



الأطر المعيارية الوطنية لحماية الرعاية الصحية



ICRC

الرعاية
الصحية
في
خطر
أو موت
نها
مسألة
حياة

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

E-mail: cai_csc@icrc.org www.icrc.org/ar

© حقوق الطبع محفوظة للجنة الدولية للصليب الأحمر. كانون الثاني/يناير 2015



ICRC

صورة الغلاف: Marizilda CRUPPE/ICRC

الأطر المعيارية الوطنية لحماية الرعاية الصحية

تقرير حلقة عمل بروكسل
29-31 كانون الثاني / يناير 2014

المبادئ الأساسية السبعة للحركة

تمثل المبادئ الأساسية السبعة، التي أعلنت في فيينا 1965، الرابط بين جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر الوطنية واللجنة الدولية للصليب الأحمر والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر. وهي الضامن لاستمرارية الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر واستمرارية عملها الإنساني.

الإنسانية

تبدل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، التي انبثقت من الرغبة في تقديم المساعدة دون تمييز إلى الجرحى في ساحات المعارك، المساعي لمنع المعاناة الإنسانية وتخفيفها أينما وجدت وذلك بصفتها الدولية والوطنية. ويتمثل الغرض منها في حماية حياة وصحة الإنسان وضمان احترامها. وتحت الحركة على التفاهم المتبادل والصداقة والتعاون والسلام الدائم بين جميع الشعوب.

عدم التحيز

لا تميز الحركة الدولية بين القوميات أو الأعراق أو المعتقدات الدينية أو الطبقة الاجتماعية أو الآراء السياسية. وتسعى إلى تخفيف معاناة الأشخاص من خلال الاسترشاد بمعيار احتياجاتهم فقط ومنح الأولوية للحالات الحرجة الأكثر إلحاحًا.

الحياد

للاستمرار في التمتع بثقة الجميع، تمتنع الحركة عن الانحياز لأحد الأطراف في الأعمال العدائية أو الاشتراك في أي وقتٍ في مجادلات ذات طبيعة سياسية أو عرقية أو دينية أو أيديولوجية.

الاستقلال

تتمتع حركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر بالاستقلالية. ففي الوقت الذي تتبع فيه الجمعيات الوطنية أجهزة الخدمات الإنسانية لحكوماتها وتخضع لقوانين دولها الموقرة، كان لزامًا عليها أن تحافظ على استقلالها بحيث تكون قادرةً على التحرك وفقًا لمبادئ الحركة في كل وقت.

الخدمة التطوعية

تعتبر الحركة حركةً للإغاثة التطوعية ولا تسعى لتحقيق أي مكاسبٍ أو ربحٍ بأي صورةٍ.

الوحدة

لا توجد أكثر من جمعية واحدة فقط للصليب الأحمر أو الهلال الأحمر في كل بلدٍ. ويجب أن تكون خدماتها متاحة للجميع وشاملة لكافة أنحاء القطر.

العالمية

إن الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، والتي تتمتع فيها كل الجمعيات بالمساواة وتشارك في المسؤولية والواجبات، هي حركة عالمية.

المختصرات

القانون الدولي الإنساني	IHL
القانون الدولي لحقوق الإنسان	IHRL
اتفاقيات جنيف الأولى والثانية والثالثة والرابعة لسنة 1949	GC I, II, III and IV
البروتوكول الأول والثاني الإضافيين لسنة 1977 لاتفاقيات جنيف لسنة 1949	AP I and II
البروتوكول الإضافي الثالث لاتفاقيات جنيف لسنة 1949	AP III
الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان لسنة 1950	ECHR
العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية لسنة 1966	ICCPR
اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية	CESCR

المحتويات

7	1. ملخص تنفيذي
11	2. مشروع الرعاية الصحية في خطر
15	3. الإطار القانوني لحماية الرعاية الصحية
15	1.3 الإطار القانوني الدولي (القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان)
15	1.1.3 الحماية العامة
16	2.1.3 قواعد محددة
16	(أ) حماية الجرحى والمرضى وطواقم ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية
21	(ب) الشارات المميزة
24	(ج) أخلاقيات الرعاية الصحية والالتزام بالسرية
25	3.1.3 العقوبات
27	2.3 الأطر القانونية المحلية - نتائج البحوث الأساسية
27	1.2.3 مقدمة
28	2.2.3 حماية الرعاية الصحية في القانون المحلي وعند التطبيق
35	4. حلقة عمل بروكسل: المناقشات والتوصيات
35	1.4 ملاحظات عامة
36	2.4 المناقشات والتوصيات
36	1.2.4 الجلسة الأولى: سبل جعل الحماية القانونية للجرحى والمرضى والطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية أكثر فعالية
36	2.2.4 الجلسة الثانية: طرق تحسين عملية الاستخدام السليم من الناحية القانونية للشارات المميزة، التي ينظم استخدامها بموجب القانون الدولي، والعلامات الأخرى التي تُستخدم في تحديد أنشطة الرعاية الصحية
43	3.2.4 الجلسة الثالثة: كيفية توفير الحماية القانونية لآداب مهنة الطب
50	وسرية المعلومات أثناء النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى
57	4.2.4 الجلسة الرابعة: كيفية القمع الفعال والمعاقبة على انتهاكات القواعد التي تحمي توفير الرعاية الصحية
65	5. ملاحظات ختامية
68	الملاحق
68	ملحق 1: الدراسات القطرية
68	روسيا البيضاء
71	بلجيكا
74	كولومبيا
78	كينيا
84	المكسيك
87	نيبال
92	ملحق 2: قائمة المشاركين
96	ملحق 3: برنامج حلقة العمل



1. ملخص تنفيذي

يلخص هذا التقرير نتائج حلقة العمل التي عُقدت في بروكسل في الفترة من 29-31 كانون الثاني/يناير 2014 حول الأطر المعيارية الوطنية لحماية الرعاية الصحية والنتائج الرئيسية للدراسة الأساسية والتي عقدتها سابقاً دائرة الخدمات الاستشارية التابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر حول القانون الدولي الإنساني. وقد شارك في تنظيم حلقة العمل كلٌّ من اللجنة الدولية للصليب الأحمر واللجنة البلجيكية المشتركة بين الوزارات المعنية بالقانون الإنساني والصليب الأحمر البلجيكي. وضمت حلقة العمل مشاركين من موظفي الخدمة المدنية وأعضاء اللجان الوطنية للقانون الدولي الإنساني أو الجهات المماثلة وأعضاء البرلمان وخبراء مستقلين وممثلي المنظمات ذات الخبرة في قضايا محددة مطروحة على جدول أعمال حلقة العمل.

كجزءٍ من عملية تشاور الخبراء بشأن مشروع الرعاية الصحية في خطر التي وردت في القسم (2) من التقرير، كان الهدف من حلقة عمل بروكسل هو تحديد التدابير والإجراءات الوطنية الملموسة، لا سيما التدابير التشريعية والتنظيمية، التي يمكن أن تضعها سلطات الدولة بغرض تنفيذ الإطار الدولي القائم حالياً لحماية توفير الرعاية الصحية والحصول عليها في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى. ولهذه الغاية، تم تشجيع المشاركين على تبادل الخبرات الوطنية والخبرات الخاصة بهدف المساعدة في تحديد الممارسات الجيدة والتحديات المحتملة، فضلاً عن وضع توصيات محددة فيما يتعلق بتنفيذ القواعد والمعايير الدولية التي تحمي توفير الرعاية الصحية. وفي هذا الصدد، ركزت حلقة العمل على تنفيذ الإطار الدولي القائم وليس على وضع قواعد أو معايير جديدة.

وفي إطار التحضير لحلقة العمل، أجرت دائرة الخدمات الاستشارية المعنية بالقانون الدولي الإنساني بحثاً مكثباً بشأن الأطر المعيارية الوطنية القائمة فيما يتعلق بحماية توفير الرعاية الصحية على المستوى الوطني. وأرسل استبياناً مفصلاً إلى المستشارين القانونيين الإقليميين بدائرة الخدمات الاستشارية الذين قاموا بجمع المعلومات ذات الصلة عن الأطر الوطنية لعدد 39 دولة من جميع أنحاء العالم. وبناءً على المعلومات المقدمة عن طريق الاستبيان، أعدت دائرة الخدمات الاستشارية ست دراسات قُطرية، والتي ترد في الملحق (1) من التقرير. ويمكن الاطلاع على نتائج الدراسة الأساسية التي يسبقها ملخص للقواعد والمعايير الدولية لحماية توفير الرعاية الصحية الدولية في القسم (4) من التقرير. وكانت المعلومات الواردة في هذا القسم بمثابة مصدرًا مرجعيًا وأساسًا للمناقشة بالنسبة للمشاركين.

وتألفت حلقة العمل من جلسات عامة ومجموعات عمل ركزت على أربعة موضوعات تتعلق بحماية توفير الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى وهي: (1) الحماية القانونية للجرحى والمرضى وأفراد ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية؛ (2) الاستخدام السليم بموجب القانون الدولي للشارات المميزة والعلامات الأخرى المستخدمة لتحديد أنشطة الرعاية الصحية؛ (3) حماية آداب مهنة الطب وسرية المعلومات؛ و(4) منع انتهاكات القانون فيما يتعلق بالرعاية الصحية والمعاقبة على تلك الانتهاكات. ومن أجل تيسير عملية المناقشة تم تقسيم المشاركين إلى أربع مجموعات عمل، بناءً على الأفضلية اللغوية لهم بهدف تشكيل مجموعة ناطقة باللغة الفرنسية ومجموعة ناطقة باللغة الإسبانية ومجموعتين ناطقتين باللغة الإنجليزية. وتناولت كل مجموعة الموضوعات الأربعة ككل.

إن التوصيات التي تم تقديمها في القسم (4) من التقرير إلى جانب ملخص المناقشات التي جرت في حلقة العمل هي بمثابة نتاج التفكير بشأن المناقشات المستفيضة وتبادل الأفكار بين جميع المشاركين خلال جلسات مجموعة العمل والجلسات العامة التي تبعتها. وتدور هذه التوصيات حول ثلاثة أنواع رئيسية من التدابير وهي: التدابير التشريعية الخاصة بتنفيذ الإطار القانوني الدولي القائم، والتوزيع والتدريب، والتنسيق بين الجهات المعنية. وتشمل التوصيات أيضًا اتخاذ تدابير محددة لمنع الفعال لجميع أشكال العنف ضد الرعاية الصحية والمعاقبة عليها. وتجدر الإشارة إلى أن هذه التوصيات قد صيغت بواسطة اللجنة الدولية للصليب الأحمر على أساس التقرير الصادر بشأن المناقشات التي جرت في حلقة العمل وبشأن البحث الأساسي دون موافقة رسمية أو تأييد من قبل المشاركين.

ويجدر بسطات الدولة الرجوع إلى هذه التوصيات والمشاركة في التفكير بشأن الكيفية التي يمكن للتدابير المقترحة أن تساعد تلك السلطات بها على الوفاء بالتزاماتها من حيث تنفيذ الإطار القانوني الدولي لحماية توفير الرعاية الصحية وضممان حماية أكثر فعالية لخدمات الرعاية الصحية. ومع ذلك، فإنه بالنظر إلى أن البلدان لم تصل في مجملها إلى نفس المستوى من تنفيذ التزاماتها الدولية في إطارها القانوني المحلي، فإنه من المهم أن تقوم سلطات الدولة بتحديد أي من تلك التوصيات ذات صلة بسياقاتها الخاصة واختيار الوسائل المناسبة لتنفيذها. ويتطلب هذا الأمر أن تقوم الدول باتخاذ التدابير اللازمة للتوصل إلى فهم شامل لطبيعة وأسباب العنف ضد الرعاية الصحية الذي يحدث على أراضيها.

ومن هذا المنظور، يُؤمل أن تكون التوصيات الواردة في هذا التقرير بمثابة مصدرًا للتوجيه وأساسًا لتطوير مزيد من التدابير الوطنية العملية التي تهدف إلى تعزيز الحماية لتوفير الرعاية الصحية والحصول عليها ومزيد من الحلول التي تتناسب مع سياق وطني أو إقليمي معين، وهو الهدف النهائي الذي صيغت من أجله.



2. مشروع الرعاية الصحية في خطر

تعتبر مسألة احترام وحماية الجرحى والمرضى وأفراد ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية في جوهر تطوير القانون الدولي الإنساني منذ اعتماد اتفاقية جنيف الأصلية عام 1864. ومع ذلك، في الوقت الراهن هناك أشكال مختلفة من العنف مستمرة في تعطيل أو تعريض الرعاية الصحية للخطر في أنحاء كثيرة من العالم.

وينتشر العنف - سواء كان بالفعل أو بالتهديد - ضد أفراد ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى على نطاق واسع، ويؤثر على الأفراد والأسر والمجتمعات بأكملها. ومن الأرجح أن يكون ضمن القضايا الإنسانية الأكثر خطورة التي يتعين علينا تناولها. ويبرر العدد المحتمل من الأشخاص المتضررين من ذلك العنف وآثاره على الاحتياجات المزمنة والعاجلة مثل هذا الاستنتاج.

وخلال المؤتمر الدولي الواحد والثلاثين للصليب الأحمر والهلال الأحمر¹ الذي عُقد في شهر تشرين الثاني/نوفمبر 2011، طلب من اللجنة الدولية للصليب الأحمر بدء مشاورات مع خبراء من الدول المختلفة والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر وجهات أخرى داخل قطاع الرعاية الصحية. وكان الهدف ولا يزال هو جعل تقديم خدمات الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى أكثر أماناً ورفع تقرير إلى المؤتمر الدولي الثاني والثلاثين الذي سينعقد في 2015 بشأن التقدم الذي تم إحرازه.



¹ المؤتمر الدولي الواحد والثلاثين 2011: القرار رقم (5) - الرعاية الصحية في خطر، وهو متاح على:

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

(آخر إطلاع عليه تم بتاريخ 10 تموز/ يوليو 2014).

إن مشروع الرعاية الصحية في خطر، الذي أُطلق لدعم هذا الهدف، لفت الانتباه إلى أعمال العنف التي تعوق في بعض الأحيان أو تمنع تقديم الرعاية الصحية. وتتراوح هذه الأعمال ما بين الهجمات المباشرة على المرضى والطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية إلى الحرمان من الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية أو الدخول إليها بالقوة أو نهبها. وفي معظم الحالات قد تصل هذه الأعمال إلى انتهاكات للقانون الدولي.

لقد جمع مشروع الرعاية الصحية في خطر الجمعيات الوطنية ومختلف الجهات الخارجية المعنية مثل صناع السياسات والعاملين في القطاع الصحي الحكومي والموظفين العسكريين والوكالات الإنسانية وممثلي الدوائر الأكاديمية معاً بهدف تحديد التدابير والتوصيات الملموسة التي يمكن للسلطات و/أو طواقم الرعاية الصحية تنفيذها لضمان احترام وحماية عملية تقديم الرعاية الصحية.

وبوجه عام، شارك خبراء من حوالي 100 دولة في سلسلة من حلقات العمل حول الموضوعات التالية ما بين عامي 2012 و2014:

- دور ومسؤولية الجمعيات الوطنية في تقديم الرعاية الصحية الآمنة في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى (حلقتي عمل: النرويج وإيران)
- حقوق ومسؤوليات طواقم الرعاية الصحية (حلقتي عمل: المملكة المتحدة ومصر)
- خدمات الإسعاف/ ما قبل دخول المستشفى في المواقف الخطرة (حلقة عمل واحدة: المكسيك)
- السلامة البدنية لمرافق الرعاية الصحية (حلقتي عمل: كندا وجنوب أفريقيا)
- دور المجتمع المدني والقادة الدينيين في تعزيز احترام الرعاية الصحية (حلقة عمل واحدة: السنغال)
- تعزيز الممارسة العملية العسكرية التي تضمن الوصول الآمن إلى الرعاية الصحية وتقديمها (حلقة عمل واحدة: أستراليا)
- الأطر الوطنية المعيارية لحماية توفير الرعاية الصحية (حلقة عمل واحدة: بلجيكا)

تعريفات

بما أن مشروع الرعاية الصحية في خطر يتعامل مع عدد من المواقف المختلفة، فإنه يتعين فهم المصطلحات المستخدمة في هذا المؤلف - مثل طواقم ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية - على نطاقٍ أوسع من مصطلحات «العاملون بالخدمات الطبية» و«الوحدات» و«النقل» بموجب القانون الدولي الإنساني وهو ما ينطبق أثناء النزاع المسلح. وتدخل الطواقم الطبية والوحدات ووسائل النقل في تعريف القانون الدولي الإنساني عندما تكون «مخصصة حصرياً للأغراض الطبية من قبل سلطة مختصة أو طرف في النزاع». وفي سياق مشروع الرعاية الصحية في خطر، يمكن أن تدخل طواقم الرعاية الصحية أو الوحدات أو وسائل النقل ضمن نطاق التعريف حتى لو لم يتم تخصيصها من قبل طرفٍ من أطراف النزاع.

وتشمل مرافق الرعاية الصحية المستشفيات والمختبرات والعيادات ومراكز الإسعافات الأولية ومراكز نقل الدم والمستودعات الطبية والصيدلانية لهذه المرافق.²

تشمل طواقم الرعاية الصحية:³

- الأشخاص ذوي المؤهلات المهنية الذين يعملون في مجال الرعاية الصحية مثل الأطباء وهيئة التمريض والمسعفين وأخصائيي العلاج الطبيعي والصيدال؛
- العاملين في المستشفيات والعيادات ومراكز الإسعافات الأولية وسائقي سيارات الإسعاف ومديري المستشفيات أو العاملين بصفتهم المهنية داخل المجتمع؛
- العاملين والمتطوعين التابعين للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر الذين يشاركون في تقديم الرعاية الصحية؛
- الطواقم الطبية للقوات المسلحة؛
- الأشخاص التابعين للمنظمات الدولية وغير الحكومية ذات التوجه الصحي؛
- المسعفين.

وتشمل وسائل النقل الطبية سيارات الإسعاف أو السفن الطبية أو الطائرات الطبية - سواء كانت مدنية أو عسكرية - ووسائل النقل التي تنقل الجرحى والمرضى وطواقم الرعاية الصحية والإمدادات الطبية أو المعدات. ويشمل المصطلح جميع السيارات المستخدمة لأغراض الرعاية الصحية حتى لو لم تكن تقتصر مهمتها على النقل الطبي وتقع تحت سيطرة السلطة المختصة لطرف من أطراف النزاع، مثل السيارات الخاصة التي تستخدم في نقل الجرحى والمرضى إلى مرافق الرعاية الصحية وسيارات النقل الخاصة بالوحدات الطبية والحافلات التي تنقل الأشخاص والطواقم الطبية (مثل تلك التي تنقل اللقاحات المحلية أو تعمل في العيادات المتنقلة).

2 اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: إقامة الدعوى، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، 2011

3 اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الرعاية الصحية في خطر: مسؤوليات طواقم الرعاية الصحية العاملة في النزاعات المسلحة وغيرها من حالات الطوارئ، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، جنيف، 2012.



3. الإطار القانوني لحماية الرعاية الصحية

1.3 الإطار القانوني الدولي (القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان)

يوضح هذا القسم القواعد المحددة للقانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان⁴ بشأن حماية توفير الرعاية الصحية في وقت السلم وأثناء النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى.

1.1.3 الحماية العامة

بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، تلتزم الدول الأطراف في المعاهدات ذات الصلة في كل الأحوال (أي في وقت السلم وأثناء النزاع المسلح) بتوفير نظام رعاية صحية فعال. ويجب أن توفر إمكانية الوصول إلى المرافق الصحية الأساسية والسلع والخدمات والوصول إلى الحد الأدنى من الغذاء والمأوى الأساسيين وإلى السكن والصرف الصحي والإمدادات الكافية من المياه النظيفة الصالحة للشرب فضلاً عن توفير الأدوية الأساسية، مع احترام مبادئ عدم التمييز والوصول العادل إلى تلك الخدمات. ويجب على الدول أيضاً أن تقوم بتصميم وتنفيذ استراتيجيات الصحة العامة.⁵

وتوجد أحكامٌ مماثلةٌ في القانون الدولي الإنساني وتلزم الدول بتوفير الإمدادات الغذائية والطبية للسكان. ففي الأراضي المحتلة، على سبيل المثال، تلتزم سلطة الاحتلال (بالتعاون مع السلطات الوطنية والمحلية)، وبالحد الأقصى من الوسائل المتاحة، بضمان وتوفير المنشآت والخدمات الطبية وخدمات الصحة العامة والنظافة واعتماد التدابير الوقائية اللازمة لمكافحة انتشار الأمراض المعدية والأوبئة.⁶

وعلى الرغم من أن القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان يسمحان للدول بأن تضطلع بالتزاماتها وفقاً للموارد المتاحة لديها، فإن نقص الموارد في حد ذاته لا يبرر التقاعس. وعندما تكون الموارد محدودة للغاية، يتعين على الدول أن تعتمد برامجاً منخفضة التكلفة تستهدف الفئات السكانية الأكثر حرماناً وتهميشاً.⁷

4 إن القانون الدولي الإنساني هو مجموعة من القواعد التي تسعى، لأسباب إنسانية، للحد من آثار النزاع المسلح. وهو قانون يحمي الأشخاص الذين لا يشاركون أو لم يعدوا يشاركون في الأعمال العدائية ويحدد وسائل وأساليب الحرب. وينطبق القانون الدولي الإنساني في حالات النزاع المسلح، سواء ذات طابع دولي أو غير دولي. إن القانون الدولي لحقوق الإنسان هو مجموعة من القواعد التي تسعى إلى حماية الأفراد من السلوك التعسفي الذي تمارسه حكوماتهم. وتعتبر حقوق الإنسان استحقاقات أصيلة تخص كل شخص. ومن حيث المبدأ، تنطبق حقوق الإنسان في جميع الأوقات، سواء في زمن السلم أو في حالات النزاع المسلح. ومع ذلك، تسمح بعض معاهدات حقوق الإنسان للحكومات بالانتقاص من بعض الحقوق في حالات الطوارئ العامة. للمزيد من المعلومات حول أوجه الشبه والاختلاف بين القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان، يرجى الرجوع إلى موقع اللجنة الدولية للصليب الأحمر: <https://www.icrc.org/ar/war-and-law/ihl-other-legal-regimes/ihl-human-rights>

5 التعليق العام رقم 14 للجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة، 11 آب/أغسطس 2000. En NB,2000 [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4). التعليقات العامة تشكل تفسيراً رسمياً للالتزامات الدول بموجب معاهدات حقوق الإنسان. ومع ذلك، ليست ملزمة للدول على هذا النحو.

6 تنص المادة (56) من اتفاقية جنيف الرابعة بالكامل على ما يلي: «يتعين على السلطة المحتلة، بالحد الأقصى من الوسائل المتاحة لديها بالتعاون مع السلطات الوطنية والمحلية، ضمان وتوفير المنشآت والخدمات الطبية وخدمات الصحة العامة والنظافة في الأراضي المحتلة، مع إشارة خاصة إلى اعتماد وتطبيق التدابير الوقائية اللازمة لمكافحة انتشار الأمراض المعدية والأوبئة. ويجب أن يُسمح لأفراد الطواقم الطبية من جميع الفئات للقيام بواجباتهم. في حال إنشاء مستشفيات جديدة في الأراضي المحتلة وكانت الأجهزة المختصة في الدولة المحتلة لا تعمل هناك، فإنه يتعين على سلطات الاحتلال، إذا لزم الأمر، منحها الاعتراف المنصوص عليه في المادة 18. وفي الظروف المماثلة، تقر سلطات الاحتلال أيضاً بوجود موظفي المستشفيات وسيارات النقل وفقاً لأحكام المادتين 20 و21. وعند تبني إجراءات الصحة والنظافة وتنفيذها، يتعين على دولة الاحتلال أن تأخذ في الاعتبار التأثيرات المعنوية والأدبية لسكان الأراضي المحتلة».

