها ومركباتها، حسبما ما ذكرته المصادر المذكورة أعلاه.

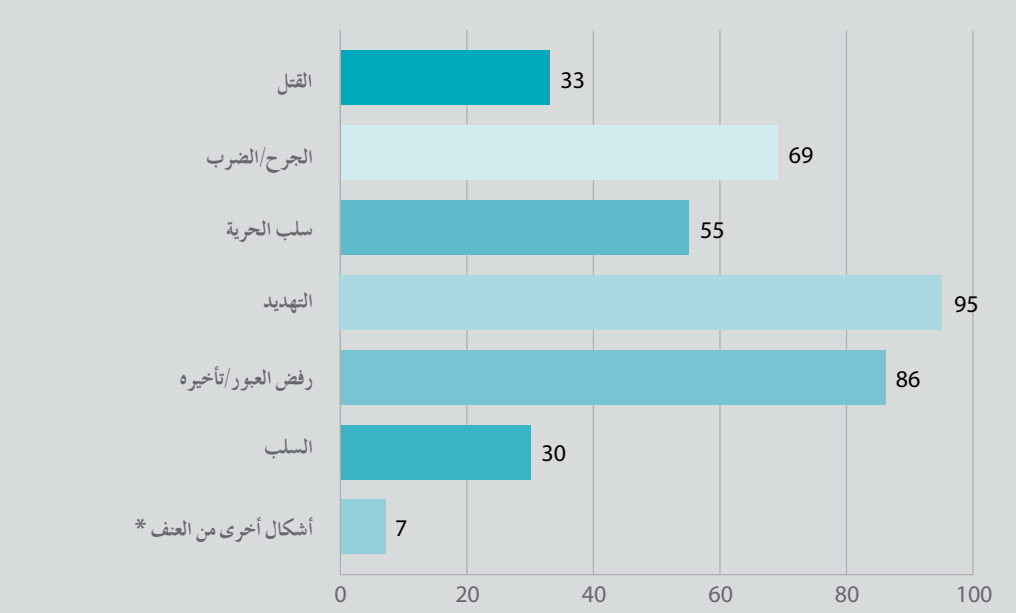
2. أعمال العنف التي ارتكبتها القوات المسلحة التابعة للدول والتي طالت أشخاصًا

طالت الحوادث البالغ عددها 457 حادثًا التي ارتكبتها القوات المسلحة التابعة للدول ما مجموعه 960 شخصًا، أغلبيتهم من المرضى (585) والعاملين في مجال الرعاية الصحية (326)، وشكّلت 1033 عملًا من أعمال العنف أو التهديد به.

وسيركز الجزء التالي تحديدًا على الحوادث التي ارتكبتها القوات المسلحة التابعة للدول والتي طالت بشكل خاص العاملين في مجال الرعاية الصحية.

33 اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: حوادث العنف التي تتضرر منها الرعاية الصحية، يناير/ كانون الثاني 2012 إلى ديسمبر/ كانون الأول 2013، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، أبريل/ نيسان 2014، ص. 6.

الرسم 2: أشكال العنف التي طالت شخصًا واحدًا على الأقل [34]