7 الفقرة (10) من التعليق العام رقم (3) للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؛ اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، تقييم الالتزام باتخاذ خطوات «بالحد الأقصى من الموارد المتاحة» بموجب البروتوكول الاختياري الملحق بالعهد، 10 أيار/مايو 2007، http://www2.ohchr.org/english/issues/escr/docs/e_c12_2007_1.pdf الفقرة 10.

لضمان كفاءة الحصول على الرعاية الصحية، يجب على الدول نشر محتوى التزامات القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان على أوسع نطاق ممكن داخل أراضيها. ويجب توفير هذه المعلومات بالأخص للقوات المسلحة والدفاع المدني والموظفين المكلفين بإنفاذ القانون. كما ينبغي نشر ذلك بين طواقم الرعاية الصحية وبين المدنيين بشكل عام.⁸ وقد يتطلب التوثيق ترجمة النصوص القانونية. كما يتعين على الدول تزويد القادة العسكريين والموظفين المكلفين بإنفاذ القانون بمستشارين قانونيين وذلك بهدف مساعدتهم على تطبيق القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان والتوعية بهما.⁹

2.1.3 قواعد محددة¹⁰

(أ) حماية الجرحى والمرضى وطواقم ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية

الإطار القانوني¹¹

حماية الجرحى والمرضى

القانون الدولي الإنساني

المادة المشتركة رقم (3)، اتفاقيات جنيف الأربع

المواد 6، 7، 9، 10، 12، 15، 18، 19، 46، اتفاقية جنيف الأولى

المواد 6، 7، 9، 10، 12، 18، 21، 28، 30، 47، اتفاقية جنيف الثانية

المادة 30، اتفاقية جنيف الثالثة

المادتان 16 و 91، اتفاقية جنيف الرابعة

المواد 10، 11، 44 (8)، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف

المادتان 7 و 8، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف

القواعد 109-111، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي

القانون الدولي لحقوق الإنسان

المادة 25، الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، 10 كانون الأول / ديسمبر 1948

المادة 2، الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان

المادة 6 (1)، العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية

المادة 12، العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية

المادة 4، الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان

المادة 4، اللجنة الإفريقية لحقوق الإنسان والشعوب

المبادئ الأساسية بشأن استخدام القوة والأسلحة النارية من جانب المسؤولين المكلفين بإنفاذ القوانين

اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم (3)

اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم (14)

اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، تقييم الالتزام باتخاذ خطوات «بالحد الأقصى من

الموارد المتاحة» بموجب البروتوكول الاختياري للعهد، وثيقة الأمم المتحدة رقم E/C.12/2007/1، بتاريخ

10 آيار / مايو 2007.

وبالإضافة إلى ذلك، تجدر الإشارة إلى أن القواعد والمبادئ الدولية لآداب مهنة الطب¹² التي تحكم طواقم

الرعاية الصحية في أداء واجباتها تحتوي أيضاً على القواعد التي تهدف إلى حماية الجرحى والمرضى.

8 لمزيد من المعلومات عن النشر، يرجى الرجوع إلى نموذج البيانات المقدم من دائرة الخدمات الاستشارية التابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر «الترام نشر القانون الدولي الإنساني»، http://www.icrc.org/eng/assets/files/other/obligation_to_disseminate.pdf.

9 لمزيد من المعلومات عن المستشارين القانونيين في القوات المسلحة، يرجى الرجوع إلى نموذج البيانات المقدم من قبل دائرة الخدمات الاستشارية التابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر «المستشارون القانونيون في القوات المسلحة»، http://www.icrc.org/eng/assets/files/other/legal_advisers_ffaa.pdf.

10 يستند هذا القسم إلى الوثيقة المقدمة من اللجنة الدولية للصليب الأحمر للمؤتمر الدولي الواحد والثلاثين «الرعاية الصحية في خطر: احترام وحماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وغيرها من حالات العنف»، http://www.icrcconference.org/docs_upl/en/311C_Health_Care_in_danger_EN.pdf.

11 لمزيد من المعلومات حول القواعد المتعلقة بالعقوبات الجزائية عن الانتهاكات الخطيرة لاتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية التي ترتكب ضد الجرحى والمرضى وطواقم ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبي، يرجى الرجوع إلى القسم 3-1-3.

12 يشير مصطلح «آداب مهنة الطب» إلى فرع من آداب المهنة التي تتعامل مع القضايا الأخلاقية في الممارسة الطبية. انظر الجمعية الطبية العالمية، دليل آداب مهنة الطب، الطبعة الثانية، 2009، http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/intro_en.pdf، ص. 9.

حماية طواقم الرعاية الصحية

القانون الدولي الإنساني

المواد 24-27، 28-30، 32، اتفاقية جنيف الأولى

المادتان 36 و37، اتفاقية جنيف الثانية

المادة 20، اتفاقية جنيف الرابعة

المادتان 15 و16، اتفاقية جنيف الأولى

المادتان 9 و10، اتفاقية جنيف الثانية

القواعد 25، 26، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي

القانون الدولي لحقوق الإنسان

العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية لسنة 1966

الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان

المجلس الاستشاري لحقوق الإنسان

اللجنة الإفريقية لحقوق الإنسان والشعوب

حماية مرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية

القانون الدولي الإنساني

المواد 19-23، 33-37، اتفاقية جنيف الأولى

المواد 21-35، 38-40، اتفاقية جنيف الثانية

المواد 18، 19، 21، 22، 57، اتفاقية جنيف الرابعة

المواد 12-14، و21-31، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف

المادة 11، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف

القواعد 28 و29، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي

القانون الدولي لحقوق الإنسان

اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14

- يجب اتخاذ جميع التدابير الممكنة لتوفير الرعاية الصحية للجرحي والمرضى على أساس غير تمييزي.

بموجب القانون الدولي الإنساني، تلتزم جميع الأطراف بشكل أساسي في أي نزاع مسلح بتزويد الجرحى والمرضى بالرعاية الطبية والاهتمام قدر الإمكان وبأقل قدر من التأخير. ويجب توفير الرعاية الطبية والاهتمام دون أي تمييز سلبي بغض النظر عن الطرف الذي ينتمي إليه الشخص المصاب أو المريض، وبصرف النظر عن عرقه أو دينه أو آرائه السياسية أو المعايير الأخرى المماثلة.¹³ ويجوز التمييز فقط على أسس طبية بحتة.¹⁴ ويعني شرط التأهل «بقدر الإمكان وبأقل قدر من التأخير» أن هذا الالتزام ليس مطلقاً ولكن يتطلب من الأطراف اتخاذ جميع التدابير الممكنة إذا توفرت مواردها وإذا توفرت جدوى تنفيذ تلك التدابير أثناء النزاع المسلح.¹⁵ ومع ذلك، لا يجب ترك أي شخص عمداً دون مساعدة طبية.¹⁶

وبموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، تلتزم الدول بضمان الحق غير القابل للتقييد في الحياة من خلال الامتناع عن الحجب المتعمد أو التأخير في توفير الرعاية الصحية للأفراد الخاضعين لولايتها القضائية في الظروف التي تهدد الحياة.¹⁷ وبالإضافة إلى ذلك، تنص المبادئ الأساسية بشأن استخدام القوة والأسلحة النارية بواسطة الموظفين المكلفين بإنفاذ القانون، وهو صك قانوني غير ملزم اعتمد في 1990 في مؤتمر الأمم المتحدة الثامن لمنع الجريمة ومعاملة المجرمين على أنه «عندما يكون الاستخدام القانوني للقوة والأسلحة

13 وفقاً للتعليق على البروتوكولات الإضافية بتاريخ 8 حزيران | يونيو 1977 لاتفاقيات جنيف بتاريخ 12 آب | أغسطس 1949، فإن مصطلح «دون تمييز مجحف» المذكور في اتفاقيات جنيف الأربعة وفي ديباجة البروتوكول الإضافي الأول يعني أن كل الفروق ليست محظورة لكن فقط تلك الفروق التي تهدف إلى المساس ببعض الأشخاص أو فئات من الأشخاص.

14 المادة المشتركة رقم 23، اتفاقية جنيف الأولى - الرابعة، المادة 12؛ اتفاقية جنيف الأولى، المادة 12؛ اتفاقية جنيف الثانية، المادة 10 (2)؛ البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف، المادة 27؛ البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف، القاعدة 110، ل. دوزولد- بيك وج. م. هنكيرس، القانون الدولي الإنساني العرفي / اللجنة الدولية للصليب الأحمر، مطبعة جامعة كامبريدج، عام 2005 (دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي).

15 تعليق على المادة 10، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف، الفقرات 446 و451.

16 المادة 12 (2)، اتفاقية جنيف الأولى واتفاقية جنيف الثانية.

17 اعترفت المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان في قضية فيرس ضد تركيا بذلك، طلب رقم 94/25781، الحكم الصادر بتاريخ 10 أيار / مايو 2001، الفقرات 219-221. وبشكل أعم، انظر أيضاً لجنة الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، التعليق العام رقم 6: الحق في الحياة، 30 نيسان / أبريل 1982، <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/84ab9690ccd81fc7c12563ed0046fae3> الفقرة 45؛ م. نواك، عهد الأمم المتحدة للحقوق المدنية والسياسية: التعليق الخاص بالعهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية، الطبعة الثانية، كيل - ستراسبج - آرنجتون: ن. ب. أنجيل، 2005 (نواك، التعليق الخاص بالعهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية)، ص 123-124.

النارية أمرًا لا مفر منه، يتعين على الموظفين المكلفين بإنفاذ القانون (...) التأكيد من توفير المساعدات والمعونات الطبية وتقديمها إلى أي شخص مصاب أو متضرر في أقرب وقت ممكن»¹⁸.

وعلاوة على ذلك، وفي إطار الحق في الصحة المنصوص عليه في سلسلة من الصكوك المعنية بحقوق الإنسان والمعزز في الدساتير الوطنية، يتعين على الدول على الأقل ضمان توفير رعاية صحية أساسية غير تمييزية، بما في ذلك الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية.¹⁹ وبعد ذلك التزامًا غير قابل للتقييد ولكنه ليس التزامًا مطلقًا، إذ أن تنفيذه يعتمد على الموارد المتاحة.²⁰ ومع ذلك، تعتبر الدول ملزمة بالاستفادة من الموارد المتاحة، وعندما تكون تلك الموارد غير كافية، فإنه يتعين على هذه الدول البحث بشكل نشط عن موارد في شكل تعاون ومساعدة من المجتمع الدولي.²¹ إن أي قيود أخرى مفروضة على الحق في الصحة يجب أن تكون وفقًا للقانون، بما في ذلك القانون الدولي لحقوق الإنسان، وأن تكون متوافقة مع طبيعة هذا الحق، وأن تكون مطلوبة بغرض السعي نحو تحقيق أهداف مشروعة وتهدف بدقة إلى خدمة الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية العامة. وعلاوة على ذلك، يجب أن تكون هذه القيود مفروضة لمدة محدودة وتخضع لمراجعة منتظمة.²²

– يجب اتخاذ جميع التدابير الممكنة للبحث عن الجرحى والمرضى وجمعهم وإجلالهم بطريقة غير تمييزية.

بموجب القانون الدولي الإنساني، يتعين على جميع الأطراف في أي نزاع مسلح، كلما سمحت الظروف بذلك ولكن بشكل خاص في أعقاب القتال، اتخاذ جميع التدابير الممكنة دون إبطاء نحو البحث عن الجرحى والمرضى وجمعهم وإجلالهم دون أي تمييز سلبي.²³

وضمن نطاق الحق في الصحة في القانون الدولي لحقوق الإنسان، يقع على عاتق الدول التزام غير قابل للانتقاص وهو ضمان الوصول إلى «المرافق الصحية والسلع والخدمات على أساس غير تمييزي»²⁴ شريطة توافر الموارد.²⁵ وبينما يجب أن تكون «المرافق الصحية والسلع والخدمات» في المتناول المادي والأمن لجميع فئات السكان، يقع على عاتق الدول التزام خاص باتخاذ جميع التدابير الممكنة – بما في ذلك البحث عن الجرحى والمرضى وجمعهم وإجلالهم – لتوفير الوصول إلى الرعاية الصحية للأشخاص الذين لا يمكنهم ممارسة ذلك الحق بالوسائل المتاحة لهم لأسباب خارجة عن إرادتهم.²⁶ وحيث إن إمكانية الحصول على الرعاية الصحية في كثير من الأحيان غير متوفرة للجرحى والمرضى بسبب حالتهم البدنية و/أو العنف السائد، فإن الوفاء بهذا الالتزام يستتبعه واجب البحث النشط عن الجرحى والمرضى وجمعهم وإجلالهم.

18 المبادئ الأساسية بشأن استخدام القوة والأسلحة النارية من جانب الموظفين المكلفين بإنفاذ القانون، A/CONF.144/28/Rev.1، مؤتمر الأمم المتحدة الثامن لمنع الجرائم ومعاملة المجرمين (المبادئ الأساسية بشأن استخدام القوة)، عام 1990، <http://www.unrol.org/doc.aspx?d=2246>، ص.2. وعلاوة على ذلك، تنص المادة 6 من مدونة قواعد السلوك الخاصة بالموظفين المكلفين بإنفاذ القانون على أنه: «يتعين على الموظفين المكلفين بإنفاذ القانون ضمان الحماية الكاملة لصحة الأشخاص المحتجزين لديهم، وعلى الأخص، يجب اتخاذ إجراءات فورية لتوفير الرعاية الطبية كلما لزم الأمر». مدونة قواعد السلوك الخاصة بالموظفين المكلفين بإنفاذ القانون، قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 169/34، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 17 كانون الأول/ديسمبر 1979، <http://www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/LawEnforcementOfficials.aspx>

19 التعليق العام رقم 3: طبيعة التزامات الدول الأطراف، 14 كانون الأول/ديسمبر 1990.

<http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/94bdbaf59b43a424c12563ed0052b664>

الفقرة 10، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرة 43.

20 المادة (2) 1، العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 19 كانون الأول/ديسمبر 1966.

21 اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 3، الفقرة 10؛ اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، تقييم الالتزام باتخاذ خطوات «بالحد الأقصى من الموارد المتاحة» وبموجب البروتوكول الاختياري الملحق بالعهد، 10 آيار/مايو 2007، http://www2.ohchr.org/english/issues/escr/docs/e_c12_2007_1.pdf، الفقرة 10.

22 المادة 4، العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرات 28-29.

23 المادة 15 (1)، اتفاقية جنيف الأولى، المادة 18؛ اتفاقية جنيف الثانية، المادة 8؛ البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف، المادة 109؛ دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي.

24 اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرة 43.

25 المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، 10 كانون الأول/ديسمبر 1948؛ المادة 12، العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

26 اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرات 12، 37، 43.

– يجب ألا يتعرض الجرحى والمرضى وطواقم الرعاية الصحية للهجوم أو حرمانهم بشكل تعسفي من حياتهم أو سوء معاملتهم. ولا يتم تبرير استخدام القوة ضد طواقم الرعاية الصحية إلا في ظروف استثنائية. كما لا يجوز مهاجمة مرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية ويجب نشرها قدر الإمكان.

ويشتمل القانون الدولي الإنساني على الالتزامات الأساسية لاحترام وحماية الجرحى والمرضى في جميع الظروف. ويستتبع ذلك على وجه الخصوص عدم مهاجمتهم أو إساءة معاملتهم أو إيداعهم بأي شكل من الأشكال أو قتلهم. كما يستلزم ذلك حمايتهم واتخاذ التدابير الفعالة لمساعدتهم وضمان احترامهم من قبل أطراف ثالثة.²⁷

وتستمد الحماية المحددة التي ينص عليها القانون الدولي الإنساني بشأن طواقم ووحدات الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية من الالتزامات الأساسية لاحترام وحماية الجرحى والمرضى.²⁸ ويجب أيضاً ألا تتعرض طواقم ووحدات الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية – سواء كانت عسكرية أو مدنية – التي تقوم بمتابعة مهامها الإنسانية بشكل حصري للهجوم أو الإيداع بأي شكل من الأشكال، ويجب أن تكون محمية خلال الأعمال العدائية.²⁹ وهكذا، خلال سير العمليات العدائية، لا تحظر الهجمات الموجهة عمداً ضدهم والهجمات العشوائية التي تؤثر عليهم على أساس الالتزام بالاحترام والحماية فحسب، بل تحظر أيضاً الهجمات التي يمكن أن تسبب ضرراً مفرطاً للطواقم والوحدات ووسائل النقل الطبية فيما يتعلق بالميزة العسكرية والمادية المباشرة المتوقعة.³⁰

ويلتزم أطراف النزاع أيضاً بالقيام بكل شيء ممكن للتحقق من أن الهجمات ليست موجهة ضد المدنيين والأهداف المدنية والأهداف التي تستحق حماية خاصة (كما هو الحال بالنسبة لطواقم ووحدات الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية)، ولكن ضد الأهداف العسكرية فقط.³¹ وعند استهداف الأهداف العسكرية، يتعين على أطراف النزاع أيضاً اتخاذ جميع الإجراءات الاحترازية الممكنة أثناء اختيار وسائل وأساليب الهجوم، وذلك بهدف تجنب أو على الأقل الحد من حدوث أضرارٍ عرضيةٍ لطواقم ووحدات الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية.³²

ويتطلب هذا الأمر: اختيار وسائل وأساليب الهجوم التي تحقق أقل قدرًا من الإصابات العرضية بشأن الجرحى والمرضى وطواقم الرعاية الطبية، وإلغاء الهجمات عندما يتضح أنها يمكن أن تؤدي إلى إصابات أو أضرار مفرطة³³ أو يتضح أن الأهداف ليست عسكرية في طبيعتها أو تتمتع بحماية خاصة، وإطلاق إنذار مسبق وفعال بالهجمات التي قد تؤثر على السكان المدنيين. كما يفرض الواجب المتمثل في تجنب الطواقم والوحدات ووسائل النقل الطبية في سير العمليات العدائية، والمتأصل في الالتزام باحترام وحماية هؤلاء الأشخاص وتلك الأهداف فضلاً عن الجرحى والمرضى، على الطرف المدافع اتخاذ التدابير الوقائية. ويتعين على أطراف النزاع، وبالحد الأقصى الممكن، التأكيد على أن الوحدات الطبية موجودة في أماكن تجعل الهجمات ضد الأهداف العسكرية لا تشكل خطراً على سلامتها.³⁴ ويجب عليهم أيضاً، وبالحد الأقصى الممكن، الحد من آثار الهجمات عن طريق نقل الجرحى والمرضى وطواقم ووحدات الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية خارج نطاق الأهداف العسكرية.³⁵

إن الحماية المحددة المكفولة لطواقم ووحدات الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية قد تفقد حال القيام أو الاعتياد على القيام بأعمال خارج نطاق مهامها الإنسانية والقيام بأعمالٍ تضر بالعدو.³⁶ ومن أمثلة هذه الأعمال

27 المادة 12، اتفاقية جنيف الأولى؛ المادة 12، اتفاقية جنيف الثانية؛ المادة 16، اتفاقية جنيف الرابعة؛ المادة 10، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ المادة 7، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف؛ التعليق على المادة 10، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف، الفقرة 446. وفقاً للتعريف، بموجب القانون الدولي الإنساني، يمتنع الجرحى والمرضى عن أي عمل عدائي. انظر المادة 8 (أ)، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف.

28 التعليق على المادة 12، اتفاقية جنيف الأولى، ص. 134.

29 التعليق على المادة 18، اتفاقية جنيف الرابعة، ص. 147-148؛ التعليق على المادة 10، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف، ص. 146؛ التعليق على المادة 11، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف، ص. 1433، 1434.

30 بشكل عام، قد يستفيد أيضاً الأشخاص الآخرون الذين لم يتم تكليفهم حصراً بتنفيذ الأنشطة الطبية من قبل طرف من أطراف النزاع إذا كانوا من المدنيين، من الحماية ضد الهجمات المباشرة أو العشوائية وضد الهجمات التي يمكن أن تسبب ضرراً مدنياً مفرطاً فيما يتعلق بالميزة العسكرية والمادية المباشرة المتوقعة. المادة 51، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف، المواد 1، 11، 14، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي.

31 المادة 19، اتفاقية جنيف الأولى؛ المادتين 22 و38، اتفاقية جنيف الثانية؛ المادتين 18 و22، اتفاقية جنيف الرابعة؛ المادة 51، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ المادة 1، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي.

32 المادة 57 (2) (أ) (2)، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ القاعدة 17، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي.

33 المادة 57 (2) (أ) (1) والمادة 57 (2) (ب)، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ القواعد رقم 16 و19، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي.

34 انظر المادة 19 (2)، اتفاقية جنيف الأولى؛ المادة 18 (5)، اتفاقية جنيف الرابعة؛ المادة 12 (4)، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي، ص. 96.

35 انظر المادة 58 (أ)، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ القاعدة 24، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي.

36 القواعد 25، 28، 29، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي؛ المواد 19 (1)، 24-26، 35، اتفاقية جنيف الأولى؛ المادتين 23 و36، اتفاقية جنيف الثانية؛ المواد 18، 20، 21، اتفاقية جنيف الرابعة؛ المواد 12 (1)، 15، 21، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ المادتين 9 و11 (1)، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف.

ما يلي: إيواء المقاتلين القادرين بدنيًا على الحركة، تخزين الأسلحة أو الذخيرة، العمل كمراكز مراقبة عسكرية أو كدروع لعمل عسكري،³⁷ نقل القوات القادرة بدنيًا على الحركة، نقل الأسلحة أو الذخائر، جمع أو نقل الاستخبارات العسكرية.³⁸ ومع ذلك، هناك بعض الأعمال الأخرى التي لا تؤدي إلى فقدان الحماية المحددة مثل: حمل أو استخدام الأسلحة الفردية الخفيفة للدفاع عن النفس أو للدفاع عن الجرحى والمرضى، تواجدهم أو توفير الحراسة من قبل أفراد الجيش، حيازة الأسلحة الصغيرة والذخائر التي أخذت من الجرحى والمرضى ولم تسلم حتى ذلك الوقت إلى السلطات المختصة.³⁹

وبموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، تلتزم الدول بعدم إخضاع أي من الأفراد الخاضعين لولايتها القضائية—بما في ذلك الجرحى والمرضى وطواقم الرعاية الصحية—للحرمان التعسفي من الحياة.⁴⁰ ولا يتم تبرير استخدام القوة ضد طواقم الرعاية الصحية من قبل قوات الأمن أو الشرطة أو القوات المسلحة التابعين للدولة الذين يشاركون في عمليات إنفاذ القانون إلا عندما يكون الأمر ضروريًا للدفاع عن شخص من تهديد وشيك على حياته أو على سلامته البدنية.⁴¹ وبشكل عام، لا يمكن للجرحى والمرضى ولا طواقم الرعاية الصحية أن يشكلوا تهديدًا يبرر استخدام القوة. ومع ذلك، إذا كان هناك ما يبرر استخدام القوة، يتعين على مسؤولي الدولة المشاركين في عمليات إنفاذ القانون أن يصدرُوا تحذيرًا واضحًا بشأن عزمهم على استخدام الأسلحة النارية، مع ما يكفي من الوقت لتسجيل التحذير—إلا إذا كان هذا الإنذار من شأنه أن يؤدي إلى مخاطرة فعلية أو وفاة المسؤول المعني أو أشخاص آخرين.⁴²

في الواقع، إن الالتزام باحترام الجرحى والمرضى وطواقم الرعاية الصحية الذي يتضمن في جوهره أنهم لن يتعرضوا للأذى أو سوء المعاملة، يمنع الاغتصاب وأشكال العنف الجنسي الأخرى ضدهم. وبشكل أكثر تحديدًا، يحظر القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني الاغتصاب وأشكال العنف الجنسي الأخرى في جميع الأوقات⁴³ في كل من النزاع المسلح الدولي وغير الدولي.⁴⁴ وقد يتعارض الاغتصاب وأشكال العنف الجنسي أيضًا مع التزام الدول بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان بعدم إخضاع الأفراد الخاضعين لولايتها القضائية للمعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة أو إخضاعهم للعقاب.

— لا ينبغي منع الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية بشكل تعسفي أو الحد منه.

بموجب القانون الدولي الإنساني، فإن الالتزام باحترام الطواقم الطبية، ووحدات الرعاية الصحية، ووسائل النقل الطبية التي تؤدي وظائفها الطبية الحصرية يعني أيضًا أنه لا يجوز إعاقة أداء تلك الوظائف دون مبرر. ويعني ذلك أنه يجب عدم منع مرور الطواقم الطبية وإمداداتها بشكل تعسفي.⁴⁵ وشأنها شأن جميع الالتزامات الأخرى المتعلقة بطواقم ووحدات الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية، فإن هذا الالتزام مستمد من الالتزامات الأساسية لاحترام وحماية وجمع ورعاية الجرحى والمرضى.⁴⁶ فعلى سبيل المثال، حيث أن الالتزام بضمان الرعاية الملائمة للجرحى والمرضى يشمل تسليمهم إلى وحدة طبية أو السماح بنقلهم إلى مكان حيث يمكن رعايتهم بشكل كافٍ،⁴⁷ فإن الإجراءات التعسفية التي تعيق حصولهم على الرعاية الصحية اللازمة تعد انتهاكًا لهذا الالتزام.

37 التعليق على المادة 21، اتفاقية جنيف الأولى، الفقرات 200-201؛ التعليق على القاعدة 28، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي، ص. 97.

38 التعليق على المادة 29، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي، ص. 102.

39 المادة 22، اتفاقية جنيف الأولى؛ المادة 13، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ التعليق على القاعدتين 25 و29، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي، ص. 85 و102.

40 المادة 6(1)، العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، 16 كانون الأول/ديسمبر 1966؛ المادة 2، الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان، 4 تشرين الثاني/نوفمبر 1950؛ المادة 4، الاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان، 22 تشرين الثاني/نوفمبر 1969؛ المادة 4، الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب، 27 حزيران/يونيو 1981.

41 المادة 2(2)، المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان، جيريرو ضد كولومبيا، طلب رقم R11/45، وثيقة الأمم المتحدة. الملحق رقم 40 (A/37/40)، 31 آذار/مارس 1992، الفقرتين 13-2 و13-3؛ محكمة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان، قضية لاس الميراس، الحكم الصادر بتاريخ 26 تشرين الثاني/نوفمبر 2002، السلسلة ج. رقم 96 (2002)؛ نوك، تعليق العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، ص. 128؛ المبدأ رقم 9 والمبدأ رقم 10، المبادئ الأساسية بشأن استخدام القوة والأسلحة النارية من جانب الموظفين المكلفين بإنفاذ القانون، وثيقة الأمم المتحدة (1990) A/CONF.144/28/Rev.1 (المبادئ الأساسية بشأن استخدام القوة).

42 المبدأ رقم 9 والمبدأ رقم 10، المبادئ الأساسية بشأن استخدام القوة.

43 المادة 7، العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، المادة 5؛ المجلس الاستشاري لحقوق الإنسان، المادة 3؛ المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان، المادة 24؛ اتفاقية حقوق الطفل، اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. انظر أيضًا الحاشية رقم 5.

44 المادة 3 المشتركة بين اتفاقيات جنيف؛ المادة 27، اتفاقية جنيف الرابعة؛ المادة 75، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ المادة 1(77)، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ المادة 4 (2)، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف؛ القاعدة 93 دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي.

45 التعليق على المادة 12، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف، ص. 166، الفقرة 517.

46 التعليق على المادة 12، اتفاقية جنيف الأولى، ص. 134.

47 التعليق على المادة 12، اتفاقية جنيف الأولى، ص. 137؛ التعليق على المادة 8، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف، ص. 1415، الفقرة 4655.

وبموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، فإن الالتزام غير القابل للتقييد باحترام الحق في الحصول على الرعاية الصحية والمرافق والسلع والخدمات على أساس غير تمييزي يلزم الدول بالامتناع عن حرمان الجرحى والمرضى بشكل تعسفي أو الحد من الوصول إليهم كإجراء عقابي ضد المعارضين السياسيين على سبيل المثال.⁴⁸ ويعد فرض قيود على علاج الأشخاص الذين يُعتقد بأنهم من معارضي الحكومة بمثابة تقييد تعسفي لأنه من الصعب على الدولة أن تظهر أن هذه القيود متوافقة مع الطبيعة الأساسية للحق في الحصول على الرعاية الصحية.⁴⁹ ولا يمكن فرض القيود لأسباب تتعلق بالأمن الوطني إلا إذا كانت تخدم الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية للسكان في الدولة.⁵⁰ ولن يكون هذا هو الحال عندما يحرم أي جزء من السكان من الرعاية الصحية اللازمة بشدة.

– يجب أن يكون الجرحى والمرضى وكذلك طواقم ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية متمتعين بالحماية ضد تدخل الأشخاص الآخرين. ويجب مساعدة طواقم ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية أيضًا في أداء واجباتها.

بموجب القانون الدولي الإنساني، تلتزم أطراف النزاع بحماية الجرحى والمرضى والطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية. ويعني ذلك أيضًا ضمان احترامهم من قبل الأشخاص الآخرين واتخاذ التدابير لمساعدة طواقم ووحدات الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية في أداء واجباتها. ويتطلب ذلك، على سبيل المثال، نقل الجرحى والمرضى من مواقع المعركة وإيوائهم أو ضمان توصيل الإمدادات الطبية أو غيرها من الإمدادات العاجلة من خلال توفير المركبات.⁵¹ ويجب على الأخص حماية الجرحى والمرضى من سوء المعاملة ونهب ممتلكاتهم الشخصية.⁵²

وبموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، فإن التزام الدول بضمان حق الأفراد في الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية والحصول على السلع والخدمات على أساس غير تمييزي، يعني أيضًا أنه يجب على تلك الدول اتخاذ التدابير الإيجابية لتمكين الأفراد من التمتع بحقوقهم في الصحة.⁵³ كما تلتزم الدول باتخاذ التدابير المناسبة لمنع الأشخاص الآخرين من التدخل في عملية العلاج الطبي للجرحى والمرضى.⁵⁴

(ب) الشارات المميزة

الإطار القانوني

القانون الدولي الإنساني

المواد 36، 38-44، 53، 54 من اتفاقية جنيف الأولى؛ المواد 39، 41، 43-45، اتفاقية جنيف الثانية؛ المواد 18، 20-22، اتفاقية جنيف الرابعة.
المواد 8، 18، 23، 38، 85 من البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف.
المادة 12، اتفاقية جنيف الثانية والثالثة.
الفواعد 30، 59، 60 من دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي.
لائحة استخدام شارة الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر من قبل الجمعيات الوطنية.

إن شارة الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء هي الرموز التي يعترف بها القانون الدولي الإنساني للإشارة إلى الحماية الخاصة للفئات المختلفة من الطواقم الطبية ووحدات الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية (الاستخدام الوقائي)، وكذلك لبيان أن الأشخاص أو الأهداف ترتبط بالصليب الأحمر والهلال الأحمر (الاستخدام الإرشادي). ويحكم استخدامها اتفاقيات جنيف لسنة 1949؛ والبروتوكولين الإضافيين الأول والثاني لسنة 1977؛ والبروتوكول الإضافي الثالث لسنة 2005، وكذلك التشريع المحلي المعمول به في الدولة المعنية. وتحدد هذه الأحكام الأفراد والخدمات التي يحق لها استخدام الشارات والأغراض التي قد تُخصص لها.

48 اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرات 34، 43، 47، 50.

49 المرجع نفسه، الفقرة 28.

50 المادة 4، العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ألسون، ب. وكوين، ج. «طبيعة ونطاق التزامات الدول الأطراف بموجب العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية»، النشرة الفصلية لحقوق الإنسان، المجلد 9، العدد 2، آيار/ مايو 1987، ص 202.

51 التعليق على المواد 19، 24، 35، اتفاقية جنيف الأولى، ص 196، 220، 280؛ التعليق على المادتين 12 و 21، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف، ص 166، 250؛ التعليق على المادتين 9 و 11، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف، ص 1421، 1433.

52 المادة 15، اتفاقية جنيف الأولى؛ المادة 18، اتفاقية جنيف الثانية؛ المادة 16، اتفاقية جنيف الرابعة؛ المادة 8، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف؛ القاعدة 111، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي.

53 اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرة 37، المبدأ 5 (ج)، المبادئ الأساسية بشأن استخدام القوة.

54 انظر اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرتان 33 و 37.

وينظم استخدام الشارات في جميع الأوقات، خلال وقت السلم وخلال أوقات النزاع المسلح. ويعد أي استخدام للشارات غير منصوص عليه في القانون الدولي الإنساني بمثابة استخدام غير سليم.

– يجب استخدام شارات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء فقط لتحديد الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية المحمية المرخص لها بحمل الشارة في النزاعات المسلحة أو للإشارة إلى الأشخاص أو الأهداف التي ترتبط بالحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر.

بشكل عام، يجوز التفويض باستخدام الشارات للإشارة إلى الحماية المحددة التي يمنحها القانون الدولي الإنساني للخدمات الطبية للقوات المسلحة وللمستشفيات المدنية في وقت الحرب. كما تستخدمها الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر أو الهلال الأحمر، والاتحاد الدولي للصليب الأحمر والهلال الأحمر، واللجنة الدولية للصليب الأحمر.⁵⁵ وتدل القواعد الرئيسية التي تحكم استخدام الشارات أنه يمكن استخدامها فقط: (أ) للأنشطة الطبية، (ب) بتفويض من السلطات المعنية، (ج) تحت إشراف هذه السلطات.

وتقع مسؤولية التفويض باستخدام شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء على عاتق الدولة، التي يجب أن تنظم استخدامها بطريقة تتفق مع أحكام اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية. ولضمان الإشراف الفعال على استخدام الشارات، يجب أن تعتمد الدول التدابير الداخلية التي تقرر: (أ) تحديد وتعريف الشارة/ الشارات المعترف بها والمحمية، (ب) السلطة الوطنية المعنية بتنظيم استخدام الشارات، (ج) الكيانات المفوضة باستخدام الشارات، (د) الاستخدامات المصرح بها.

يشكل الاستخدام الوقائي للشارات علامة واضحة على الحماية التي يمنحها القانون الدولي الإنساني لفئات معينة من الأشخاص في النزاعات المسلحة، بينما يقصد بالاستخدام الإرشادي لها إظهار أن الأشخاص أو الأشياء مرتبطون بالحركة.⁵⁶ وعندما تستخدم الشارة كوسيلة للحماية، يجب التعرف عليها من أبعد مسافة ممكنة، وقد تكون كبيرة بالقدر الذي يضمن التعرف عليها.⁵⁷ وعلى النقيض من ذلك، عندما تستخدم الشارة كوسيلة إرشادية، يجب أن تكون صغيرة نسبيًا من حيث الحجم ولا يجوز عرضها على أسوار المعصم أو على أسطح المباني.⁵⁸ ويجدر التأكيد على أن الشارة على هذا النحو لا تمنح الحماية، ومن المعمول به أن القانون الدولي الإنساني هو الذي يمنح الحماية للجرحى والمرضى وللطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية.

ويعد التمييز بين الاستخدام الوقائي والإرشادي ضروريًا لتجنب أي التباس فيما يتعلق بمن يحق له استخدام الشارة كوسيلة للحماية في النزاعات المسلحة.⁵⁹ وبموجب المادة (4) من اللائحة التنفيذية بشأن استخدام الشارة، يتعين على الجمعيات الوطنية التي تستمر في ممارسة أنشطة في وقت السلم أثناء النزاع المسلح أن تتخذ جميع التدابير اللازمة للتأكيد على أن الشارة المستخدمة كوسيلة إرشادية لا ينظر إليها على أنها تمنح الحق في الحماية بموجب القانون الدولي الإنساني. وعلى الأخص، يجب على الجمعيات الوطنية أن تسعى في وقت السلم إلى عرض شارة ذات أبعاد صغيرة نسبيًا. ومع ذلك، فإن التعليق على تلك اللائحة يوضح بأن ذلك هو على سبيل التوصية، حيث نص على أن «استخدام شارة ذات حجم كبير ليس مستبعدًا في حالات معينة، مثل الأحداث التي يكون من المهم فيها التعرف بسهولة على المسعفين».⁶⁰ وفي هذا الصدد، أوصت الدراسة التي أجريت عام 2009 من قبل

55 الجهات المصرح لها باستخدام شارات الحماية هي: الخدمات الطبية للقوات المسلحة، والجماعات المسلحة المنظمة بدرجة كافية، والطواقم الطبية ووحدات الرعاية الطبية ووسائل النقل الطبي التابعة للجمعيات الوطنية المعترف بها رسميًا والمفوضة من قبل حكوماتها بمساعدة الخدمات الطبية للقوات المسلحة، عندما تعمل حصريًا لنفس أغراض الأخرى وتخضع للقوانين واللوائح العسكرية؛ والمستشفيات المدنية (عامة أو خاصة) المعترف بها على هذا النحو من قبل سلطات الدولة والمفوضة بعرض الشارة؛ الأشخاص القائمون على تشغيل وإدارة هذه المستشفيات المدنية (وأيضًا في البحث عن ونقل وإجلاء، وتوفير الرعاية للجرحى والمرضى المدنيين والمقعدين وحالات الولادة) في الأراضي المحتلة ومناطق العمليات العسكرية؛ الطواقم الطبية المدنية في الأراضي المحتلة والأماكن التي يدور فيها القتال أو من المحتمل أن يدور فيها؛ الوحدات الطبية المدنية ووسائل النقل الطبية كما هو محدد بموجب البروتوكول الإضافي الأول والمعترف بها من قبل السلطات المختصة والمفوضة من قبل تلك السلطات بعرض الشارة؛ جمعيات الإغاثة الطوعية الأخرى المعترف بها والمرخصة بما يخضع لنفس الشروط الخاصة بالجمعيات الأهلية. ويجوز للجنة الدولية للصليب الأحمر، والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر أن تستخدم الشارة لأغراض وقائية في النزاعات المسلحة دون مزيد من القيود. انظر المواد 39-44، اتفاقية جنيف الأولى؛ المواد 22-23، 26-28، 34-37، 39، 44-41، اتفاقية جنيف الثانية؛ المواد 11 (1) 4، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ المادة 12، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف؛ المادة 2، البروتوكول الإضافي الثالث لاتفاقيات جنيف.

56 المادة 44، اتفاقية جنيف الأولى؛ المادة 1، لائحة استخدام شارة الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر بواسطة الجمعيات الوطنية (لائحة استخدام الشارة)، المراجعة الأخيرة في عام 1991، <https://www.icrc.org/ara/resources/documents/misc/Synjff.htm>. إن الجهات المصرح لها باستخدام الشارة الإرشادية هي: الجمعيات الوطنية، سيارات الإسعاف، مراكز الإسعافات الأولية التي تديرها أطراف أخرى، عندما تكون مخصصة حصريًا لتوفير العلاج المجاني للجرحى والمرضى كندبير استثنائي بشرط أن يكون استخدام الشارة وفقًا للتشريعات الوطنية، وأن تكون الجمعية الوطنية قد كلفت صراحةً بمثل هذا الاستخدام. انظر المادة 44 (2) و(4)، اتفاقية جنيف الأولى. يجوز للجنة الدولية للصليب الأحمر، والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر أن تستخدم الشارة لأغراض إرشادية دون أي قيود، انظر المادة 44 (3)، اتفاقية جنيف الأولى.

57 المواد 39-44، اتفاقية جنيف الأولى؛ المادة 18، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ المادة 6، لائحة استخدام الشارة.

58 المادة 44 (2)، اتفاقية جنيف الأولى؛ المادتين 4، 16، لائحة استخدام الشارة.

59 المادة 44 (2)، اتفاقية جنيف الأولى.

60 التعليق على المادة 4، لائحة استخدام الشارة.

اللجنة الدولية للصليب الأحمر حول القضايا التشغيلية والتجارية وغير التشغيلية الأخرى بشأن استخدام الشارات أن المسعفين (والمرافق) الذين ينتمون إلى الجمعيات الوطنية يعرضون شارة إرشادية كبيرة الحجم في حالات الاضطرابات والتوترات الداخلية (أ) إذا كانت ستعزز من المساعدة الطبية لضحايا العنف، (ب) إذا كان مصرحاً بها أو على الأقل غير محظورة من قبل الإطار المعياري المحلي.⁶¹ وتجدر الإشارة إلى أن كلاً من اللجنة الدولية للصليب الأحمر والاتحاد الدولي يمكنهما استخدام الشارة، بما في ذلك كوسيلة للحماية، في جميع الأوقات دون أي قيودٍ أخرى.

ونظرًا للشروط الصارمة التي تنظم استخدام شارات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء، ونظرًا للحقيقة بأنه يمكن استخدام الشارات بشكل هامشي فقط في الحالات التي لا تنطبق عليها صفة النزاع المسلح، فإنه يمكن أيضًا تحديد أنشطة الرعاية الصحية بواسطة وسائل أخرى غير الشارات المميزة.

- يجب اتخاذ جميع التدابير اللازمة لمنع إساءة استخدام الشارة.

وبالإضافة إلى تنظيم استخدام الشارات، يتعين على الدول اتخاذ جميع التدابير اللازمة لمنع أي إساءة استخدام لها،⁶² بما في ذلك التقليد⁶³ والاستخدام غير الملائم⁶⁴ والاستخدام الخادع.⁶⁵ ويتطلب ذلك قيام الدول بوضع تشريعات تحظر وتعاقب على الاستخدام غير المصرح به للشارات في جميع الأوقات. ويجب تطبيق هذه التشريعات على جميع أشكال الاستخدام الشخصي والتجاري وتحظر التقليد أو التصاميم التي قد تؤدي إلى الالتباس بأنها شارة الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء. ويشكل الاستخدام الخادع للشارة أثناء النزاعات المسلحة - لإخفاء أو إيواء المقاتلين أو المعدات العسكرية على سبيل المثال - جريمة حرب عندما يؤدي إلى الوفاة أو إصابة خطيرة وينبغي قمعه على هذا النحو.

ولا يتأتى منع وقمع إساءة استخدام الشارة من خلال اعتماد تدابير جزئية أو تنظيمية فقط. ويتعين على الدولة أن تتعهد أيضًا بتوعية الجمهور وجميع الجهات المعنية مثل مجتمع الرعاية الصحية بالاستخدام السليم للشارات. كما أنه من الأمور الأساسية أن تنطبق تدابير منع إساءة استخدام الشارات أيضًا على أفراد القوات المسلحة. ومع ذلك، يجوز التأسيس لذلك من خلال العمليات الخاصة بالدولة التي تحكم الانضباط العسكري.

ويعد اعتماد تدابير محلية لضمان احترام الشارات بمثابة أمر أساسي للحفاظ على النزاهة أو الموضوعية المرتبطة بتوفير الرعاية الصحية. ونتيجة لذلك، تعزز الرعاية والحماية لأولئك الذين يتلقون المساعدات. ويمكن أن يؤدي إخفاق الدولة في اتخاذ التدابير المناسبة لمنع والحد من إساءة استخدام الشارات إلى تقليل درجة الاحترام والثقة التي تتمتع بها تلك الشارات وإلى نقص القيمة الوقائية وتعريض حياة أولئك الذين يستخدمونها بشكل مشروع للخطر. وبالإضافة إلى ذلك، من المرجح أن يؤدي الإخفاق في قمع إساءة استخدام الشارات في وقت السلم إلى فتح الطريق أمام المزيد من إساءة استخدامها أثناء النزاع المسلح.

61 اللجنة الدولية للصليب الأحمر، بالتشاور مع الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، والجمعيات الوطنية، دراسة عن القضايا التشغيلية والتجارية وغير التشغيلية الأخرى الخاصة باستخدام الشارة، CD/09/7.3.1، تشرين الأول/أكتوبر 2009، المقدمة إلى مجلس الوفود، نيروبي، كينيا، 23-25 تشرين الثاني/نوفمبر 2009، صفحة 80-82،

<https://www.icrc.org/ara/resources/documents/misc/emblem-study-011009.htm>

62 المادة. 54، اتفاقية جنيف الأولى؛ المادة 12، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف؛ المادة 6، البروتوكول الإضافي الثالث لاتفاقيات جنيف.

63 استخدام علامة قد تؤدي نظرًا لشكلها و/أو لونها إلى الخلط بينها وبين الشارة.

64 يشير ذلك إلى استخدام الشارة من قبل الجهات التي عادةً ما تكون مفضوعة بذلك ولكن بطريقة لا تتفق مع أحكام القانون الدولي الإنساني التي تحكم استخدامها، أو استخدام الشارة من قبل الكيانات أو الأشخاص الذين لا يحق لهم ذلك (المؤسسات التجارية، الصبادة، الأطباء الخاصين، المنظمات غير الحكومية، الأفراد العاديين، وخلافه)، أو لأغراض لا تتفق مع المبادئ الأساسية للحركة. انظر المادة 38، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف.

65 إساءة استخدام الشارة أثناء نزاع مسلح بهدف إيجاد الثقة لدى العدو ويؤدي به إلى الاعتقاد بأنه شخصٌ محميٌّ من أجل القبض عليه أو إصابته أو قتله. انظر المادة 37، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف، تشكل إصابة أو قتل عدو عن طريق الخداع جريمة حرب في كل من النزاعات المسلحة الدولية وغير الدولية، انظر المادة 8 (2) (ب) (حادي عشر) والمادة 8 (2) (هـ) (تاسعاً) من نظام روما الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية، 17/9/CONF.183/A/CONF.183/9، 17 يوليو 1998. انظر أيضاً المادة 85 (3) (و)، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف.

(ج) أخلاقيات الرعاية الصحية والالتزام بالسرية

الإطار القانوني

- المادة 16، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف.
 المادة 10، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف.
 القاعدة 26، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي.
 الجمعية الطبية العالمية، اللوائح الخاصة بأوقات النزاع المسلح.⁶⁶

– يجب ألا يتم إعاقة طواقم الرعاية الصحية عن أداء المهام الطبية الحصرية الخاصة بهم. ولا ينبغي أن يتعرضوا للمضايقة عند مساعدة الجرحى والمرضى أو يتم مقاضاتهم عن تنفيذ أعمال متوافقة مع آداب مهنة الطب.⁶⁷

بموجب القانون الدولي الإنساني، يستتبع الالتزام باحترام الطواقم الطبية الذين يؤدون واجباتهم الطبية الحصرية أيضًا التزام أطراف النزاع بعدم التدخل التعسفي في معالجتهم للجرحى والمرضى.⁶⁸ ويتعين على أطراف النزاع عدم التحرش بالطواقم الطبية أو معاقبتهم على القيام بأنشطة تنفق مع آداب مهنة الطب، ولا يجوز إجبار هؤلاء الموظفين على أداء أنشطة مخالفة لآداب مهنة الطب أو الامتناع عن أداء الأعمال التي تتطلبها تلك الآداب الطبية.⁶⁹ وتمنع هذه القواعد ممارسات مثل الاستيلاء المسلح على المستشفيات من قبل القوات المسلحة أو الجماعات المسلحة بما يؤدي إلى التحرش أو التخويف أو اعتقال طواقم الرعاية الصحية.