العدد الإجمالي لأعمال العنف أو التهديد به: 375

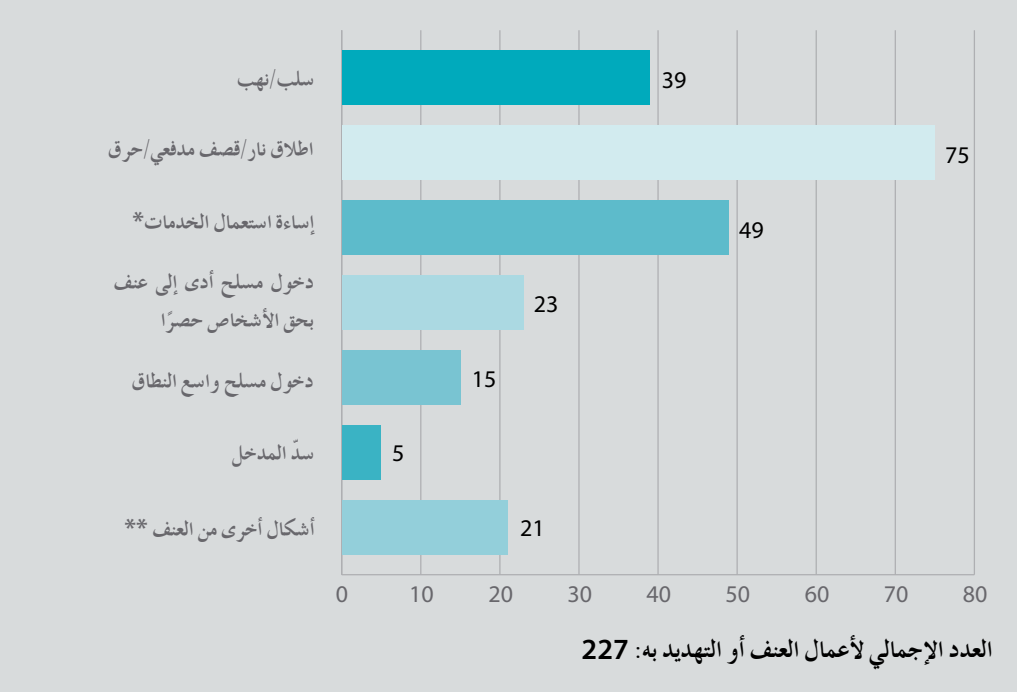
* أشكال العنف الأخرى: التعذيب، النقل القسري للمرضى، الإخلاء القسري لمرافق الرعاية الصحية، الاختفاء القسري، الهجمات التي فشلت.

- 326 عاملًا في مجال الرعاية الصحية تضرروا من بـ37 عملًا من أعمال العنف أو التهديد به.
- من بين 326 عاملًا في مجال الرعاية الصحية تضرروا من هذه الأعمال، 25 بالمائة تعرضوا للتهديد و27 بالمائة جُرحوا، أو ضُربوا أو قُتلوا.
- يشكل العاملون في مجال الرعاية الصحية أكثر من 50 بالمائة من الأشخاص المحتجزين نتيجة توقيف المجموعات المسلحة أو القوات المسلحة لمركبات الرعاية الصحية، أو تفتيشها لمرافق الرعاية الصحية (وتشمل النسبة المتبقية المرضى، والمارة، وعناصر الأمن).

34 يمكن أن يشمل حادث واحد عدة فئات من الضحايا، يتضررون من أشكال مختلفة من العنف. وقد يتضرر الأشخاص بأكثر من طريقة من حادث واحد: على سبيل المثال، شخص يُهدد بالموت إن واصل تقديم الرعاية الطبية لبعض المجتمعات ويتعرّض في الوقت عينه للسلب.

3. أعمال العنف التي ارتكبتها القوات المسلحة التابعة للدول والتي طالت مرافق للرعاية الصحية

الرسم 3: أشكال العنف التي طالت مرافق للرعاية الصحية



* إساءة استعمال الخدمات: الاستيلاء، تخزين الأسلحة، شن هجوم من داخل المرفق، استخدام المرفق لأغراض غير الأغراض الطبية.
** أشكال أخرى من العنف: إغلاق المرفق قسرًا، التهديد بالهجوم، انقطاع، قرار إداري.