وتحظر مثل هذه الممارسات بنفس المستوى بموجب قانون حقوق الإنسان الذي يفرض أيضًا التزامًا غير قابل للتقييد باحترام حق الجرحى والمرضى في الوصول غير التمييزي إلى مرافق الرعاية الصحية والسلع والخدمات الطبية. ويفرض هذا الالتزام على الدول أن تمتنع عن التدخل بشكل مباشر أو غير مباشر فيما يتعلق بالتمتع بهذا الحق.⁷⁰

وعلاوة على ذلك، بموجب لائحة الجمعية الطبية العالمية في أوقات النزاع المسلح،⁷¹ ينبغي على الأطراف في أي نزاع مسلح عدم محاكمة الطواقم الطبية على تنفيذ أي من التزاماتهم فيما يتعلق بآداب مهنة الطب. وبالمثل، ينص قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 194/37 لسنة 1982 على أن هذه القاعدة تنطبق بغض النظر عن الشخص المستفيد من هذه الأنشطة الطبية.

– تعتبر المعلومات الخاصة بالمرضى التي يحصل عليها أفراد طواقم الرعاية الصحية أثناء أداء واجباتهم معلومات سرية ويجب عدم الكشف عنها لأي أطراف أخرى دون موافقة المريض إلا في ظروف محددة.

لدى طواقم الرعاية الصحية واجبات أخلاقية دقيقة يجب مراعاتها مثل علاج المرضى بطريقة غير تمييزية أو التصرف لصالح المريض عند تقديم الرعاية الصحية. كما تعتبر حماية سرية المعلومات التي يتم الحصول عليها فيما يتعلق بعلاج المرضى واحدة من أهم مبادئ آداب مهنة الطب.

وبموجب البروتوكولين الإضافيين الأول والثاني لاتفاقيات جنيف الصادرين بتاريخ 8 حزيران/يونيو 1977، ما لم يطلب منهم ذلك بموجب القانون، كالأخطار الإلزامي بشأن الأمراض المعدية على سبيل المثال، لا يجوز إجبار أفراد الطواقم الطبية على تقديم معلومات تتعلق بالجرحى والمرضى الذين يقدم أو قدمت لهم الرعاية الصحية إلى الطرف التابعين له أو إلى الطرف الخصم إذا كان من شأن هذه المعلومات أن تسبب ضررًا للمرضى أو أسرهم.⁷²

66 لوائح الجمعية الطبية العالمية الخاصة بأوقات النزاع المسلح.

67 يشير مصطلح «آداب مهنة الطب» إلى فرع من الأخلاقيات التي تتعامل مع القضايا الأخلاقية في الممارسة الطبية. انظر الجمعية الطبية العالمية، دليل آداب مهنة الطب، الطبعة الثانية، عام 2009. http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/intro_en.pdf، ص. 9.

68 التعليق على المواد 19، 24، و 35 من اتفاقية جنيف الأولى، ص. 196، 220، و 280؛ التعليق على المواد 12 و 21، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف، ص. 166 و 250؛ التعليق على المادة 11، البروتوكول الإضافي الثاني، ص. 1433.

69 المادة 18 (3)، اتفاقية جنيف الأولى؛ المادة 16 (1) و 16 (2)، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ المادة (1) (10) و (2) 10، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف.

70 اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14، الفقرتان 33 و 43.

71 لوائح الجمعية الطبية العالمية في أوقات النزاع المسلح وحالات العنف الأخرى.

72 المادة 16، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف والمادة 10، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف.

وبموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، إن الحق في عدم الخضوع لتدخل تعسفي أو غير قانوني في الخصوصيات، يكفل الحماية للأشخاص الخاضعين لولاية الدولة من الإفصاح دون مبرر عن البيانات الطبية والبيانات الخاصة الأخرى لأشخاص خارج نطاق العلاقة بين المتخصص في الرعاية الصحية والمريض.⁷³ ويجب ألا يتم هذا الإفصاح إلا إذا كان قائماً بشكل واضح على القانون الوطني؛ وتضيف الحماية من التدخل («التعسفي») أنه حتى التدخل الذي يجيزه القانون يجب أن يكون متوافقاً مع هدف وغرض القانون الدولي لحقوق الإنسان ومناسباً في الظروف الخاصة للحالة.⁷⁴

3.1.3 العقوبات

الإطار القانوني

المواد 49-54، اتفاقية جنيف الأولى.
المواد 50-53، اتفاقية جنيف الثانية.
المواد 146-149، اتفاقية جنيف الرابعة.
المادة 85، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف.
القواعد 156، 157، و158، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي.
المادة 8 (ب)(7)، (9)، (24)، المادة 8 (هـ)(2)، (4)، نظام روما الأساسي.

من خلال الانضمام إلى معاهدات القانون الدولي الإنساني، تلتزم الدول بضمان الامتثال لأحكام القانون الدولي الإنساني واتخاذ جميع التدابير اللازمة لمنع وقمع انتهاك مضمون هذا القانون. ويمكن أن تشمل هذه التدابير فرض عقوبات جزائية ولوائح عسكرية وأوامر إدارية.

- قمع جرائم الحرب⁷⁵

لدى الدول التزامات أخرى تتعلق بأخطر الانتهاكات لاتفاقيات جنيف والبروتوكول الإضافي الأول لهذه الاتفاقيات، ويشار إليها بـ «الانتهاكات الجسيمة». ويلزم القانون الدولي الإنساني الدول صراحةً بوضع تشريعات لتجريم ومعاقبة المسؤولين عن ارتكاب الانتهاكات الجسيمة، ويلزمها أيضاً بالبحث عن الأفراد الذين يُزعم أنهم ارتكبوا مثل هذه الجرائم، وتقديمهم للمحاكمة أمام محاكمها أو تسليمهم إلى دولة أخرى للمحاكمة.⁷⁶ ومن خلال هذه الأحكام، يمنح القانون الدولي الإنساني جميع الدول الولاية القضائية العالمية بشأن الانتهاكات الجسيمة. ولا يسمح القانون الدولي الإنساني لجميع الدول فحسب بل يلزمها بمقاضاة مرتكبي الانتهاكات الجسيمة، بغض النظر عن جنسيتهم وجنسية الضحية أو المكان الذي ارتكبت فيه الجريمة.

وبموجب القانون الدولي الإنساني العرفي، لا يوجد عفو ولا تقادمٌ قد يعفي المسؤولين عن ارتكاب جرائم الحرب من تقديمهم إلى العدالة.⁷⁷ ومن المهم أن نلاحظ أن القانون الدولي الإنساني ينص على المسؤولية الجنائية الفردية والمسؤولية القيادية عن جرائم الحرب.⁷⁸ ويعني ذلك أن القادة والمسؤولين الرئيسيين الآخرين مسؤولون عن جرائم الحرب التي ارتكبت بناءً على أوامرهم. كما يتحملون أيضاً المسؤولية الجنائية إذا ما أخفقوا في اتخاذ كافة التدابير اللازمة والمناسبة المتاحة لديهم لمنع أو معاقبة على ارتكاب جرائم الحرب عندما «يتنامى إلى علمهم أو يكون لديهم سبب للعلم بأن مروسيهم كانوا على وشك ارتكاب أو كانوا يرتكبون مثل هذه الجرائم».⁷⁹

73 المادة 17، العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية؛ لجنة حقوق الإنسان، التعليق العام رقم 16: الحق في احترام الخصوصية والعائلة والمنزل والمراسلات، وحماية الشرف والسمعة، 4 آب/أغسطس 1988،

[http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/23378a8724595410c12563ed004aeecd?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/23378a8724595410c12563ed004aeecd?Opendocument)، الفقرة 10.

74 لجنة حقوق الإنسان، التعليق العام رقم 16، الفقرتان 3 و4.

75 للحصول على معلومات أكثر تفصيلاً عن قمع جرائم الحرب، يرجى الرجوع إلى صحيفة الوقائع التي أعدها دائرة الخدمات الاستشارية للجنة الدولية للصليب الأحمر، «العقوبات القمعية: المعاقبة على جرائم الحرب»، http://www.icrc.org/eng/assets/files/other/penal_repression.pdf.

76 المادتان 49 و50، اتفاقية جنيف الأولى؛ المادتان 50 و51، اتفاقية جنيف الثانية؛ المادتان 129 و130، اتفاقية جنيف الثالثة؛ المادتان 146 و147، اتفاقية جنيف الرابعة.

77 القاعدتان 159 و160، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي.

78 القاعدة 151، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي، ص. 554، «أشكال المسؤولية الجنائية الفردية».

79 القاعدتان 152 و153، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي. انظر أيضاً المادة 86 (2)، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف.

وبموجب نظام روما الأساسي، قد تشكل الهجمات ضد المستشفيات أو أماكن يتم فيها تجميع الجرحى والمرضى والهجمات ضد الطواقم الطبية ووحدات الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية جرائم حرب في كل من النزاعات المسلحة الدولية وغير الدولية.⁸⁰ وبالإضافة إلى ذلك، إذا ارتكبت جرائم اغتصاب وبعض الأشكال الأخرى من العنف الجنسي في سياق النزاع المسلح، فإنها ترقى إلى جرائم الحرب ويجب قمعها وفقاً لذلك.⁸¹ كما قد تمثل جرائم الاغتصاب وغيرها من أشكال العنف الجنسي جرائم دولية أخرى.⁸²

- ضمان فعالية العقوبات

من أجل قمع جرائم الحرب والانتهاكات الأخرى التي ترتكب ضد توفير الرعاية الصحية الفعالة، يجب على الدول اتخاذ جميع التدابير اللازمة لضمان إدراج القواعد والعقوبات المعمول بها ضمن النظام القانوني المحلي، وكذلك ضمن الإطار المؤسسي لتلك الجهات الفاعلة في تنفيذ القانون الدولي الإنساني. ولا يمكن المبالغة في أهمية التنفيذ والنشر والتعليم والتدريب في هذا الصدد.

ويجب أن تكون عقوبات انتهاك قواعد القانون الدولي الإنساني - سواء العقوبات ذات الطبيعة الجنائية أو التأديبية أو الإدارية مصحوبة في جميع الأوقات بتدابير لتحسين التقيد بالقواعد واحترامها. لذا، ينبغي إدراج التدابير التي تمنع تكرار الانتهاكات، وينبغي أن تكون التدابير عملية وواقعية. وعلاوة على ذلك، يجب أن تكون العقوبات أكيدة بطبيعتها ويتم تنفيذها دون تمييز، وينبغي تطبيقها في أسرع وقت ممكن بعد ارتكاب الانتهاكات.⁸³

ويعتمد القمع الفعال لانتهاكات القانون الدولي الإنساني أيضاً على قدرة وخبرة السلطات الوطنية، لا سيما السلطات المعنية بإنفاذ القانون والسلطات القضائية. لذلك، عند تنفيذ أحكام القانون الدولي الإنساني في النظام القانوني المحلي، يمكن من جملة أمور أخرى تناول القمع بشكل أفضل من خلال ضمان وضوح واتساق الأحكام المعمول بها وتوفير التدريب للقضاة وأعضاء النيابة العامة.

- الانتهاكات المتعلقة بالحق في الصحة

بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، تلتزم الدول باتخاذ خطوات نحو الإعمال التدريجي والكامل للحق في الصحة بالنسبة لجميع الأفراد الخاضعين لولايتها القضائية بطريقة غير تمييزية وبالحد الأقصى الذي تسمح به الموارد المتاحة. وتعد الدول، حسب التعريف، مسؤولة عن أي انتهاك لهذا الالتزام.

وتتميز اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في تعليقها العام رقم 14 بين الانتهاك من خلال أفعال التنفيذ - التي تشمل «الإلغاء أو التعليق الرسمي للتشريعات اللازمة لاستمرار التمتع بالحق في الصحة أو اعتماد التشريعات أو السياسات التي تتعارض بشكل واضح مع الالتزامات القانونية المحلية أو الدولية الموجودة مسبقاً فيما يتعلق بالحق في الصحة» - والانتهاكات من خلال أفعال الإغفال، التي تشمل «عدم إنفاذ القوانين ذات الصلة». وتقوم اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بوضع تمييز آخر بين انتهاكات الالتزام باحترام هذا الحق وانتهاكات الالتزام بالحماية وانتهاكات الالتزام بالفوفاء.⁸⁴

80 انظر المادة 8 (2) (ب) (9) من نظام روما الأساسي: «تعتمد توجيه هجمات ضد المباني المخصصة للأغراض الدينية أو التعليمية أو الفنية أو العلمية أو الخيرية أو الآثار التاريخية أو المستشفيات أو أماكن تجمع المرضى والجرحى، شريطة ألا تكون أهدافاً عسكرية». المادة 8 (2) (ب) (24): «تعتمد توجيه هجمات ضد المباني والوحدات الطبية ووسائل النقل والأفراد من مستخدمي الشارات المميزة لاتفاقيات جنيف طبقاً للقانون الدولي». المادة 8 (2) (هـ) (2): «تعتمد توجيه هجمات ضد المباني والوحدات الطبية ووسائل النقل والأفراد من مستخدمي الشارات المميزة لاتفاقيات جنيف طبقاً للقانون الدولي». المادة 8 (2) (هـ) (4): «تعتمد توجيه هجمات ضد المباني المخصصة للأغراض الدينية أو التعليمية أو الفنية أو العلمية أو الأغراض الخيرية أو الآثار التاريخية أو المستشفيات وأماكن تجمع المرضى والجرحى، شريطة ألا تكون أهدافاً عسكرية».

81 انظر المادة 8 (2) (ب) (22) والمادة 8 (2) (هـ) (6)، نظام روما الأساسي.

82 يشتمل نظام روما الأساسي على جرائم الاغتصاب وغيرها من أشكال العنف الجنسي - «متى ارتكبت في إطار هجوم واسع النطاق أو منهجي موجه ضد أية مجموعة من السكان المدنيين، مع العلم بالهجوم» - في قائمة الجرائم ضد الإنسانية (انظر المادة 7 (1) (ز)، نظام روما الأساسي)؛ يمكن لجرائم الاغتصاب وغيرها من أشكال العنف الجنسي أن ترقى إلى حد التعذيب عندما تتم عمداً، على سبيل المثال، من قبل مسؤول في الدولة من أجل الحصول على اعترافات من الضحية أو طرف آخر (على سبيل المثال، انظر المحكمة الجنائية الدولية ليوغوسلافيا السابقة، المدعي العام ضد ديلاليتش وآخرون «سبيليتشي» (16 تشرين الثاني/نوفمبر 1998). يمكن للعنف الجنسي أن يشكل أحد أعمال الإبادة الجماعية عندما يتم وضعه على سبيل المثال كقياس لمنع الإنجاب داخل جماعة، من خلال التشويه والتعقيم الجنسي القسري وهكذا. (انظر على سبيل المثال المحكمة الجنائية الدولية لرواندا، المدعي العام ضد أكيسو، 2 أيلول/سبتمبر 1998).

83 انظر أ. م. لاروزا، «العقوبات كوسيلة للحصول على مزيد من الاحترام للقانون الإنساني: استعراض لفعاليتها» المجلة الدولية للصليب الأحمر، المجلد 90، رقم 870، حزيران/يونيو 2008.

84 التعليق العام رقم 14، الفقرات 47-52.

وفي إطار القانون الدولي لحقوق الإنسان، يجب أن يحصل أي شخص أو مجموعة من الأشخاص يتم انتهاك حقه/ حقهم في الصحة، على سبل الانتصاف القضائية أو غيرها من التدابير الفعالة المناسبة على كل من المستوى الوطني والدولي.⁸⁵ وفيما يتعلق بالمستوى الأخير، تجدر الإشارة إلى مقرر الأمم المتحدة الخاص المعني بالحق في الصحة⁸⁶ وآلية الشكاوى الفردية التي تم إنشاؤها بموجب البروتوكول الاختياري الملحق بالعهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية⁸⁷ والهيئات الإقليمية مثل لجنة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان والتي تضطلع بدورٍ مهمٍ في حماية الحق في الصحة.

2.3 الأطر القانونية المحلية - نتائج البحوث الأساسية

بين عامي 2012 و2013، أجرت وحدة الخدمات الاستشارية التابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر بشأن القانون الدولي الإنساني بحثًا مكتبيًا حول الأطر المعيارية الوطنية القائمة لحماية تقديم الرعاية الصحية. ولقد وضع استبيان مفصل وأرسل إلى المستشارين القانونيين الإقليميين لوحدة الخدمات الاستشارية، الذين جمعوا المعلومات ذات الصلة في 39 دولة من جميع أنحاء العالم.⁸⁸ وتعرض نتائج هذه الجهود - النتائج الرئيسية وتحليل الأطر المعيارية الوطنية في تلك الدول الـ 39 - في هذا القسم من التقرير.

ولقد اختيرت الدول بهدف بيان تنوع التقاليد القانونية والخصائص الإقليمية ونماذج الرعاية الصحية (الدول الوحيدة مقابل الدول الاتحادية، الرعاية الصحية الخاصة مقابل الرعاية الصحية العامة، وخلافه) ونتائج تقديم الرعاية الصحية. وقامت وحدة الخدمات الاستشارية بإعداد ست دراساتٍ فُطريةٍ على أساس الردود الواردة في الاستبيان، وهي واردة في الملحق 1.

1.2.3 مقدمة

اعتمدت جميع الدول التي خضعت للتحليل أطرًا معياريةً محليةً تهدف إلى تنظيم نظم الرعاية الصحية على أراضيها. ويختلف الإطار القانوني من حيث الجوهر والشكل من دولة إلى أخرى، حيث بعضها أكثر تفصيلاً من الأخرى. وتعتبر معظم الدول الحق في الصحة بمثابة حق دستوري⁸⁹ ولقد اعتمدت تشريعات بشأن الحصول على الرعاية الصحية ولوائحًا لنظام الرعاية الصحية وقوانينًا أو إجراءات خاصة بأوضاع محددة مثل الكوارث الطبيعية وحالات الطوارئ الأخرى. ومع ذلك، في معظم الحالات لا تحدد الأطر المعيارية نطاق تطبيقها لأنها لا تشير صراحةً إلى حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى، وبالتالي تظل عامةً نسبيًا.

وفي الوقت الحاضر، وضعت بضعة دول أطرًا قانونيةً صُممت خصيصًا لتناول حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى.⁹⁰ ومع ذلك، في معظم السياقات يُنص على الحماية الخاصة بتوفير الرعاية الصحية⁹¹ في التشريعات الوطنية التي تنظم استخدام الشارات المميزة وبالتالي تغطي جانبًا واحدًا فقط من هذه القضية، أو من خلال التشريعات الجنائية، أو بدلًا من ذلك، يتم النص عليها من خلال التدابير القانونية الأخرى والأدلة العسكرية.

85 المرجع نفسه، الفقرة 59.

86 المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية.

87 حتى 1 أيلول/سبتمبر 2014، كانت 15 دولة من الدول الأطراف في هذا البروتوكول الاختياري (الذي دخل حيز التنفيذ في عام 2008).

88 أفغانستان، الأرجنتين، أستراليا، روسيا البيضاء، البوسنة والهرسك، بلجيكا، البرازيل، بروندي، الكاميرون، شيلي، الصين، كولومبيا، جزر القمر، كرواتيا، جمهورية الكونغو الديمقراطية، مصر، المجر، الهند، ساحل العاج، كازاخستان، كينيا، ماليزيا، مالي، المكسيك، نيبال، نيجيريا، النيجر، باكستان، بيرو، الفلبين، بولندا، جمهورية كوريا، الاتحاد الروسي، السنغال، صربيا، أسبانيا، جنوب أفريقيا، تايلاند، وأوغندا.

89 بعض الأمثلة: الأرجنتين، روسيا البيضاء، البوسنة والهرسك، الكاميرون، شيلي، كولومبيا، ساحل العاج، كرواتيا، مصر، المكسيك، نيبال، النيجر، باكستان، الاتحاد الروسي، السنغال، وصربيا.

90 كولومبيا هي المثال الأجدد بالاهتمام للدولة التي وضعت أطرًا معياريةً خصيصًا لحماية تقديم الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وغيرها من حالات الطوارئ. في كانون الأول/ديسمبر 2012، أصدرت وزارة الصحة القرار رقم 4481، الذي اعتمد دليل الخدمات الطبية. انظر:

<http://www.icrc.org/eng/assets/files/2013/colombia-report--2012-icrc-eng.pdf>

بالإضافة إلى ذلك، يتضمن قانون 2011 بشأن تعويضات الضحايا وإعادة الأراضي أحكامًا مختلفة بشأن الحصول على الرعاية الصحية، وذلك كجزء من التعويضات لضحايا النزاع المسلح.

إن مثال أفغانستان أيضًا جدير بالاهتمام، حيث يتضمن القانون بشأن إدارة الكوارث نوعين من الكوارث: الكوارث الطبيعية وكوارث من صنع الإنسان. وكما يدل العنوان، يعود النوع الأول من الكوارث إلى أسباب طبيعية، بينما الأخيرة هي نتيجة أفعال البشر (الحرائق، تحطم الطائرات، التفجيرات، الصراعات، التهديدات على الإنترنت وخلافه).

ويعترف القانون البلجيكي بنوعين من الطوارئ: (1) حالات الطوارئ الجماعية، (2) المظاهرات.

91 لأغراض حلقة العمل هذه، فإن مصطلح «البعثة الطبية» يشمل ما يلي: (1) مرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية (مثل المستشفيات والعيادات ومراكز الإسعافات الأولية وسيارات الإسعاف)؛ (2) طواقم الرعاية الصحية (مثل العاملين في المرافق الطبية أو سيارات الإسعاف أو الممارسين المستقلين)؛ (3) موظفي الصليب الأحمر والهلال الأحمر العاملين في مجال تقديم الرعاية الصحية، بما في ذلك المتطوعين؛ (4) المنظمات غير الحكومية ذات التوجه الصحي؛ و(5) مرافق وموظفي الرعاية الصحية العسكرية ووسائل النقل الطبية العسكرية.

وحيث لا توجد أطر قانونية محددة تغطي النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى، فقد مكنت الدول السلطات من اتخاذ الإجراءات اللازمة للتعامل مع حالات الطوارئ عندما تظهر.⁹²

2.2.3 حماية الرعاية الصحية في القانون المحلي وعند التطبيق

حماية الجرحى والمرضى والطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية

- حماية الجرحى والمرضى

تحمي الأطر القانونية المختلفة الجرحى والمرضى على المستوى الوطني. وتشتمل الدساتير على الحق في الصحة وتوجد أحكام محددة قائمة بشأن الرعاية الصحية، ويعاقب القانون الإداري والجنائي على انتهاكات هذا الحق.

وتختلف نظم الرعاية الصحية من دولة إلى أخرى، كما تختلف شروط الحصول على الرعاية. وقد اعتمدت بعض الدول الأطر المحددة التي تضمن وصول الجرحى والمرضى إلى نظام الرعاية الصحية دون فرض أي شروط. ويمنح هذا النوع من الرعاية حيث ينظر إلى الجرحى والمرضى باعتبارهم ضحايا لوضع معين (النزاع المسلح أو حالات الطوارئ الأخرى).

وتعد كولومبيا⁹³ بمثابة حالة مثيرة للاهتمام لأنها الدولة التي كان عليها أن تتعامل مع كل من النزاع المسلح- نزاعٍ استمر حتى الآن لأكثر من 60 عامًا- وحالات الطوارئ الأخرى. ولقد نظمت نظام الرعاية الصحية لديها بحيث يأخذ في الاعتبار كلتا الحالتين. ولقد وضع نظامًا شاملًا لتقديم خدمات الرعاية الصحية لضحايا النزاعات المسلحة. وكما هو محدد في قانون رد حق الضحايا وتعويضات الأراضي لسنة 2011، للضحايا الحق في الحصول على الرعاية الصحية المجانية. ويتضمن هذا القانون قائمة من خدمات الرعاية الصحية المستحقة لضحايا النزاع المسلح. ويتم التأكيد بشكل خاص على الحصول على خدمات الإجهاض لضحايا العنف الجنسي عندما تغطي مثل هذه الحالات بواسطة أساليب القضاء للمحكمة الدستورية ودعمًا للحقوق الجنسية والإنجابية للمرأة.

في بيرو، تشمل خطة التعويض الخاصة بضحايا أحداث العنف التي وقعت في الفترة بين 1980 و2000 البرنامج الصحي الذي يمنح لهم الحق في الحصول على الرعاية الصحية المجانية. وبالإضافة إلى ذلك، أصدرت وزارة الصحة قرارًا في عام 2012 يشمل المبادئ التوجيهية لتقديم الدعم النفسي لأسر المفقودين.

ويمكن أن تختلف طرق الحصول على خدمات الرعاية الصحية في أوقات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى. فعلى سبيل المثال، في بلجيكا، ينص التشريع المحلي على أنه خلال حالات الطوارئ لا يلزم وجود إجراءات شكلية للحصول على خدمات الرعاية الصحية.

- حماية طواقم الرعاية الصحية

طواقم وأنشطة الرعاية الصحية

تقدم الأطر المعيارية الوطنية في كل حالة تقريبًا تعريفًا لمصطلح «طواقم الرعاية الصحية». ويتم تعريف «طواقم الرعاية الصحية» في الأطر القانونية الوطنية للمنظمة للنظام العام للرعاية الصحية، لا سيما الأحكام المتعلقة بمختلف فئات المتخصصين الصحيين (مثل الأطباء والتمريض وأطباء الأسنان). وبالإضافة إلى ذلك، يمكن إيجاد تعريف لـ «طواقم الرعاية الصحية» في القوانين التي تحمي شارات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء.⁹⁵

⁹² على سبيل المثال، في روسيا البيضاء، تنص المادة 63 من قانون الرعاية الصحية على أنه في حالات الطوارئ، يتعين على رجال الإنقاذ وموظفي وزارة الداخلية والمسؤولين الآخرين أن يتخذوا التدابير اللازمة لتقديم المساعدة للأشخاص الذين يحتاجون إلى الرعاية الصحية الطارئة.

⁹³ يرجى الرجوع إلى الدراسة القطرية الخاصة بكولومبيا في الملحق 1.

⁹⁴ يعتمد قرار وزارة الصحة في كولومبيا تعريف العام التالي لـ «الطواقم الطبية»: «أخصائيو الرعاية الصحية أو الأشخاص من ذوي الاختصاصات الأخرى التي تمارس المهام ذات الصلة بالصحة في سياق النزاع المسلح أو حالات الطوارئ الأخرى». وفي الاتحاد الروسي، تعرف «الطواقم الطبية» في المادة 2 - (الفقرة 13) من القانون الاتحادي رقم 323-FZ، على النحو التالي: «الشخص الحاصل على تعليم طبي أو غيره ويعمل في مؤسسة طبية وتشمل واجبات وظيفته الأنشطة الطبية، أو الشخص الذي لديه نشاط خاص ويشارك بشكل مباشر في الأنشطة الطبية». وفي حالات الكوارث، يعمل نفس الأشخاص أيضًا كأفراد إنقاذ.

⁹⁵ على سبيل المثال، في روسيا البيضاء، يقدم القانون الصادر بشأن الشارة تعريفًا لـ «الطواقم الطبية» في المادة 2 منه على أنهم: «الأشخاص المعينون على أساس دائم أو مؤقت بالبحث عن أو جمع أو نقل أو تشخيص أو علاج المرضى والغرقى والجرحى، بما في ذلك تقديم الإسعافات الأولية واتخاذ تدابير وقائية ضد الأمراض وأيضًا من أجل النواحي الاقتصادية والمادية وتوريد التقنية للتشكيلات الطبية». انظر <http://law.by/main.aspx?guid=3871&p0=H10000382e>

ويقف تنوع الأطر المعيارية الوطنية شاهداً على العديد من الطرق التي يتم بها تعريف مصطلح «طواقم الرعاية الصحية» في سياق النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى.⁹⁶ كما ينص أيضاً على الأنشطة التي تقوم بها طواقم الرعاية الصحية بطرق مختلفة في التشريعات الوطنية، وتشمل على وجه التحديد التشخيص والرعاية الوقائية والرعاية الخاصة والرعاية الطارئة والمساعدة ونقل ومعالجة الجرحى والمرضى.⁹⁷

ولقد وُضعت إجراءات استثنائية في بعض السياقات لتوفير الرعاية الصحية في حالات الطوارئ. فعلى سبيل المثال، في بلجيكا، يمكن لغير المؤهلين بشكل قانوني لممارسة مهنة الطب، ممارسة تلك المهنة في ظل ظروف استثنائية؛ يحق لهم تنفيذ بعض المهام الطبية بعد وقوع الكوارث أو أثناء الحروب.⁹⁸

ويتمثل أحد جوانب تعريف أنشطة الرعاية الصحية في تضمين الطب التقليدي،⁹⁹ حيث أن عدداً كبيراً من الناس يفضل الحصول على هذه الأنواع من العلاج. وهذا هو السبب في تبني دولٍ مختلفةٍ للأطر القانونية التي تنظم تلك الممارسات الطبية على وجه التحديد.¹⁰⁰

احترام وحماية طواقم الرعاية الصحية

يتمثل أحد الجوانب الأساسية لضمان التوفير الآمن والحصول على الرعاية الصحية وضمان احترام وحماية الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية. ففي معظم السياقات التي تم تحليلها، تشرف وزارات الصحة والهيئات الصحية بمختلف مستوياتها على إدارة طواقم الرعاية الصحية المدنية وتشرف وزارة الدفاع على الطواقم الطبية للقوات المسلحة.

وبخلاف الرقابة على طواقم الرعاية الصحية، يعد اعتماد التدابير اللازمة لضمان احترام وحماية تلك الطواقم الطبية بمثابة أمر حاسم لمنع تنفيذ هجمات من أي نوع ضدهم أو تدخل عنيف في عملهم. ويعد ذلك أمراً مهماً بشكل خاص في حالات تنفيذ تهديدات ضد طواقم الرعاية الصحية وأسرتهم. ويعتبر وضع أدوات وآليات محددة لضمان سلامتهم هو أحد الحلول الممكنة: على سبيل المثال الخطوط الساخنة التي تستخدمها طواقم الرعاية الصحية في الاتصال بهيئات الدولة لطلب الإخلاء أو الحماية.

وفي أفغانستان، اعتمدت بعض التدابير الوقائية لحماية عملية تقديم الرعاية الصحية فضلاً عن حماية الجرحى والمرضى. ويلزم قانون الشرطة أفراد الشرطة بحماية مرافق الرعاية الصحية العامة والخاصة ووسائل النقل الطبية. ويحق للمستشفيات الخاصة بموجب القانون اتخاذ التدابير الأمنية اللازمة لضمان سلامة المرضى والطواقم الطبية. وتجدر الإشارة إلى أنه في أفغانستان لا توجد آليات في الوقت الحاضر لرصد تنفيذ هذه الالتزامات القانونية.

96 يتضمن القانون المحلي تعريفات عديدة لـ «الطواقم الطبية»، وكذلك الأنظمة التي تحكم الأنشطة الطبية والخدمات الصحية. ويمكن إيجاد تعريفات لهذا المصطلح فيما يتصل بالأسباب التي تتعلق بالنزاع المسلح في عدد من الأدلة العسكرية. انظر على سبيل المثال، دليل قانون أستراليا في النزاعات المسلحة (2006)، أو دليل التدريب الخاص بالكابريون (2006)، أو دليل القانون الدولي الإنساني، بيرو (2004)، أو دليل جنوب أفريقيا الممنوح للتعليم المدني (2004) أو دليل قانون النزاعات المسلحة في إسبانيا (2007). وتأخذ هذه التعريفات في الاعتبار تعريف القانون الدولي الإنساني لهذا المصطلح.

97 في ساحل العاج، يشمل مصطلح «الأنشطة الطبية» الرعاية الوقائية والعلاج والرعاية الخاصة. وفي بوروندي، يشمل التشخيص والرعاية الوقائية والخاصة وتدريب الموظفين الجدد والتخطيط والإشراف. ينص قانون الشارة في روسيا البيضاء على أنه يمكن لطواقم الرعاية الصحية تنفيذ الأنشطة التالية: البحث عن وجمع ونقل وتشخيص وعلاج الجرحى والمرضى والغرقى، وتقديم الإسعافات الأولية والوقاية من الأمراض وتوفير الدعم اللوجستي لعمليات الوحدات الطبية. وتشمل أنشطة الطواقم الطبية في إطار الأنظمة المعمول بها في الهيئة الروسية لإدارة الكوارث ما يلي: توفير المساعدات الطبية في حالات الطوارئ، وتوفير الرعاية الطارئة والمساعدة، وضمان الاستجابة الفعالة لحالات الطوارئ، والتنبؤ بحالات الطوارئ، والتدريب على الإنقاذ.

وتقدم القوات المسلحة البلجيكية الدعم الطبي الذي يتضمن: (1) رعاية الجرحى والمرضى والغرقى والمدنيين والعسكريين، بما في ذلك الإخلاء؛ (2) توزيع الإمدادات الطبية؛ (3) تقييم السكان المحليين بشأن المبادئ العامة للطلب الوقائي والصحة العامة وتوعيتهم بالمخاطر الصحية البيئية؛ (4) تقديم المشورة للسلطات المحلية في المسائل الطبية مثل الوقاية وتوفير الدعم، إذا لزم الأمر؛ (5) المشاركة في جمع الجثث ونقلها. تدرج الدول أيضاً الأنشطة التي تقوم بها الطواقم الطبية في قوانينها التي تتعامل مع الكوارث وحالات الطوارئ الأخرى. على سبيل المثال، تحتوي الأنظمة التي تحكم كافة الهيئات الروسية لطلب الكوارث على القائمة التالية من الأنشطة الطبية:

(1) توفير المساعدة الطبية في حالات الطوارئ؛ (2) الرعاية والمساعدة في حالات الطوارئ؛ (3) ضمان الاستجابة الفعالة لحالات الطوارئ؛ (4) تحسين قدرات الخدمة؛ (5) تطوير الخبرات الفنية وتدابير الطوارئ (بما في ذلك الطوارئ الطبية) وكذلك الحماية فيما يتعلق بتنظيم السكان؛ (6) التنبؤ بحالات الطوارئ؛ (7) التدريب على الإنقاذ؛ (8) مهام أخرى.

يحدد دليل الخدمات الطبية في كولومبيا (انظر <http://www.icrc.org/eng/assets/files/2013/colombia-report--2012-icrc-eng.pdf>) ما يلي بصفة «أنشطة طبية»: البحث عن وجمع ونقل الجرحى والمرضى، توفير الإسعافات الأولية والتشخيص الطبي وإعادة التأهيل البدني بالنسبة لهم، إدارة الوحدات الطبية ووسائل النقل، الوقاية من الأمراض بما في ذلك تدابير مثل برامج التطعيم، التحكم في مصادر المياه، برنامج الأمراض المنقولة من الحيوان إلى الإنسان (zoonosis)، الرعاية الخارجية، كل الخدمات الإنسانية المتعلقة بالرعاية الصحية بشكل عام.

98 يرجى الرجوع إلى الدراسة القطرية الخاصة ببلجيكا في الملحق 1.

99 تعرف منظمة الصحة العالمية الطب التقليدي على أنه «مجموع المعارف والمهارات والممارسات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات المتأصلة في الثقافات المختلفة، سواء كانت قابلة للتفسير من علمه وتستخدم في رعاية الصحة وكذلك في الوقاية والتشخيص وتحسين أو علاج الأمراض الجسدية والعقلية». انظر موقع منظمة الصحة العالمية: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>.

100 لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى منظمة الصحة العالمية والوضع القانوني للطب التقليدي والطب التكميلي | (البديل: مراجعة عالمية، منظمة الصحة العالمية، عام 2001. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>).

وفي الصين، وضعت تدابيرٌ محددةٌ لحماية موظفي الصليب الأحمر. وأولئك الذين يمنعون من خلال العنف أو التهديد موظفي الصليب الأحمر العاملين من أداء عملهم أثناء الإغاثة في حالات الكوارث والاستجابة للطوارئ يخضعون لنفس العقوبة الجنائية المطبقة على أولئك الذين يعيقون عمل المسؤولين الحكوميين.

- حماية مرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية

تنص التشريعات الوطنية في كل حالة تقريباً على تعريفات لمرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية، سواء في القوانين التي تنظم نظام الرعاية الصحية أو في تلك القوانين التي تحمي شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر.¹⁰¹

ويمكن تقديم خدمات الرعاية الصحية من خلال شركات خاصة أو قد تكون جزءاً من نظام الرعاية الصحية العام.¹⁰²

الشعارات المميزة

اعتمدت كل دولة خضعت للدراسة تقريباً التشريعات الوطنية التي تحمي الشارة على النحو المتوخى بموجب المادة 54 من اتفاقية جنيف الأولى.¹⁰³ وقامت الدول التي لم تعتمد قانوناً خاصاً بحماية الشارة بتضمين هذه الأحكام في قوانينها الجنائية¹⁰⁴ أو أدرجت مبادئ توجيهية مناسبة في الأدلة العسكرية الخاصة بها.¹⁰⁵ وهناك بعض الدول التي لم تقم حتى الآن بصياغة أي تشريع في هذا الشأن.¹⁰⁶

وعلى الرغم من أن معظم الدول قد اعتمدت التشريعات الوطنية التي تحمي الشارة، فلا زالت هناك حاجة إلى التنفيذ الفعال فضلاً عن الحاجة إلى التدابير الوطنية التكميلية¹⁰⁷ التي توفر التنظيم المفصل لاستخدام الشارة.

إن الحكومة هي التي تخول وتراقب استخدام الشارة. وفي بعض السياقات، تشرف وزارة الدفاع على استخدام الشارة من قبل الخدمات الطبية للقوات المسلحة، بينما يمكن للسلطات العسكرية أو المدنية مثل وزارة الصحة أن تقوم بذلك فيما يتعلق بالمستشفيات والأهداف المدنية.¹⁰⁸ كما يمكن تفويض الجمعيات الوطنية باختصاص استخدام الشارة كوسيلة وقائية من قبل المستشفيات والأهداف المدنية.¹⁰⁹

ويمكن أيضاً تحديد أنشطة الرعاية الصحية المحمية بواسطة وسائل أخرى غير الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء.¹¹⁰ وهذا هو الحال في كولومبيا التي أنشأت واعتمدت وسائلها الخاصة لتحديد هوية أنشطة

101 على سبيل المثال، المادة 2 من قانون شعار نيجيريا تعرف «الوحدات الطبية» على أنها «المؤسسات الطبية الثابتة أو المتنقلة والوحدات المدنية أو العسكرية الأخرى التي تعمل على أساس دائم أو مؤقت من أجل البحث عن وجمع ونقل وتشخيص أو علاج ورعاية المرضى والجرحى والعرقى، بما في ذلك توفير الإسعافات الأولية والوقاية من الأمراض». وتُعرف «وسائل النقل الطبية على أنها (أي وسيلة من وسائل النقل، سواء كانت عسكرية أو مدنية، مخصصة حصرياً لنقل الأشخاص بسرعة في حالات الطوارئ إلى المرافق الطبية، ويمكن أن تكون تلك الوسائل عبارة عن إسعاف جوي أو طائرات هليكوبتر أو سيارات إسعاف أو سفن مستشفيات أو طائرات طبية. ويجب أن تخصص تلك المركبات والسفن والطائرات حصرياً لنقل المرضى أو الطواقم الطبية أو المعدات الطبية أو الإمدادات الطبية».

102 يرجى الرجوع إلى الدراسة القطرية الخاصة بـ كولومبيا في الملحق 1.

103 المادة 54، اتفاقية جنيف الأولى، تنص على أنه «تتخذ الأطراف السامية المتعاقدة التدابير اللازمة، إذا لم يكن تشريعها من الأصل كافياً، من أجل منع وقوع حالات إساءة الاستعمال المنصوص عنها بالمادة 53 في جميع الأوقات».

104 انظر، على سبيل المثال، ساحل العاج والسنگال وأوغندا.

105 يرجى الرجوع إلى «الأدلة العسكرية» تحت بند «الممارسة» في المادة 30، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي، https://www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v2_rul_rule30.

106 انظر، على سبيل المثال، بوروندي، ساحل العاج، نيبال، بيرو، الاتحاد الروسي، وجنوب أفريقيا. في نيبال، يتم حماية الشارة بقرار من وزارة الصحة التي تدرج في الدليل العسكري بشأن قانون النزاعات المسلحة. ولا يوجد إطار قانوني يحمي الشارة تحديداً. وفي الاتحاد الروسي، على الرغم من أنه وفقاً للدمستور، تعد المعاهدات الدولية جزءاً من النظام القانوني المحلي، لم يتم اعتماد أي قانونٍ محددٍ لحماية الشارة ولم تحدد جهة حكومية للإشراف على استعمالها على نحو سليم.

107 يرجى الرجوع إلى الدراسة القطرية الخاصة بالمكسيك في الملحق 1.

108 في الصين، على سبيل المثال، تقوم الحكومات على مختلف المستويات وبمساعدة الجمعية الوطنية بالإشراف على استخدام الشارات والتعامل مع إساءة استخدامها. ويتم التفويض باستخدام ومراقبة الاستخدام الوقائي لشارة الصليب الأحمر من قبل مجلس الدولة واللجنة العسكرية المركزية، ويتم التفويض باستخدام الإرشادي ومراقبته من قبل جمعية الصليب الأحمر الصينية. وفي الهند، يحظر القسم 12 من قانون اتفاقيات جنيف— وفقاً لاتفاقيات جنيف— استخدام شارة الصليب الأحمر وغيرها إلا بموافقة الحكومة المركزية. وحيث أن الهند لم تصادق على البروتوكول الإضافي الثالث لاتفاقيات جنيف، لا توجد حماية قانونية محددة لشارة الكريستالة الحمراء بموجب التشريعات الوطنية. وبالإضافة إلى ذلك، تشتمل قواعد جمعية الصليب الأحمر الهندي للولاية/ الأقاليم الاتحادية/ التقسيمات الإدارية التي وضعت بموجب المادة 5 من قانون جمعية الصليب الأحمر الهندي لسنة 1920، على بعض الأحكام التي تتعلق بالشارة وواجبات الأعضاء لضمان الاستخدام السليم.

109 لمزيد من المعلومات حول الدور الذي يمكن أن تقوم به الجمعيات الوطنية في التفويض باستخدام الشارة لأغراض وقائية، يرجى الرجوع إلى نشرة اللجنة الدولية للصليب الأحمر بشأن استخدام الشارة— القضايا التشغيلية والتجارية وغير التشغيلية الأخرى، 2001، ص. 60-64. ويمكن الاطلاع على هذه النشرة على الإنترنت على الرابط <https://www.icrc.org/ara/resources/documents/publication/p4057.htm>.

110 يرجى الرجوع إلى «الإطار القانوني» تحت القسم 3.

الرعاية الصحية (المشار إليها بالبعثة الطبية). وحيث أن استخدام شارات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء يخضع لشروط صارمة للغاية ويمكن أن تستخدم كوسائل وقائية في أوقات النزاع المسلح فقط، فإن استخدام علامات مميزة أخرى سيمكن من تعزيز حماية أنشطة الرعاية الصحية في حالات الطوارئ التي لا تصل إلى حد النزاع المسلح ومنع مخاطر إساءة استخدام الشارة حسب تعريف القانون الدولي الإنساني.

آداب مهنة الطب والالتزام بالسرية

أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى، تعد مسألة حماية البيانات الشخصية للمرضى وعدم إفشائها من بين القضايا الأكثر أهمية فيما يتعلق بآداب مهنة الطب والالتزام بالسرية. ولقد اعتمدت بعض الدول سياسة السرية التامة فيما يتعلق بالمعلومات الواردة في الملفات الطبية والتقارير الخاصة بإصابات معينة. غير أنه لا توجد قاعدة في القانون الدولي تمنع دولة من اعتماد تشريعات تلزم بتوفير المعلومات - على سبيل المثال للتعامل مع الأمراض الوبائية المحتملة - وقامت عددٌ من الدول بتنفيذ ذلك.¹¹¹

ولقد وضعت معظم الدول تشريعات محلية بشأن آداب مهنة الطب والالتزام بالسرية، ولكن دون إشارة محددة إلى النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى. ومع ذلك، يشتمل القانون الجنائي وقانون العقوبات العسكري في أسبانيا على القواعد التي تشير إلى آداب مهنة الطب أثناء النزاع المسلح.¹¹² وعلى النقيض من ذلك في المجر، حيث لا يحكم الخدمات الطبية للقوات المسلحة لوائحًا محددة بشأن آداب مهنة الطب أو الالتزام بسرية المعلومات الطبية، وتسري عليها اللوائح التي تنظم خدمات الرعاية الصحية المدنية.

في بلجيكا، يلزم قانون آداب مهنة الطب (القسم 55) الأطباء بضمان السرية المهنية بغض النظر عن الظروف. ويدين القسم 458 من قانون العقوبات البلجيكي أي انتهاك للسرية المهنية، ما لم يتم استدعاء الشخص المعني بالإفصاح للإدلاء بشهادته أمام المحكمة أو أمام لجنة تحقيق برلمانية، أو يلزمه القانون بالإفصاح عن المعلومات السرية التي لديه. وبموجب القانون الأفغاني، وضعت الاستثناءات الخاصة بسرية المعلومات الطبية للحفاظ على النظام العام والأمن وللمساعدة في منع ارتكاب جريمة أو إلقاء القبض على مرتكبي الجرائم ولمنع انتشار الأمراض المعدية التي قد تؤثر على أعداد كبيرة من السكان. وفي روسيا، تم تأسيس سرية المعلومات الطبية وفقًا للمادة (13) من القانون الاتحادي رقم FZ-323، وهناك أيضًا قائمة وافية من الحالات التي يمكن فيها الإفصاح عن المعلومات الطبية السرية إلى أطراف أخرى. ولم تشر هذه القائمة إلى ما إذا كانت هذه السرية تنطبق على النزاعات المسلحة أو حالات الطوارئ الأخرى، لكنها تشير إلى بعض الحالات التي تشكل حالات الطوارئ: (1) التهديد من الأمراض الوبائية أو حالات التسمم الجماعي؛ (2) التحقيق في الحوادث المرتبطة بالعمل.