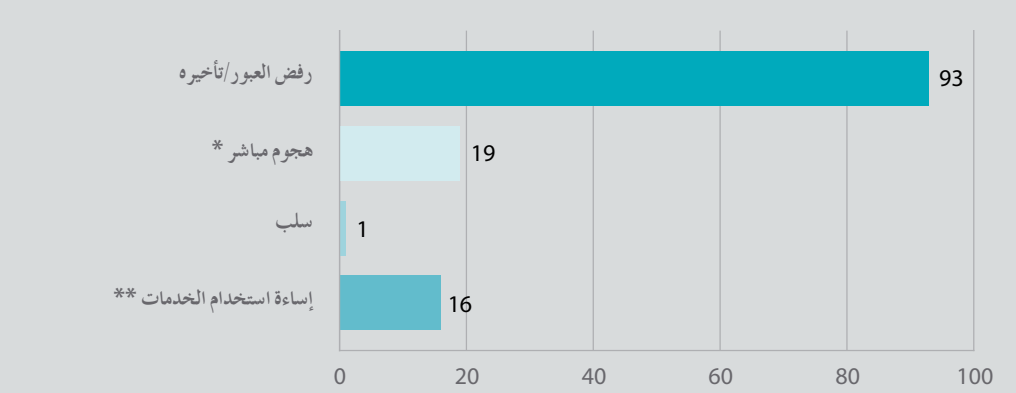
- تتضرر 212 مرفقًا للرعاية الصحية من 227 عملًا من أعمال العنف أو التهديد به ارتكبتها القوات المسلحة التابعة للدول في الفترة قيد الاستعراض.
- 30 بالمائة من حوادث العنف المرصودة التي طالت مرافق الرعاية الصحية عُزيت إلى القوات المسلحة التابعة للدول.
- تضمنت معظم الفئات المذكورة أعلاه الدخول المسلح عنوة إلى مرفق الرعاية الصحية، بشكل يعيق عملها، وهي تمثل بالتالي أغلبية الحوادث التي تطال مرافق الرعاية الصحية.
- والشكل الثالث الأكثر تواترًا من أعمال العنف أو التهديد به التي ارتكبتها القوات المسلحة التابعة للدول ضد مرافق الرعاية الصحية هو إساءة استخدام الخدمات (49) الذي يعني على سبيل المثال استيلاء القوات المسلحة التابعة للدول على مرافق الرعاية الصحية أو السيطرة عليها، وتحويل هذه المرافق إلى مواقع تخدم أغراضًا عسكرية، كمركز قيادة على سبيل المثال؛ ووضع أسلحة ثقيلة فيها أو تخزينها؛ أو استخدام المرافق لشن هجمات.

وبالإشارة إلى عمليات التفتيش (واحدة من المسائل الثلاث التي نوقشت خلال حلقة عمل سيدني) خلال الفترة قيد الاستعراض، سجّلت اللجنة الدولية 35 حادثًا شكلت دخولًا مسلحًا معيقًا للعمل من قبل القوات المسلحة التابعة للدول وقوى الأمن؛ وكانت هذه القوات تجري عمليات تفتيش لتوقيف أحد المرضى أو أخذه من المستشفى، أو تلاحق عدوًا ظنّت أنه يختبئ داخل المرفق. ورصدت اللجنة الدولية أيضًا 30 حالة أوقفت القوات المسلحة التابعة للدول خلالها مرضى داخل مرافق الرعاية الصحية خلافًا لتمنيات أطبائهم ومنعتهم من تلقي العلاج.[35]

35 اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: حوادث العنف التي تتضرر منها الرعاية الصحية، يناير/ كانون الثاني 2012 إلى ديسمبر/ كانون الأول 2013، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، أبريل/ نيسان 2014، ص. 12.

4. أعمال العنف التي ارتكبتها القوات المسلحة التابعة للدول والتي طالت سيارات الاسعاف

الرسم 4: أشكال العنف التي طالت سيارات الاسعاف



إجمالي عدد أعمال العنف أو التهديد به: 129

* هجوم مباشر: تعرض سيارة الإسعاف لإطلاق نار أو قذيفة مدفعية أو لرشق بالحجارة وما إلى ذلك.
** إساءة استخدام الخدمات: الاستيلاء على سيارات الإسعاف أو تخزين الأسلحة فيها أو نقلها بواسطتها، شن هجوم من داخل سيارة الإسعاف، استخدام لأغراض غير الأغراض الطبية.

- كانت القوات المسلحة التابعة للدول مسؤولة عن 44 بالمائة من الحوادث التي طالت سيارات الإسعاف خلال الفترة قيد الاستعراض.
- وكان الشكلان الرئيسيان من العنف الذي طال سيارات الإسعاف رفض العبور أو تأخير الوصول (72 بالمائة) والهجوم المباشر (15 بالمائة).

5. أعمال العنف التي ارتكبتها القوات المسلحة التابعة للدول عند نقاط التفتيش

وقع 112 حادثًا من ضمن الحوادث البالغ عدها 457 التي تسببت بها القوات المسلحة التابعة للدول خلال الفترة قيد الاستعراض، عند نقاط التفتيش وتعرض 179 شخصًا (كالعاملين في مجال الرعاية الصحية، والمرضى، وأسر المرضى، ...إلخ)، إلى أعمال عنف (كتأخير العبور أو منعه (142)، والتوقيف (19)، والقتل (3)، والتهديد (23)، ...إلخ).