ويبدو أن الحالات الأخيرة التي تم فيها مقاضاة طواقم الرعاية الصحية بسبب تقديم الرعاية الصحية لأعضاء الجماعات المسلحة غير التابعة للدولة تتناقض مع بعض أهم المبادئ الأساسية لآداب مهنة الطب. وفي بعض الحالات التي كانت موضوعًا لقرارات قضائية على المستوى الوطني، أصدرت المحاكم الوطنية حكمًا بإدانة طواقم الرعاية الصحية في أعمال إرهابية أو أعمال تمرد أو تقديم الدعم للإرهاب من خلال توفير الرعاية الصحية لأفراد من الجماعات المسلحة غير التابعة للدولة. وعلى الأخص، كانت قضية دي لا كروز فلوريس ضد بيرو موضوعًا لصدور قرارٍ من محكمة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان.¹¹³

111 القاعدة 26، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي. انظر، على سبيل المثال، الأمر التنفيذي للفلين رقم 212، الفقرة 276.

112 يتضمن قانون الجنائيات العسكري والقانون الجنائي قواعدًا بشأن آداب مهنة الطب ذات الصلة أثناء النزاعات المسلحة. وتحظر المادة 76 من قانون الجنائيات العسكري التجارب الطبية غير المبررة. كما تضيف المادة 609 حظرًا على أي أعمال طبية لا تخدم صالح المريض أو غير مطابقة للقواعد الطبية المتعارف عليها. أخيرًا، تلزم المادة 612 (3) تقديم المساعدة الطبية المناسبة وكذلك إبلاغ المريض بحالته. وهناك محظوراتٌ توفر وسيلة أساسية لكنها فعالة لضمان الالتزام بآداب مهنة الطب في النزاعات المسلحة.

113 محكمة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان، قضية دي لا كروز فلوريس ضد بيرو، المزايا والتعويضات والتكاليف. الحكم الصادر بتاريخ 18 تشرين الثاني / نوفمبر 2004، الفقرة 102. وجدت المحكمة أن الدولة قد انتهكت مبدأ الشرعية عندما أخذت في الحسبان العضوية في منظمة إرهابية، باعتبارها من العناصر التي أدت إلى المسؤولية الجنائية، وأخفقت في الالتزام بالإبلاغ من خلال تطبيق مادة لم تقدم تعريفًا لهذه الإجراءات؛ وبعدم تحديد أي من الأفعال المنصوص عليها في المادة 4 من المرسوم بقانون رقم 25.475 قد اقترفها المدعي لكي تتم إدانته بارتكاب الجريمة؛ وللمعاقبة على أي نشاط طبي لا يعد عملاً قانونيًا أساسيًا فحسب بل عمل يتعين على الطبيب تقديمه، وإجبار الأطباء على الالتزام بالإبلاغ عن السلوك الإجرامي المحتمل ارتكابه من قبل مرضاهم استنادًا إلى المعلومات التي يتم الحصول عليها أثناء ممارسة مهنتهم.

العقوبات

قد يُنظر إلى مختلف النهج التشريعية من جانب سلطات الدولة على أنها تشمل العقوبات الخاصة بانتهاكات القواعد التي تحمي توفير الرعاية الصحية داخل إطارها القانوني الداخلي، وبالتالي تمتثل لالتزامها بقمع ومنع تلك الانتهاكات بشكل فعال.¹¹⁴ وقد تكون العقوبات جنائية أو تأديبية أو إدارية في طبيعتها ويمكن أن تكون قابلة للجمع وفقاً لخطورة المخالفة المرتكبة.

وفي كينيا، ينص قانون اتفاقيات جنيف على قمع الانتهاكات الجسيمة للاتفاقيات. وبالإضافة إلى ذلك، تمنح المادة 8 من قانون الجرائم الدولية المحكمة العليا اختصاصاً فيما يتعلق بجرائم الحرب التي ارتكبت في كينيا أو في مكان آخر إذا كان الجاني أو الضحية مواطناً كينياً أو إذا كان الجاني متواجداً حالياً داخل البلاد. كما ينص قانون قوات الدفاع الكينية على اتخاذ تدابير تأديبية ضد بعض الجرائم المنصوص عليها في القانون. وتشمل تلك التدابير أحكاماً بالفصل من القوات المسلحة والتعنيف والغرامات وعقوبة السجن.¹¹⁵ كما تخضع انتهاكات القانون الدولي الإنساني أيضاً لإجراءات تأديبية بموجب الأدلة العسكرية لكل من روسيا البيضاء وروسيا.

وفي صربيا، يغطي القانون الجنائي جرائم الحرب التي ترتكب ضد السكان المدنيين والجرحى والمرضى والمعاملة القاسية للجرحى والمرضى والأسرى وإساءة استخدام الشارات المعترف بها دولياً. وفيما يتعلق بالعقوبات الإدارية، يمكن تطبيق عقوبة الغرامة على مرافق الرعاية الصحية عند (1) انتهاك قواعد حماية البيانات؛ (2) في حالات الأوبئة والكوارث الأخرى، عندما لا تقوم تلك المرافق بتقديم بيانات دقيقة عن الموقف إلى أجهزة الدولة ذات الصلة. وينص القانون أيضاً على تغريم الأشخاص المسؤولين عن مرافق الرعاية الصحية. وعلاوة على ذلك، يفرض القانون الصادر بشأن استخدام وحماية شارة واسم الصليب الأحمر غرامات على الاستخدام غير المصرح به لشارة الصليب الأحمر.

وبالمثل، في السنغال، تجرم إساءة استخدام شارة الصليب الأحمر والشارات المميزة الأخرى، ووفقاً للقانون الصادر بشأن استخدام وحماية شارة الصليب الأحمر والهلال الأحمر، يمكن الحكم على الجاني بغرامة و/أو ما يصل إلى خمس سنوات من السجن. وتتضاعف مدة العقوبة إذا ارتكبت المخالفة أثناء النزاع المسلح. ويتم النظر في عدد من التدابير المؤقتة في الإطار المعياري المحلي للسنغال، بما يشمل مصادرة الأشياء التي تحمل الشارة المميزة وتحميل الأشخاص المسؤولين عن ذلك الانتهاك كافة ما يستتبع ذلك من عقوبات.

¹¹⁴ لمزيد من المعلومات بشأن النهج الوطنية لقمع الجرائم الدولية، يرجى الرجوع إلى نشرة اللجنة الدولية للصليب الأحمر بشأن منع وقوع الجرائم الدولية: نحو نهج «متكامل» مبني على الممارسة الوطنية، تقرير الاجتماع العالمي الثالث للجان الوطنية لتنفيذ القانون الدولي الإنساني، شباط/فبراير 2014.

¹¹⁵ لمزيد من التفاصيل، انظر الدراسة القطرية الخاصة بكينيا في الملحق 1.



Amnon Gutman/ICRC

4. حلقة عمل بروكسل: المناقشات والتوصيات

1.4 ملاحظات عامة

يحتوي هذا القسم من التقرير على ملخص للمناقشات التي جرت في مجموعات العمل وخلال الجلسات العامة التي عقدت بعد كل جلسة لمجموعات العمل ويعكس إلى أفضل حد ممكن مختلف وجهات النظر التي أعرب عنها المشاركون. وبالتالي فإن التوصيات الواردة في هذا القسم هي نتاج مناقشات مكثفة وتبادل آراء بين جميع المشاركين حول الممارسات الجيدة والتحديات التي تواجههم في بلدانهم فيما يتعلق بحماية عملية توفير الرعاية الصحية خلال النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى.

وتم تقسيم المشاركين إلى أربع مجموعات عمل وفق الأفضليات اللغوية لهم بهدف تشكيل مجموعة ناطقة باللغة الفرنسية ومجموعة ناطقة باللغة الإسبانية ومجموعتين ناطقتين باللغة الإنجليزية. وعقدت أربع جلسات لمجموعات العمل المقابلة للموضوعات الأربعة الرئيسية التي سبق تحديدها من قبل اللجنة الدولية للصليب الأحمر. وفي إطار التحضير لحلقة العمل، تلقى جميع المشاركين وثيقة المعلومات الأساسية التي تلخص القواعد المستمدة من الإطار القانوني الدولي لحماية عملية توفير الرعاية الصحية إلى جانب نتائج الأبحاث التي أجرتها دائرة الخدمات الاستشارية بشأن الأطر القانونية الوطنية.¹¹⁶ وبغرض تسهيل وتوجيه النقاش ضمن مجموعات العمل حول أهم القضايا فيما يتعلق بكل موضوع، أعدت دائرة الخدمات الاستشارية أيضاً وثيقة أخرى تشمل أسئلة محددة للمناقشة في كل جلسة من جلسات مجموعات العمل.

وبالنظر إلى أن البلدان لم تصل في مجملها إلى المستوى ذاته من تنفيذ التزاماتها الدولية في إطارها القانوني المحلي، فإنه من المهم أن تقوم سلطات الدولة بتحديد أي من تلك التوصيات ذات صلة بسياساتها الخاصة واختيار الوسائل المناسبة لتنفيذها. ويتطلب هذا الأمر أن تقوم الدول باتخاذ التدابير اللازمة للتوصل إلى فهم شامل لطبيعة وأسباب العنف ضد الرعاية الصحية الذي يحدث على أراضيها.

ومن ناحية أخرى، فإن قيام الدولة باعتماد إطار قانوني واسع النطاق لحماية الرعاية الصحية لا يعني بالضرورة أنها امتثلت بالكامل لالتزاماتها الدولية. وفي الواقع، لا تزال الدول التي تقدمت بشكل كبير من حيث التنفيذ المحلي تواجه تحديات بشأن ضمان احترام القانون والحماية الفعالة لتوفير والحصول على الرعاية الصحية داخل أراضيها. وربما تحتاج هذه الدول إلى التركيز، على سبيل المثال، على نشر القواعد وعلى تدريب الجهات المعنية وتثقيف مرتكبي أعمال العنف المحتملين ضد الرعاية الصحية وعلى تعزيز فعالية نظم العدالة الجنائية والعقوبات ذات الصلة.

- وبشكل عام، تدور التوصيات المستخلصة من المناقشات حول ثلاثة أنواع رئيسية من التدابير وهي:
- التدابير التنظيمية لتنفيذ الإطار القانوني الدولي القائم.
 - التوزيع والتعليم والتدريب.
 - التنسيق بين الجهات المعنية.

2.4 المناقشات والتوصيات

1.2.4 الجلسة الأولى: سبل جعل الحماية القانونية للجرحى والمرضى والطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية أكثر فعالية

المناقشة

في الغالب، نجد أن حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى تجعل مسألة توفير الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ومرافقها أكثر صعوبة أو خطورة. وعلى أساس مبدأ وجوب حماية الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية ضد كل أشكال العنف ووجوب حصول الجرحى والمرضى على خدمات الرعاية الصحية غير التمييزية¹¹⁷ في جميع الظروف، ناقش المشاركون الأنواع المختلفة من التدابير الوطنية التي يمكن النظر في اتخاذها لتعزيز حماية عملية توفير الرعاية الصحية وضمان الوصول الفعال والأكثر أماناً إلى الرعاية الصحية في حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى، حيث غالباً ما تشتد الحاجة إلى تلك الرعاية.

وفي سياق الجلسة الأولى من مجموعة العمل، أعرب بعض المشاركين عن تحفظات على استخدام تعبير «حالات الطوارئ الأخرى»، المذكور في القرار رقم (5) الذي اعتمد في المؤتمر الدولي الواحد والثلاثين للصليب الأحمر والهلال الأحمر، نظراً لأن تلك الحالات غير محددة بوضوح في القانون الدولي؛ وطلب المشاركون بتحديد نطاقها عن طريق الدولة المعنية بما يتماشى مع الإطار القانوني المعمول به لديها. ولذلك، رأى هؤلاء المشاركون بأن مشروع الرعاية الصحية في خطر ينبغي أن يركز على تعزيز حماية عملية توفير الرعاية الصحية في حالات النزاع المسلح. وعلى النقيض من ذلك، رأى بعض المشاركين الآخرين أن مشروع الرعاية الصحية في خطر يجب أن يغطي أيضاً حماية الرعاية الصحية في حالات الطوارئ التي لا تصل إلى حد النزاع المسلح.

وطُرحت الأسئلة التالية على المشاركين:

- هل يجب أن يكون هناك إطاراً قانونيً محددٌ لحماية عملية توفير الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى أو أي قانون طوارئ محدد أم أن الإطار القانوني القائم ينطبق أيضاً على تلك الحالات؟
- هل تشمل متابعة الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية التدابير الخاصة بحمايتها فضلاً عن آليات تتبع التهديدات أو الهجمات ضدها؟
 - إذا كان الأمر كذلك، فما هي معايير تسجيل الحوادث، استناداً إلى تحليل سياقي لطبيعة حوادث العنف؟
 - ما هي الجهة التي ينبغي أن تدير آليات المتابعة تلك (سلطات الدولة أم جهات معنية أخرى)؟
- ما هي الاحتياجات الأخرى اللازمة لوضع وتنفيذ تدابير السلامة على المستوى المحلي للتأكيد على وصول الجرحى والمرضى بشكل فعال وأكثر أماناً إلى نظام الرعاية الصحية؟
- ما هي الاحتياجات الإضافية التي يجب توفيرها لتلبية احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بضحايا العنف الجنسي في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى؟
- هل الأنواع الأخرى من العلاج الطبي (مثل الطب التقليدي) مشمولة في مفهوم المهام الطبية؟

¹¹⁷ الحياد هو واحد من المبادئ الأساسية السبعة للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر الدولي وهو يحظر أي تمييز على أساس الجنسية أو العرق أو المعتقدات الدينية أو الطبقة الاجتماعية أو الآراء السياسية. ويسعى هذا المبدأ إلى تخفيف معاناة الأشخاص، حيث أنه يسترشد فقط باحتياجاتهم وإعطاء الأولوية للحالات الحرجة الأكثر إلحاحاً.

التوصيات

توصية (1): يجب أن تتخذ الدول التدابير المناسبة لتنفيذ التزاماتها الدولية فيما يتعلق بحماية الرعاية الصحية في إطارها القانوني المحلي بطريقة تأخذ بعين الاعتبار خصوصياتها الوطنية وتضمن الحماية الفعالة والحصول على الرعاية الصحية في جميع الظروف.

عند وضع الإطار القانوني الداخلي لحماية الرعاية الصحية، يتعين على سلطات الدولة النظر في مزايا وعيوب كل من التشريعات الخاصة المعمول بها في النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى والتشريعات العامة المعمول بها في جميع الظروف.

طلب من المشاركين التفكير في مزايا وعيوب وضع إطار قانوني محلي محدد ينطبق على حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى،¹¹⁸ إلى جانب التشريعات الأخرى المعمول بها في وقت السلم، بدلاً من وضع إطار قانوني عام معمول به في جميع الظروف. وبينما تباينت الآراء بشكل كبير بين مجموعات العمل، اتفق معظم المشاركين على أن الإطار القانوني المحدد له ميزة توفير أحكام واضحة تتطلب تفسيرات أقل وتعد أكثر ملاءمة لحالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى. ومع ذلك، يُعد ذلك على الأرجح غير فعال من الناحية العملية لأن عملية اتخاذ قرار سواء أكان الوضع يصل إلى نزاع مسلح أو حالة طوارئ أخرى من عدمه تتخذه سلطات الدولة وعادة ما يخضع لاعتبارات سياسية. وفي الواقع، قد تكون دولة ما غير راغبة في تصنيف الوضع القائم على أراضيها على أنه نزاع مسلح أو بدرجة أقل على أنه حالة طوارئ.¹¹⁹ وعلى النقيض من ذلك، أكد معظم المشاركين أن الإطار القانوني العام الذي لا يشير إلى أي وضع بعينه، وبالتالي ينطبق على كل الأحوال، يقدم ميزة تجنب قضية تصنيف الأوضاع من قبل سلطات الدولة.

واختلف بعض المشاركين حول أهمية وضع تشريعات تنطبق على حالات الطوارئ الأخرى لا سيما بحجة أن المصطلح لم يُعرف بشكل كافٍ بموجب القانون الدولي. وعلى النقيض من ذلك، اعتبر المشاركون الآخرون أن هناك حاجة إلى حماية معززة للحصول على الرعاية الصحية في البلدان التي تتعامل مع أشكال مختلفة من العنف الداخلي أو الاضطرابات التي لا تصل إلى حد النزاع المسلح.

وتم الاتفاق بشكل عام على أنه في حال اختيار الدولة اعتماد إطار محلي محدد ينطبق على النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى، سواء في شكل تشريع واحد ينطبق على كل الحالات أو في شكل قوانين محددة، فيستكون كل دولة مسؤولة عن تحديد وتقييد مصطلح «حالات الطوارئ الأخرى» بكل دقة في تشريعاتها الوطنية. وأشار أيضاً إلى أن التشريع المحدد يجب أن ينشر بشكل مناسب لجعل جميع الجهات المعنية على بينة بوجوده وأن يشمل تدريجياً خاصاً لطواقم الرعاية الصحية.

عند تنفيذ الإطار القانوني الدولي لحماية الرعاية الصحية يجب أن يؤخذ في الاعتبار خصوصيات كل نظام قانوني داخلي (على سبيل المثال، أنظمة القانون المدني مقابل أنظمة القانون العام) وتوزيع الاختصاصات القضائية (على سبيل المثال، الدول الاتحادية مقابل الدول المركزية).

رفض المشاركون فكرة وجود حل شامل فيما يتعلق بمسألة خصوصية الإطار القانوني اللازم لحماية الرعاية الصحية وأكدوا على أهمية النظر في خصائص كل دولة من حيث النظام القانوني وتوزيع الاختصاصات القضائية. على سبيل المثال، يمكن أن يؤثر توزيع الصلاحيات التشريعية بين السلطة المركزية والكيانات الاتحادية في الدول الاتحادية على قدرة سلطات الدولة على التشريع في المسائل المتعلقة بحماية الرعاية الصحية وأيضاً بشأن القضايا المتعلقة بحالات النزاع المسلح أو حالات الطوارئ الأخرى. وسواء كان الإطار القانوني المحلي لحماية عملية توفير الرعاية الصحية عاماً أو خاصاً، فمن المفهوم أنه يجب أن يعكس الالتزامات الدولية ويكون شاملاً ومتناسكاً.

والأهم من ذلك، يجب أن تكون تلك الأطر مصممة بطريقة تضمن أكبر قدرًا من الحماية الفعالة لتوفير والحصول على الرعاية الصحية.

¹¹⁸ يتضمن هذا الخيار، بالإضافة إلى التشريعات العامة المعمول بها في زمن السلم، تشريعات محددة قابلة للتطبيق في حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى أو تشريعات محددة تنطبق على النزاع المسلح ومزيد من القواعد التي تنطبق على حالات الطوارئ الأخرى.

¹¹⁹ على سبيل المثال، تستتبع حالة النزاع المسلح تطبيق الالتزامات المنصوص عليها في اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية (على سبيل المثال، فيما يتعلق بحماية السكان المدنيين أو حماية الأسرى).

توصية (2): ينبغي أن تقوم الدول بتطوير فهم أفضل لطبيعة العنف الموجه ضد الرعاية الصحية على أراضيها، بما في ذلك جميع أنواع التدخل دون مبرر في توفير الرعاية الصحية، بهدف تحسين الاستجابة الكافية.

إنشاء نظام وطني لجمع بيانات حول أحداث العنف التي ترتكب ضد الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية وكذلك ضد المرضى، بما في ذلك جميع أنواع التدخل في عملية توفير الرعاية الصحية.

أكد المشاركون على وجود نقص عام في المعلومات المتعلقة بطبيعة العنف الموجه ضد الرعاية الصحية في بلدانهم مع النظر في أسبابه وعواقبه ومركبيه بشكل خاص. وبهذا يعتبر إنشاء نظام وطني لجمع البيانات حول حدوث جميع أشكال العنف ضد الرعاية الصحية (بما في ذلك ممارسة الضغوط دون مبرر على طواقم الرعاية الصحية لمخالفتهم الواجبات المتعلقة بأداب مهنة الطب، مثل التزامهم بالحفاظ على سرية المعلومات الطبية) أمراً ضرورياً من أجل توفير فهم أفضل للوضع السائد في سياق معين والسماح لسلطات الدولة بأن تضع استراتيجية للمتابعة الكافية والاستجابة العملية للحماية. وتناولت النقاط المحددة التي نوقشت في هذا الصدد مسألة ما ينبغي الإبلاغ به في سياق جمع البيانات والجهة التي يجب أن تقوم بالإبلاغ والسلطة أو الكيان الوطني الذي يجب أن يتحمل مسؤولية جمع المعلومات وإدارة مثل هذا النظام وكذلك كيفية جمع البيانات والغرض من جمعها وكيفية استخدامها وحمايتها.

وبوجه عام، اتفق المشاركون على أن تقوم سلطات الدولة بإنشاء هذا النظام في وقت السلم كإجراء وقائي ويستجيب لمعايير معينة. وتجدر الإشارة إلى أن النظام الوطني لجمع البيانات يجب أن:

1. يسترشد بمعايير واضحة ويصنف البيانات في فئات محددة السياق (على سبيل المثال، ينبغي للتشريعات التي تؤسس مثل هذا النظام أن تحدد بدقة نوع المعلومات التي يتعين جمعها وسبل تنظيمها)؛
2. تديره سلطات الدولة (مثل الصحة، وزارة الداخلية، وأمين المظالم¹²⁰ حيثما توجد هذه الوظيفة)، وإشراك جميع الجهات المعنية المسؤولة عن نظام الرعاية الصحية (الجمعيات الطبية وخلافه) وأن يكون التنسيق أساسياً بين جميع الجهات المعنية؛
3. يكون مستقلاً وشفافاً بهدف ضمان موثوقية البيانات المجمعة؛
4. يخدم فقط أغراض التحليل (ولا يقصد استخدامه في الملاحقة الجنائية)؛
5. يضمن حماية واستخدام والوصول إلى البيانات المجمعة.

ولكي تكون البيانات المجمعة مفيدة في فهم طبيعة العنف ضد الرعاية الصحية والمساهمة في وضع التدابير العملية اللازمة للتصدي له، يجب أن تكون منظمة بعناية وتحلل وفقاً لمعايير محددة مسبقاً. واعتبر أنه من الضروري أن يكون إنشاء مثل هذا النظام الوطني لجمع البيانات مصحوباً باستراتيجية متابعة مع ضبط التدابير التشغيلية الملموسة للحماية التي تضعها سلطات الدولة مع كل سياق محدد.

وعلاوة على ذلك، كان هناك إقرار عام بأن هذا النظام يجب أن تنشئه وتديره سلطات الدولة، واقترح بعض المشاركين بأن لوزارتي الصحة والداخلية دوراً حاسماً في هذه العملية. واعتبر أنه من المهم أن تكون آلية جمع المعلومات وتحليلها والإشراف على النظام ضمن مهام جميع الجهات المعنية بتوفير الرعاية الصحية وكذلك التنسيق بين جميع الجهات المعنية اللازمة لضمان فعالية النظام.

ورأى المشاركون أنه يجب تحديد الغرض من هذا النظام ووظيفته بوضوح للتأكيد على أنه يخدم أغراض التحليل فقط، وأنه يجب حماية استخدام والحصول على البيانات المجمعة بشكل كافٍ ومنظم، على سبيل المثال، من خلال ضمان سرية المعلومات المجمعة. وبينما اقترح بعض المشاركين إمكانية استخدام هذه المعلومات في المحاكمات الجنائية، فإن الغالبية اتفقوا على أن سرية البيانات الشخصية المجمعة ستشجع على المزيد من التعاون بين الجهات المعنية والتأكد من أن تلك المعلومات تعكس الواقع بشكل أفضل. وينبغي اتخاذ التدابير المناسبة لضمان استقلال النظام وشفافيته.

¹²⁰ في سياق المناقشات، استخدم مصطلح «أمين المظالم» للإشارة إلى مسؤول حكومي مستقل وموضوعي يقع على عاتقه سماع الشكاوى المقدمة من المواطنين العاديين ضد المسؤولين الآخرين أو الجهات الحكومية والتحقق فيها.

ويمكن استكمال النظام الوطني لجمع البيانات عن طريق نظام دولي لتوحيد ومقارنة البيانات من أجل الحصول على فهم واف لطبيعة العنف ضد الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم وتشجيع التعاون بين الدول في وضع استراتيجيات عالمية منسقة لحماية الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية.

واقترح استكمال نظام الرصد الوطني بنظام دولي يسمح بدمج ومقارنة البيانات من أجل الحصول على فهم شامل لطبيعة العنف ضد تقديم الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم وبالتالي إلى تعزيز التعاون بين الدول من أجل وضع استراتيجيات عالمية واستجابات حماية منسقة لحماية الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية.¹²¹

توصية (3): يجب أن تشمل التدابير الوقائية وإجراءات السلامة الخاصة بحماية عملية توفير وضمان الوصول الآمن للرعاية الصحية التثقيف والتدريب على ونشر التشريعات القائمة.

يتعين على الدول أن تتخذ التدابير المناسبة لتدريب القوات المسلحة وقوات الأمن وموظفي الخدمة المدنية وطواقم الرعاية الصحية، والسكان بصفة عامة بشأن التشريعات الوطنية لحماية وتوفير فرص الحصول على الرعاية الصحية (بما في ذلك الحق في الصحة).

أكد العديد من المشاركين أن واحدة من العقبات الرئيسية التي تعترض الحماية الفعالة لتقديم الرعاية الصحية في العديد من السياقات لا تكمن في عدم وجود التشريعات الوطنية بل تكمن في أن الأشخاص المسؤولين عن مراقبة وتطبيق قواعد حماية توفير والحصول على خدمات الرعاية الصحية غالباً ما لا يكونوا على دراية أو وعي تام بمدى التزاماتهم أو بالظروف التي يتم التطبيق فيها. ولقد أوصوا بشكل عام بأن تقوم سلطات الدولة باتخاذ التدابير المناسبة لضمان توفير تدريب خاص لشرح تلك القواعد لأفراد القوات المسلحة وقوات الأمن (الجيش والشرطة)، وعند الاقتضاء، للمجموعات المسلحة¹²² غير التابعة للدولة وكذلك لموظفي الخدمة المدنية التابعة للسلطات الوطنية المعنية مثل وزارات الصحة والداخلية والعدل.

يتعين على سلطات الدولة أن ترفع مستوى الوعي بأهمية احترام الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية.

أكد المشاركون على أهمية رفع مستوى الوعي في صفوف القوات المسلحة وقوات الأمن لدى الجهات الفاعلة غير التابعة للدولة ولدى السكان بشكل عام فيما يتعلق بالعواقب الخطيرة للعنف ضد الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية، بما في ذلك ممارسة الضغوط دون مبرر على طواقم الرعاية الصحية بشأن إعطاء الأولوية لتقديم العلاج، ليس على أساس المعايير الطبية، إلى وحدات الجيش أو الشرطة أو أفراد عائلاتهم، فضلاً عن الأنواع الأخرى من التهديدات لحياة وأمن طواقم الرعاية الصحية. ويمكن أن تحدث هذه الأشكال من عدم الاحترام لطواقم الرعاية الصحية في جميع الظروف، بما في ذلك في وقت السلم، ومن المرجح أن تكون ذات عواقب وخيمة على الوضع الإنساني في مناطق النزاع حيث يضطر أفراد طواقم الرعاية الصحية الذين يصبحون ضحايا لمثل هذه التهديدات إلى الفرار من أماكن عملهم وترك السكان المحليين دون رعاية صحية في الأوقات التي غالباً ما تشتد الحاجة إليها.

يجب أن يكون هناك التزام بإنقاذ أو تقديم المساعدة للأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية طبية عاجلة بموجب القانون المحلي المعمول به مع مراعاة العقوبات الجنائية في جميع الظروف، بما في ذلك النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى.

اتفق العديد من المشاركين على أن التزام جميع الأفراد بإنقاذ أو تقديم المساعدة لشخص في حاجة إلى رعاية طبية عاجلة يمكن أن يساهم في تعزيز وصول الجرحى والمرضى إلى خدمات الرعاية الصحية في أوقات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى. وهذا الالتزام موجود بالفعل في العديد من البلدان. ففي كولومبيا، على سبيل

121 وفي هذا السياق، أشير إلى مثال خاص بمنظمة الصحة العالمية، التي طالبتها الدول في الدورة الخامسة والستين للجمعية العامة للصحة العالمية في عام 2012 بوضع منهجية عالمية بشأن جمع البيانات المتعلقة بالعنف ضد تقديم الرعاية الصحية.

122 يشمل مصطلح «الجماعات المسلحة غير التابعة للدولة» الميليشيات وعناصر الأمن الخاص وكذلك المتمردين وعصابات الحركات التي ليست جزءاً من إنفاذ القانون في الدولة والجهاز العسكري أو الأمني.

المثال، ينبع هذا الالتزام من «واجب التكافل الاجتماعي»¹²³ الدستوري وقد تؤدي أي مخالفة له إلى السجن بموجب القانون الجنائي.¹²⁴ وفي بلجيكا، يعاقب القانون الجنائي البلجيكي (القسم 422 مكرر) على الإخفاق في المساعدة أو الحصول على المساعدة بشأن شخص في خطر شديد بالحبس من ثمانية أيام إلى سنة واحدة و/أو بغرامة من 50 إلى 500 يورو.¹²⁵

توصية (4): يتعين على الدول اتخاذ التدابير الملائمة لتعزيز التنسيق بين الجهات المعنية المختلفة المشاركة في تقديم خدمات الرعاية الصحية الطارئة بغرض توفير استجابة أفضل تنظيماً وأكثر كفاءة للطوارئ

ينبغي أن تحدد التشريعات الوطنية بوضوح أدوار ومسؤوليات مختلف الجهات المعنية التي تعمل في مجال توفير الرعاية الصحية الطارئة.

أثناء مناقشة أدوار ومسؤوليات مختلف الجهات المعنية بتوفير خدمات الرعاية الصحية في حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى، برزت الحاجة إلى تعزيز التنسيق بين تلك الجهات المعنية بهدف توفير رعاية صحية أفضل تنظيمياً وأكثر كفاءة للمتضررين من النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى. وتمثلت إحدى الملاحظات في أنه في بعض الأحيان لا يُعرف دور مقدمي الرعاية الصحية في توفير خدمات الرعاية الصحية الطارئة بشكل محدد في التشريعات الوطنية. ولذلك، اعتبر أنه من المهم للغاية أن تقوم سلطات الدولة مسبقاً بتحديد أولئك الذين يُسمح لهم بتوفير الرعاية الصحية الطارئة في حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى بشكل واضح ومن خلال القوانين أو اللوائح، فضلاً عن الأعمال التي يحق لهم القيام بها. وينبغي أن تصف التشريعات الوطنية أيضاً الظروف التي تنطبق عليها تلك الأحكام بكل دقة.¹²⁶

ويمكن لتعريف مسؤوليات مختلف الجهات المعنية في الاستجابة لحالات الطوارئ، من بين أمور أخرى، أن يتخذ أشكالاً مختلفة بناءً على خصوصيات النظام القانوني لكل دولة. ففي بيرو، على سبيل المثال، يحدد قانون الاستجابة للكوارث¹²⁷ أدوار مختلف الجهات المعنية التي تعمل في حالات الطوارئ ويضع آليات التدخل المشترك التي تتواجد في وقت واحد مع النقابات المهنية للعاملين في مجال الرعاية الصحية واللوائح الداخلية الخاصة بالمستشفيات، وكلها مصممة لتعزيز توجيه المساعدة الطبية في حالات الطوارئ.¹²⁸

ومن ناحية أخرى، ينص مرسوم ملكي¹²⁹ في بلجيكا على أنه عندما تكون الرعاية الصحية غير متوفرة أو غير كافية في إقليم من الأقاليم، فإنه يتعين على اللجنة الطبية أن تقوم من تلقاء نفسها أو بناءً على طلب من حاكم الإقليم بمطالبة بعض المنظمات أو الممارسين بإنشاء خدمات رعاية صحية أو استكمال الخدمات القائمة. وبالإضافة إلى ذلك، أثناء الحروب أو الكوارث الأخرى، يجوز للأشخاص الذين لا تنطبق عليهم صفة ممارسي الرعاية الصحية في ظل التشريعات الوطنية وإن كانوا قد تلقوا تدريباً خاصاً لهذا الغرض أن يقوموا بتنفيذ بعض الإجراءات الطبية، لا سيما عندما تكون هناك حاجة ملحة إلى مثل هذه الإجراءات وعدم توافر العدد الكافي من الممارسين المعتمدين. وتستكمل هذه الأحكام بموجب اتفاقية أبرمت في عام 2012 بين الخدمة العامة الاتحادية المسؤولة عن الصحة العامة والصليب الأحمر البلجيكي، تنص على أن هذا الأخير هو المسؤول عن تأسيس خدمات الاستجابة السريعة والعاجلة وتوفير الرعاية الطبية.¹³⁰ وعلاوة على ذلك، تقوم الخدمة العامة الاتحادية للصحة العامة بمنح الصليب الأحمر البلجيكي إعانة لدعم الخدمات التي تسهم في توفير الرعاية الطبية العاجلة وتنظيم المساعدة النفسية في حالات الطوارئ العامة وحالات الخطر الأخرى.

123 المادة 95 من الدستور الكولومبي: «... فيما يلي الواجبات الخاصة بكل شخص وكل مواطن: (...) -2 السعي، وفقاً لمبدأ التكافل الاجتماعي، نحو الاستجابة بإجراءات إنسانية عندما يتم مواجهة حالات تشكل خطراً على حياة أو صحة الأشخاص...».

124 المادة 131 من القانون الجنائي (القانون رقم 599/2000): «الإخفاق في تقديم المساعدة/الإغاثة: يعاقب بالسجن الشخص الذي يخفق دون مبرر في مساعدة شخص تتعرض حياته أو صحته لخطر شديد».

المادة 152 من نفس القانون: «الإخفاق في تقديم المساعدة الإنسانية وتدابير الإغاثة: يعاقب بالسجن الشخص الذي يخفق خلال النزاع المسلح عند الاضطرار لذلك في اعتماد تدابير المساعدة الإنسانية والإغاثة لصالح الأشخاص المشمولين بالحماية».

125 انظر الدراسة الفُتُرية الخاصة ببلجيكا في الملحق 1.

126 انظر التوصية (1) إذا كانت هذه الأحكام تسري على حالات «الطوارئ الأخرى»، فإن مصطلح «حالات الطوارئ الأخرى» يحتاج إلى تعريف صحيح من أجل تجنب الغموض في تفسيره، ص. 37.

127 «قانون الاستجابة للكوارث».

128 لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الدراسة الفُتُرية الخاصة ببيرو في الملحق 1.

129 المرسوم الملكي رقم 78 الصادر بتاريخ 10 تشرين الثاني/نوفمبر 1967 بشأن ممارسة مهنة الرعاية الصحية.

130 تنص الاتفاقية على أن الصليب الأحمر البلجيكي هو المسؤول عن توريد وإنشاء ونشر فرق متنقلة سريعة للمساعدة في تنظيم وتنفيذ المساعدة الطبية والصحية والنفسية في حالات الكوارث (الخدمات الطبية والصحية واللوجستية والموظفين).

يتعين على سلطات الدولة أن تتخذ التدابير المناسبة للتأكيد على دراية مختلف الجهات المعنية التي تعمل في مجال توفير الرعاية الصحية الطارئة بشأن أدوار ومسؤوليات بعضها البعض من أجل ضمان فهمها الشامل لتنظيم الاستجابة للطوارئ.

أثيرت مسألة أخرى بشأن عدم دراية مقدمي الرعاية الصحية في كثير من الأحيان بأدوار ومسؤوليات الجهات المعنية الأخرى في توفير الرعاية الصحية الطارئة، الأمر الذي قد يخلق نوعاً من الارتباك والتأخير في توفير الرعاية الصحية في حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى. وبينما قد تتفرق التشريعات في بعض الأحيان فيما بين القوانين واللوائح المختلفة، فمن الضروري أن تقوم سلطات الدولة باتخاذ التدابير المناسبة للتأكيد على أن مقدمي الرعاية الصحية لديهم الفهم الشامل لتنظيم الاستجابة للطوارئ. ويمكن القيام بذلك من خلال توفير تدريب خاص لجميع الجهات المعنية التي من المرجح أن تتدخل في الاستجابة لحالات الطوارئ بما في ذلك تنفيذ تمارين المحاكاة و/أو وضع الأدلة والمبادئ التوجيهية اللازمة لتوفير الأدوات الخاصة بعمل تلك الجهات.

يجب أن يكون لدى كل دولة خطة تنسيق خاصة بمشاركة جميع الجهات المعنية بشأن تنظيم الاستجابة لحالات الطوارئ وتوفير خدمات الرعاية الصحية في أوقات النزاع المسلح أو حالات الطوارئ الأخرى.

بالإضافة إلى التحديد الواضح لأدوار ومسؤوليات مختلف الجهات المعنية في توفير الرعاية الصحية الطارئة، حدد المشاركون حاجة كل دولة إلى خطة وطنية لتنسيق الاستجابة لحالات الطوارئ في أوقات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى، والتي قد تشمل مختلف التدابير العملية اللازمة للتأكيد على فعالية توفير خدمات الرعاية الصحية لمن يحتاجون إليها.

هناك العديد من الدول بالفعل لديها مثل هذه الخطة. ففي السنغال، يمكن لسلطات الدولة إطلاق خطة لتنظيم خدمات الطوارئ ويشار إليها بـ «خطة الطوارئ العامة في حالات الكوارث»¹³¹ عند الوفاء بشروط معينة.¹³² وتحدد هذه الخطة مؤسسات الدولة المختلفة التي تشارك في الاستجابة لحالات الطوارئ وتنص على وضع آلية تنسيق وكذلك إنشاء خلية أزمة مسؤولة عن متابعة توفير الرعاية الصحية في مثل هذه الظروف. وتنسق هذه الخطة عن طريق وزارة الشؤون الداخلية. وينص القانون السنغالي أيضاً على طلب خدمات الدولة في أوقات الخطر.

وبالمثل، في سري لانكا، تم تأسيس المجلس الوطني لإدارة الكوارث بموجب قانون إدارة الكوارث، وهو يغطي كلا من الكوارث «الطبيعية» والكوارث «من صنع الإنسان»، مثل النزاع المسلح. ولهذا المجلس سلطة تحديد الجهات المعنية (بما في ذلك الوزارات والهيئات الحكومية الأخرى) المكلّفة بتنفيذ الخطة الوطنية لإدارة الكوارث أو الخطة التشغيلية للطوارئ الوطنية، حسب الاقتضاء.¹³³

وفي الأرجنتين، يحدد النظام الفيدرالي لإدارة حالات الطوارئ¹³⁴ استجابةً وطنيةً لاستكمال جهود حكومات المقاطعات والبلديات في حال تجاوز إمكاناتها.¹³⁵ ويعتبر القائد العام للقوات المسلحة هو المسؤول عن عمليات التنسيق عندما تقوم وزارة الدفاع أو أي سلطة أخرى من سلطات الدولة بالتفويض بالاستعانة بالقوات المسلحة، بما في ذلك خدماتها الطبية.

ويجب دائماً أن تحدد التشريعات الوطنية بوضوح السلطة الوطنية المسؤولة عن تنسيق تقديم خدمات الرعاية الصحية الطارئة، سواء عند تنفيذ الاستجابة لحالات الطوارئ بعد خطة تنسيق مسبقة أو عند تطبيق صلاحيات خاصة تسمح لسلطات الدولة باتخاذ تدابير خاصة للتأكيد على توفير الرعاية الصحية في حالات الطوارئ.

131 خطة (ORSEC) - خطة الطوارئ العامة في حالات الكوارث.

132 تم اعتماد خطة (ORSEC) بالمرسوم رقم 99-172 في 4 آذار/مارس عام 1999.

133 المادة 21 (1) من قانون إدارة الكوارث رقم 13 لسري لانكا (2005).

134 (النظام الفيدرالي لإدارة حالات الطوارئ).

135 الأرجنتين، المرسوم الوطني رقم 99/1250.

توصية (5): التدابير التشريعية والعملية التي يتعين اعتمادها بهدف المعالجة المناسبة لاحتياجات ضحايا العنف الجنسي في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى.

مع الأخذ بعين الاعتبار أن ضحايا العنف الجنسي، لا سيما ضحايا الاغتصاب، يحتاجون إلى رعاية صحية طارئة وشاملة خلال 72 ساعة بهدف الوقاية من الأمراض وعلاج الإصابات، فمن المهم أن تقوم سلطات الدولة باتخاذ تدابير محددة لتوفير احتياجاتهم بشكل كافٍ.

يجب تدريب طواقم الرعاية الصحية تحديداً على كيفية مساعدة ضحايا العنف الجنسي على أساس نهج متعدد الأنظمة، بما في ذلك التدريب الخاص بالنواحي الاجتماعية والنفسية والتواصل.

نظراً للاحتياجات المحددة إلى الرعاية الطبية العاجلة المطلوبة من قبل ضحايا العنف الجنسي، أكد المشاركون على أهمية تدريب طواقم الرعاية الصحية على كيفية توفير الرعاية الطبية والمساعدة الكافية لهؤلاء الضحايا. وينبغي أن يشمل هذا التدريب المحدد، من بين أمور أخرى، التدابير الواجب اتخاذها من قبل طواقم الرعاية الصحية لمنع انتشار الأمراض المعدية وللحفاظ على الأدلة التي تثبت حدوث العنف الجنسي لاستخدامها المحتمل في الإجراءات الجنائية. ومع ذلك، يجب على طواقم الرعاية الصحية عدم استخدام هذه الأدلة دون موافقة الضحايا.¹³⁶ وتم الاتفاق بشكل عام على أن التدريب الخاص لطواقم الرعاية الصحية على كيفية مساعدة ضحايا العنف الجنسي ينبغي أن يستند إلى نهج متعددة الأنظمة تغطي النواحي الاجتماعية والنفسية والتواصل وتتضمن توجيهات بشأن كيفية التعامل مع أسر الضحايا والتواصل مع السلطات القضائية في حالات محددة.

ومن منظورٍ أوسع، ينبغي نشر المعلومات الخاصة بالخدمات المتوفرة لضحايا العنف الجنسي بين السكان بشكلٍ عام.

ويجب أن يكون من بين العاملين بمرافق الرعاية الصحية شخصٌ واحدٌ على الأقلٍ مدربٌ بشكلٍ صحيحٍ على مساعدة ضحايا العنف الجنسي الذين يحتاجون إلى مساعدةٍ عاجلةٍ.

وحيث أن خبراء الطب الشرعي لا يتوافرون دوماً، وحيث أن ضحايا العنف الجنسي يحتاجون إلى رعاية عاجلة، فإنه يتعين على مرافق الرعاية الصحية أن تتأكد من الوجود المستمر لواحدٍ على الأقلٍ من أخصائيي الرعاية الصحية ممن حصلوا على تدريبٍ مهنيٍّ سليمٍ لتزويد مثل هؤلاء الضحايا بالرعاية الطبية المطلوبة.

ويجب أن يتناول التشريع الوطني العواقب الخاصة بالعنف الجنسي ضد النساء مثل الحمل.

ويجب أيضاً النظر في أن العنف الجنسي له عواقب محددة فيما يتعلق بالنساء حيث أن الحمل قد يكون نتيجة لذلك العنف. وبالتالي، فإن مسألة الإجهاض تحتاج إلى مزيدٍ من الدراسة والمعالجة.

وخارج نطاق الرعاية الطبية العاجلة وخدمات الرعاية الصحية الأخرى التي ينبغي توفيرها للضحايا، يجب اعتماد التشريعات المناسبة لمعاقبة الجناة (لمزيدٍ من المعلومات حول العقوبات، انظر القسم 4-2-4).

توصية (6): إذا لزم الأمر، يجب تضمين الطب التقليدي في مجال أنشطة الرعاية الصحية المحمية ويجب اتخاذ التدابير اللازمة لتسهيل وصول عموم السكان إلى هذا النوع من الطب.

تقوم بعض البلدان، مثل شيلي ونيبال، بتضمين الطب التقليدي بالفعل في مجال أنشطة الرعاية الصحية المحمية.

لقد وضعت نيبال، على سبيل المثال، إطاراً معيارياً محلياً بشأن الطب الايورفيدي (طب هندوسي تقليدي قديم). ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، «[تنطوي سياسة الحكومة، استناداً إلى الخطط الخمسية، على نظام الخدمات الصحية المتكاملة التي يتم فيها ممارسة الطب الالوباثي (الإخلافي) والايورفيدي. وتعتبر عيادات الطب الايورفيدي جزءاً من الخدمات الصحية الأساسية، وهناك قسمٌ مسؤولٌ عن الطب الايورفيدي في مكتب مدير عام الخدمات الصحية. واشتملت برامج الخدمات الصحية المدرجة في الخطة الخمسية الخامسة على تخصص الطب الايورفيدي في أربعة مستشفيات، واحدة في كل منطقةٍ من مناطق التنمية الأربع. وتعمل الوحدة الحكومية الدوائية للطب الايورفيدي على توفير أدويةٍ غير مكلفةٍ».¹³⁷

¹³⁶ لمزيد من المعلومات حول الالتزام بسرية المعلومات الطبية، يرجى الرجوع إلى القسم 3-2-4.

¹³⁷ لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى منظمة الصحة العالمية، الوضع القانوني للطب التقليدي البديل | النكيلي: مراجعة عالمية، منظمة الصحة العالمية، 2001 <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>

2.2.4 الجلسة الثانية: طرق تحسين عملية الاستخدام السليم من الناحية القانونية للشارات المميزة، التي ينظم استخدامها بموجب القانون الدولي، والعلامات الأخرى التي تستخدم في تحديد أنشطة الرعاية الصحية

المناقشة

لقد أصبحت الشارات المميزة التي وضعتها اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية - لبيان الحماية المحددة للأشخاص والأهداف¹³⁸ المصرح لها رسمياً بتوفير الرعاية الطبية والمساعدة للأشخاص المتضررين من النزاع المسلح وتحديد الأشخاص أو الأهداف المرتبطة بالحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر - رمزاً للمساعدة الإنسانية غير المتحيزة والرعاية المقدمة لأولئك المتضررين. وفي سياق حلقة العمل هذه، تم بالتالي التعامل مع استخدام شارات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء كوسائل وقائية وإرشادية من قبل الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل على أنها من الجوانب الأساسية لحماية عملية توفير الرعاية الصحية والحصول عليها في أوقات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى. وبينما قامت العديد من الدول بتنظيم استخدام الشارات المميزة من خلال اعتماد تشريعات محلية، إذا لزم الأمر، وبما يتفق مع التزاماتها بموجب اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية، أكد المشاركون على أنه في سياقات معينة هناك حاجة إلى تنفيذ أكثر فعالية من خلال اعتماد المزيد من اللوائح الوطنية المناسبة. ويجب أن تتناول هذه التشريعات القضايا التالية: تحديد وتعريف الشارات المميزة، تحديد السلطة الوطنية المختصة بتنظيم استخدام الشارات المميزة، تحديد الكيانات المصرح لها باستخدام الشارات، وتحديد الاستخدامات المطلوب التصريح بها.¹³⁹

وأعرب المشاركون أيضاً عن قلقهم إزاء ما اعتبروه كتآكل في احترام الشارات المميزة في النزاعات المسلحة الأخيرة. وأشار البعض إلى أنه في الحروب الحديثة، تستهدف الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية من قبل الجماعات المسلحة، ليس فقط عن طريق الخطأ أو بسبب عدم الثقة ولكن بغرض مهاجمة وتدمير أي شيء يوفر الرعاية الصحية للعدو والسكان المدنيين، وبالتالي التجاهل الصارخ للحياد المرتبط بالمساعدة الطبية والرعاية. ولذلك، اعتبر معظم المشاركين مسألة اعتماد التدابير المناسبة لتعزيز هبة ومعنى الشارات المميزة بمثابة أولوية.