وتوفي 6 أشخاص من بين 142 شخصًا منعوا من العبور (98) أو تأخّر عبورهم (44) عند نقطة تفتيش أقامتها القوات المسلحة التابعة للدول، مانعة الوصول إلى الرعاية الصحية أو متسببة بتأخيرها، كنتيجة مباشرة لهذا المنع أو التأخير.

6. ملاحظات عامة

تبيّن أنماط انعدام الأمن المرصودة وأشكال العنف المسجلة أن الجرحى والمرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يعالجونهم، جميعهم عرضة لهذه الأعمال. وقد يُمنع الآلاف من الجرحى والمرضى من الحصول على رعاية صحية فعالة في حال تضرر المستشفيات بالأسلحة المتفجرة أو دخول المقاتلين أو المحاربين إليها عنوة، وحين تُخطف سيارات الإسعاف أو يُهدد العاملون في مجال الرعاية الصحية أو يخطفون أو يصابون أو يُقتلون.

ويزيد العنف الواقع (المباشر) أو الذي يجري التهديد به (غير المباشر) ضد الجرحى والمرضى وضد مرافق الرعاية الصحية، والعاملين فيها ووسائل النقل الطبي في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى، من الحاجة الماسة إلى المساعدات الطبية العاجلة في وقت يتعذر توفيرها تعذرًا كبيرًا. وغالبًا ما تكون عواقب هذا العنف وخيمة على المجتمعات المحلية إذ تضطر مرافق الرعاية الصحية، بما فيها المستشفيات والعيادات ومراكز الرعاية الصحية الأولية ومراكز الاسعافات الأولية إلى الإغلاق. ويعمّق انعدام الأمن الاحتياجات المزمنة حين يتعذر توفير الرعاية الصحية الأساسية، ما يؤدي مثلًا إلى استحالة تنفيذ حملات التلقيح.[36] وثمة مناطق في بعض البلدان يشكل

36 يظهر أثر الانعدام العام للأمن في بلد واحد من خلال دراسة أجريت في جمهورية الكونغو الديمقراطية، وأفادت بأن عددًا من الوفيات يقدّر بـ 40 ألف حالة شهريًا تسببه أمراض يسهل علاجها؛ والسبب الذي أشارت إليه الدراسة لعدم تلقي هؤلاء الأشخاص للعلاج اللازم هو انعدام الأمن الناجم عن النزاع المسلح. فانعدام الأمن يعيق في العديد من البلدان القضاء على شلل الأطفال، لأنه يحرم مئات الآلاف من الأطفال من التلقيح.

فيها تنقل العاملين في مجال الرعاية الصحية أو أداء عملهم خطرًا كبيرًا. والأمر سواسية بالنسبة للجرحى والمرضى أو أقربائهم الذين يعتبرون أن الذهاب إلى مرافق الرعاية الصحية غير آمن. ويشكل انعدام أمن الرعاية الصحية واحدة من أكثر المشاكل الإنسانية الداهمة والمنتشرة في عالمنا اليوم، وذلك بسبب الآثار المتراكمة للاحتياجات المزمنة والملحة. ومع ذلك، ظلت هذه المسألة الإنسانة تفتقر بشكل كبير إلى اعتراف كافٍ بأهميتها.

Crown copyright 2014

المهمة

اللجنة الدولية للصليب الأحمر منظمة غير متحيزة ومحايدة ومستقلة، تؤدي مهمة إنسانية بحتة تتمثل في حماية أرواح وكرامة ضحايا النزاعات المسلحة وغيرها من حالات العنف وتقديم المساعدة لهم. وتبذل أيضًا اللجنة الدولية كل الجهود الممكنة لتفادي المعاناة بنشر أحكام القانون الإنساني والمبادئ الإنسانية العالمية وتعزيزها. وأنشئت اللجنة الدولية للصليب الأحمر عام 1863 وقد تمخضت عنها اتفاقيات جنيف والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. وهي توجه وتنسق الأنشطة الدولية التي تنفذها الحركة في حالات النزاعات المسلحة وغيرها من حالات العنف.

4208/004 10.2014

ICRC