وكما ظهر بوضوح من المناقشات أنه لا يمكن تجاهل استخدام الشارات الأخرى غير تلك الشارات المحمية بموجب اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية بهدف تحديد أنشطة الرعاية الصحية في بعض البلدان. ونتيجة لذلك، لا يمكن أن يقتصر التفكير في التدابير المناسبة لتعزيز حماية الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية على شارات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء وحدها. فعلى سبيل المثال، تعرف شارة نجمة الحياة في جميع أنحاء العالم على أنها رمز للخدمات الطبية الطارئة، بينما تستخدم شارة الصليب الأبيض على خلفية خضراء كرمز للإسعافات الأولية على نطاق واسع. وأنشأت بعض الدول أيضاً شارة خاصة بها لتحديد أنشطة الرعاية الصحية على أراضيها، مثل الشارة الكولومبية للبعثة الطبية.¹⁴⁰ وأشار المشاركون إلى أنه في سياقات معينة، كما هو الحال في كولومبيا، يمكن لإنشاء واعتماد علامة أخرى غير شارة الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء أن يعزز من حماية أنشطة الرعاية الصحية واحترام الشارات المحمية بموجب اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية عن طريق الحد من الاستخدام المسيء أو غير المصرح به لهذه الشارات.

وطُرحت الأسئلة التالية على المشاركين:

- كيف يكون استخدام الشارة المرخصة والمعتمدة؟
- ما هي الآليات التي يمكن تأسيسها على المستوى الوطني لرصد ومتابعة استخدام الشارات؟
- هل هناك حاجة إلى اعتماد وسائل إضافية لتحديد الهوية - كالشارات الإضافية على سبيل المثال؟
- أنشأت كولومبيا من خلال التشريعات الوطنية شارة خاصة بالبعثة الطبية (لرؤم حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى). هل تم اعتماد هذه الوسائل الأخرى لإثبات الهوية في التشريعات الوطنية لأي دولة أخرى؟ هل يجب وضع هذه الممارسة على نطاق أوسع؟ إذا كان الجواب بـ «نعم»، كيف يمكن تجنب الخلط بينها وبين شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء؟

¹³⁸ لمزيد من المعلومات عن المستخدمين المصرح لهم باستخدام الشارة، يرجى الرجوع إلى القسم 1-3-2-ب.

¹³⁹ لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى صحيفة الوقائع الصادر عن دائرة الخدمات الاستشارية التابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر، «حماية شارات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء».

¹⁴⁰ لمزيد من المعلومات عن الشارة الكولومبية للبعثة الطبية، يرجى الرجوع إلى الإطار الوارد في الصفحة 49.

التوصيات

توصية (7): التأكيد على التنفيذ والنشر المحلي الأكثر فعاليةً للتشريعات التي تنظم استخدام الشارة الإرشادية والوقائية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء

عند تنفيذ القانون الدولي المعني بحماية استخدام شارة الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء على المستوى المحلي، ينبغي أن تقوم الدول باعتماد تشريعات محددة بهدف تعزيز هيبة ومعنى الشارات.

أعرب المشاركون عن قلقهم من عدم احترام الشارات المميزة في سياقات معينة وفي بعض الأحيان بعدم الاكتراث التام بشأن أنشطة الرعاية الصحية التي حددتها شارة الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء في حالات النزاع المسلح. ولذلك، أعربوا عن شعورهم بأن هناك حاجة إلى التأكيد على هيبة ومعنى الشارات المميزة باعتبارها العلامة المرئية للحماية التي يمنحها القانون الدولي الإنساني للطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية التي تقدم الرعاية الصحية المحايدة للجرحى والمرضى. ولقد انحاز العديد من المشاركين إلى الرأي القائل بأن التشريعات المحددة بشأن استخدام الشارة، مقابل التشريعات العامة (في إشارة إلى تضمين أحكام محددة بشأن استخدام الشارات في قانون ذي طبيعة أكثر عمومية)، قد وفرت ميزة وإمكانية إعادة التأكيد على أهمية الشارة وزيادة الوعي بهذه المسألة. ونؤكد مجدداً على ضرورة النظر في خصوصيات النظام القانوني لكل دولة.¹⁴¹ وتجدر الإشارة إلى أن اعتماد تشريعات لمنع وقمع إساءة استخدام الشارات هو التزام بموجب اتفاقيات جنيف.¹⁴²

ويجب أن يحدد التشريع المحلي بالفعل، في وقت السلم، الجهات المصرح لها باستخدام شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء ويحدد أيضاً السلطة الوطنية المختصة بتنظيم استخدامها.

للحد من الاستخدام غير المصرح به وإساءة استخدام الشارات الذي لوحظ في بعض السياقات، أقر المشاركون بالحاجة إلى مزيد من الوضوح بشأن الجهات المصرح لها باستخدام شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء، لا سيما فيما يتعلق باستخدامها لأغراض وقائية في أوقات النزاع المسلح.¹⁴³ وبينما يجب تنظيم استخدام الشارات التي تستخدمها الخدمات الطبية للقوات المسلحة عن طريق السلطة العسكرية المختصة،¹⁴⁴ على الأرجح وزارة الدفاع، فهناك مزيد من المرونة على النحو الذي قد يجعل سلطة الدولة تفوض المستشفيات المدنية¹⁴⁵ والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية¹⁴⁶ باستخدامها. ولذلك، يجب أن تحدد التشريعات الوطنية السلطة الوطنية المختصة بالتفويض والرقابة على استخدام الشارات من قبل الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية المدنية، وهو دور يمكن أن تضطلع به وزارة الصحة أو حتى الجمعيات الوطنية، عند تفويضها بموجب القانون.

كما يجب أن تحدد التشريعات الوطنية الكيانات المصرح لها باستخدام الشارات لأغراض إرشادية¹⁴⁷ مثل الجمعيات الوطنية.

¹⁴¹ للحصول على مثال لقانون ونموذج للأحكام المحددة بشأن استخدام وحماية الشارات المميزة، يرجى الرجوع إلى «القانون النموذجي بشأن استخدام وحماية شارة الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر» التابع للجنة الدولية للصليب الأحمر، بتاريخ 31 آب/ أغسطس 1996، مقالة، المجلد الدولي للصليب الأحمر، العدد 313. ويمكن الاطلاع على نص هذا القانون النموذجي على الموقع الإلكتروني <https://www.icrc.org/ara/resources/documents/misc/5z4g3m.htm>

¹⁴² المادة 54، اتفاقية جنيف الأولى.

¹⁴³ كوسيلة للحماية، تعتبر الشارة هي العلامة المرئية للحماية الخاصة وذلك بموجب القانون الدولي الإنساني (تحديداً اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية) بفئات معينة من الأشخاص والوحدات ووسائل النقل (لا سيما الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الطبية ووسائل النقل الطبية). وفي مثل هذه الظروف، ولضمان أقصى قدر من الوضوح، يجب أن يكون حجم الشارة كبيراً بالمقارنة بحجم الشخص أو الهدف الذي يعرضها ويجب عدم إضافة أي شيء إلى الشارة أو الخلفية البيضاء. ويعتبر عرض الشارة في أماكن معينة، مثل عرضها على الذراع أو رسمها على أسطح المباني بمثابة استخدام وقائي (مقتطفات من دراسة نشرتها اللجنة الدولية للصليب الأحمر حول استخدام الشارة - القضايا التشغيلية والتجارية وغير التشغيلية الأخرى، 2011، ص. 25).

¹⁴⁴ المادة 39، اتفاقية جنيف الأولى والتعليق عليها، ص. 308.

¹⁴⁵ المادة 18، الفقرة 3، اتفاقية جنيف الرابعة.

¹⁴⁶ المادة 18 (4)، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف.

¹⁴⁷ «كوسيلة إرشادية، تدل الشارة على الارتباط بين الشخص أو الهدف الذي يعرضها والحركة. وفي هذه الحالة، يجب أن يكون حجم الشارة صغيراً نسبياً بالمقارنة بحجم الشخص أو الهدف الذي يعرضها» (مقتطفات من دراسة نشرتها اللجنة الدولية للصليب الأحمر حول استخدام الشارة - القضايا التشغيلية والتجارية وغير التشغيلية الأخرى، 2011، ص. 25).

يتعين على الدول اتخاذ التدابير الوقائية المناسبة لتشجيع وتعزيز المعرفة بالاستخدام السليم لشارة الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء بين عموم السكان وضمان تدريب القوات المسلحة بهدف منع إساءة استخدام الشارة.

لقد سلط المشاركون الضوء على أهمية تعزيز المعرفة بين عموم السكان بشأن معنى شارة الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء وبشأن أهمية احترام الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية وكذلك الجرحى والمرضى في إطار مسؤوليتهم. وأكدوا على وجوب القيام بذلك في أوقات السلم كإجراء وقائي. وينبغي أن تتلقى القوات المسلحة التابعة للدولة، وحينما ينطبق الأمر، المجموعات المسلحة غير التابعة للدولة تدريباً خاصاً بشأن الاستخدام السليم للشارات في أوقات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى.

وتهدف هذه التوصية إلى تنفيذ التزام الدول بنشر قواعد القانون الدولي الإنساني بما في ذلك تلك القواعد التي تحمي الشارات على أوسع نطاق ممكن في بلدانهم في وقت السلم وأيضاً أثناء النزاع المسلح، بحيث تصبح معروفة للقوات المسلحة وللسكان المدنيين.¹⁴⁸

ويمكن للجمعيات الوطنية أن تقوم بدور مهم في مساعدة السلطات في بلدانها على نشر الأنظمة المتعلقة باستخدام الشارات. وهذا هو الحال في العديد من البلدان مثل بلجيكا، حيث يفرض النظام الأساسي للجمعيات الوطنية على الصليب الأحمر البلجيكي نشر المعرفة بشأن المبادئ الأساسية للحركة الدولية للهلال الأحمر والصليب الأحمر والقانون الدولي الإنساني؛¹⁴⁹ وصربيا، حيث يفرض القانون الصادر بشأن الصليب الأحمر على المجتمع واجب التأكيد على احترام القانون الدولي الإنساني والعمل على منع الانتهاكات وتثقيف المواطنين بشأن الموضوعات المتعلقة بالقانون الدولي الإنساني.¹⁵⁰

الدور المساعد للجمعيات الوطنية في المجال الإنساني

تضطلع الجمعيات الوطنية بدور مهم في التأكيد على توفير الرعاية الصحية الآمنة والوصول الآمن إليها أثناء النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى. ولقد تأكد هذا الدور من خلال القرار الخامس للمؤتمر الدولي الحادي والثلاثين للصليب الأحمر والهلال الأحمر، والذي «... ناشد الجمعيات الوطنية واللجنة الدولية للصليب الأحمر والاتحاد الدولي إلى مواصلة دعم وتعزيز قدرة مرافق الرعاية الصحية المحلية وطواقمها في جميع أنحاء العالم والاستمرار في تقديم التدريب والتعليم إلى موظفي الرعاية الصحية والمتطوعين من خلال تطوير الأدوات المناسبة بشأن حقوق واجبات طواقم الرعاية الصحية وبشأن حماية وسلامة توفير الرعاية الصحية».¹⁵¹

وبشكل أكثر تحديداً، يمكن للجمعيات الوطنية أن تقوم بدور مهم في النشر والتدريب الخاص باللوائح المتعلقة باستخدام الشارات. وينص النظام الأساسي للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر على أنه يتعين على الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر «نشر ومساعدة الحكومات في نشر القانون الدولي الإنساني»، وبشكل أكثر تحديداً، يتعين عليها «التعاون مع حكوماتها في التأكيد على احترام القانون الدولي الإنساني وحماية الشارات المميزة التي أقرتها اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية».¹⁵²

وتعمل الجمعيات الوطنية بمثابة عنصر مساعد للسلطات العامة في المجال الإنساني.¹⁵³ ووفقاً لهذا الدور وتلبية التزاماتها، وقعت الجمعيات الوطنية اتفاقيات مختلفة على المستوى الوطني تمكّنها من تنظيم وتوفير الرعاية الصحية في دولها.¹⁵⁴

148 المادة 47، اتفاقية جنيف الأولى؛ المادة 48، اتفاقية جنيف الثانية؛ المادة 127، اتفاقية جنيف الثالثة؛ المادة 144، اتفاقية جنيف الرابعة؛ المادة 83، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ المادة 19، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف؛ المادة 7، البروتوكول الإضافي الثالث لاتفاقيات جنيف؛ القاعدتين 142 و143، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي. ولمزيد من المعلومات حول النشر، يرجى الرجوع إلى القسم (4).

149 النظام الأساسي للصليب الأحمر البلجيكي، المعدل في 13 تشرين الأول/أكتوبر 2003، المادة 4.

150 القانون الصادر بشأن الصليب الأحمر بصربيا (2005)، المادة 2.

151 المؤتمر الدولي الحادي والثلاثين للصليب الأحمر والهلال الأحمر، 2011 – القرار الخامس، الرعاية الصحية في خطر: احترام وحماية الرعاية الصحية، 31IC/11، R5، الفقرة 8.

152 النظام الأساسي للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، الذي اعتمده المؤتمر الدولي الخامس والعشرين للصليب الأحمر في جنيف في عام 1986 والمعدل في عام 1995 و عام 2006. النظم الأساسية للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، 1986، القسم الثاني، المادة 3-2-3.

153 إن كون الجمعيات الوطنية عنصراً مساعداً للخدمات العامة للدولة يتجاوز دور المساعد المنصوص عليه في المادة 26، اتفاقية جنيف الأولى.

154 على سبيل المثال، وقع الصليب الأحمر البلجيكي اتفاقاً في عام 2012 مع الدائرة الاتحادية العامة للصحة العامة، كان الغرض منه هو وضع وتنفيذ وسائل تقديم المساعدة الطبية العاجلة. ولمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الدراسة القطرية الخاصة ببلجيكا في الملحق 1.

توصية (8): تعزيز تدابير الرقابة على استخدام شارات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء وآليات قمع إساءة استخدام الشارات.

يجب ألا تشمل التدابير الخاصة بقمع عملية إساءة الاستخدام والاستخدام غير المصرح به للشارة العقوبات الجنائية فحسب بل التدابير الإدارية والتأديبية، ويجب قمع عملية إساءة استخدام الشارات مثل التقليد والاستخدام غير السليم بشكلٍ حاسم. ويشكل الاستخدام الخادع للشارات جريمة حرب ويجب قمعه على هذا النحو.

نظرًا لعواقبه الخطيرة من الناحية الإنسانية، فقد أبرز المشاركون أن معظم الدول لم تفرض عقوبات كافيةً على إساءة الاستخدام والاستخدام غير المصرح به للشارات ويجب أن تتضمن آليات القمع العقوبات الجنائية فضلًا عن التدابير الإدارية والتأديبية المعمول بها في كل الظروف.¹⁵⁵ وجرى التفكير على الأخص في فرض إجراءات تأديبية رادعة إلى جانب العقوبات الجنائية على أفراد القوات المسلحة الذين يستخدمون الشارات المميزة لأغراض أخرى غير تلك المصرح بها من قبل اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية، مثل استخدام سيارات الخدمات الطبية أو المرافق الطبية التي تحمل الشارة في نقل أو إخفاء الأسلحة أو الجنود. وفي بلجيكا، على سبيل المثال، تتم المعاقبة على إساءة استخدام الشارات المميزة بالسجن و/ أو دفع غرامة مالية وتكون العقوبة أشد عندما تحدث إساءة الاستخدام في أوقات النزاع المسلح.¹⁵⁶ وفي صربيا، يتم المعاقبة على إساءة استخدام الشارة المميزة بالسجن لمدة تصل إلى ثلاث سنوات، وعقوبة بالسجن لا تقل عن ستة أشهر ولا تزيد عن خمس سنوات عندما ترتكب المخالفة في حالات النزاع المسلح.¹⁵⁷

يجب تفعيل المتابعة الوطنية بهدف رصد وقمع إساءة استخدام الشارة.

لقد سلط المشاركون الضوء على الحاجة إلى تتبع إساءة استخدام الشارة وإلى إنشاء أو تعزيز آليات مراقبة استخدام الشارات. ويمكن للسلطات العسكرية أن تضطلع بهذه المسؤولية كما في حالة بلجيكا، لأغراض الاستخدام الوقائي للشارة. ويمكن لوزارة الصحة أيضًا أن تضطلع بدور مهم في متابعة استخدام الشارات من قبل المستشفيات المدنية وغيرها من المرافق الطبية ووسائل النقل الطبية وطواقم الرعاية الصحية.

يتعين على الدول أن تتخذ التدابير المناسبة لتشجيع إبلاغ سلطات الدولة المختصة بشأن إساءة استخدام الشارة والإعلان العام عن هذه الحالات.

تعتبر مسألة الإبلاغ عن إساءة استخدام الشارة بمثابة أمر حاسم للحفاظ على القيمة الوقائية للشارات وضمن احترامها من قبل مرتكبي أعمال العنف ضد الرعاية الصحية المحتملين. ولذلك، أصر بعض المشاركون على أهمية نشر نتائج التقارير الصادرة بشأن انتهاك التشريعات أو اللوائح التي تتعلق بالشارات المميزة بهدف الإضافة إلى الأثر الرادع لتلك الانتهاكات.

توصية (9): تحتاج مسألة استخدام العلامات الأخرى غير شارات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء لتحديد أنشطة الرعاية الصحية إلى مزيد من الدراسة والنظر في كل سياق تم تحديده وما إذا كان استخدام هذه العلامات سيعزز من حماية الرعاية الصحية.

مع أخذ ضرورة تجنب انتشار الشارات في الاعتبار، فإن مسألة إنشاء و/ أو استخدام علامات أخرى غير شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء لتحديد أنشطة الرعاية الصحية يجب أن تستجيب لضرورة تعزيز حماية توفير الرعاية الصحية في سياقٍ محدد.

بينما يجب احترام توفير الرعاية الصحية والحصول على خدمات الرعاية الصحية للجرحى والمرضى وحمايتهم من الهجمات والأشكال الأخرى من التدخل العنيف في جميع الظروف، تعاني الطواقم الطبية ومرافق الرعاية

¹⁵⁵ لمزيد من المعلومات حول العقوبات، يرجى الرجوع إلى القسم 4-2-4.

¹⁵⁶ ينص القانون البلجيكي الصادر في 4 تموز/ يوليو 1956 بشأن حماية تسميات الصليب الأحمر وعلاماته وشاراته (بصيغته المعدلة بموجب القانون في 22 تشرين الثاني/ نوفمبر 2013 على ما يلي: «مادة 1 - مع عدم الإخلال بأحكام جنائية أخرى، يعاقب أي شخص يستخدم أي من تسميات «الصليب الأحمر» أو «صليب جنيف» أو «الهلال الأحمر» أو «الأسد الأحمر» أو «الشمس الحمراء» أو «شارة البروتوكول الثالث» أو «الكريستالة الحمراء» أو أي علامات أو شارات مطابقة أخرى في انتهاك للاتفاقيات الدولية، بالسجن لثمانية أيام إلى ثلاث سنوات وبغرامة من 26 إلى 3.000 فرنك، أو بإحدى هاتين العقوبتين. وتطبق نفس العقوبة على أي شخص يستخدم أي تسمية أو علامة أو شارة من المرجح أن يتم الخلط بينها وبين التسميات أو العلامات أو الشارات المذكورة.

مادة 2 - حيثما ارتكبت الانتهاكات الواردة في المادة (1) في وقت الحرب، يعاقب مرتكبها بالسجن لمدة خمسة عشر يومًا إلى خمس سنوات وبغرامة من 50 إلى 5.000 فرنك، أو بإحدى هاتين العقوبتين.

¹⁵⁷ القانون الجنائي لجمهورية صربيا (بصيغته المعدلة في عام 2012)، المادة 385.

الصحية ووسائل النقل الطبية من حوادث العنف أيضًا في حالات لا تصل إلى حد النزاع المسلح. وحيث أنه في معظم الحالات يمكن أن تستخدم شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء كوسيلة وقائية فقط في أوقات النزاع المسلح،¹⁵⁸ وأصبح من المفهوم أن المناقشات التي دارت حول العلامات التي تستخدم لتحديد أنشطة الرعاية الصحية المحمية لا بد من توسيعها لتشمل العلامات القائمة حاليًا أو العلامات التي سيتم إنشاؤها غير تلك العلامات المحمية بموجب اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية. ولذلك، أصبح من المفهوم أن المناقشة لم تهدف إلى إنشاء شارات جديدة لاستبدال تلك الشارات القائمة وإنما إلى تقييم مدى ما إذا كان استخدام الشارات الأخرى غير شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء في تحديد أنشطة الرعاية الصحية المحمية في جميع الظروف، بما في ذلك تلك التي لا تصل إلى حد النزاع المسلح، يمكن أن يسهم في تعزيز حماية توفير خدمات الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى.

ومع النظر في الاستخدام المحتمل للشارات الأخرى بخلاف شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء في معظم الوقت من منظور تحديد أنشطة الرعاية الصحية المحمية في الحالات التي لا تصل إلى حد النزاع المسلح، تم التأكيد على أنه يمكن لسلطات الدولة أن تفوض باستخدامها في حالات النزاع المسلح عندما يُعتقد أن هذا الأمر قد يعزز من حماية الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية (على سبيل المثال في الحالات التي يتوقع فيها الطرف المحارب خلطًا بين طواقم الرعاية الصحية المدنية والعسكرية أو عندما يكون هناك عدد متزايد من حالات إساءة استخدام شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء من قبل الطرف المحارب). ومع ذلك، أشار المشاركون في جميع الحالات إلى أن الشارات الأخرى غير تلك المحمية بموجب القانون الدولي الإنساني لا ينبغي أن تستخدم على حساب هوية ومعنى الشارات المميزة.

وعلى الرغم من عدم رغبتهم في الموافقة على إنشاء شارات جديدة لتحديد أنشطة الرعاية الصحية، أقر معظم المشاركون بأن استخدام شارات وعلامات أخرى غير شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء يمكن أن يسهم في منع إساءة استخدام أو الاستخدام غير المصرح به للشارات في حالات النزاع المسلح أو حالات الطوارئ الأخرى في سياقات معينة كما في النزاعات غير المماثلة على سبيل المثال. ومع ذلك، توصل المشاركون إلى استنتاج مفاده أن استخدام أو إنشاء شارات وعلامات إضافية يجب أن يستجيب لحاجة حقيقية فيما يتعلق بسياق محدد ويكون من المتوقع أن يسهم في تعزيز حماية توفير الرعاية الصحية، كما في حالة كولومبيا التي أنشأت الشارة التكميلية للبعثة الطبية.¹⁵⁹

إذا كانت العلامات والشارات الأخرى غير شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء ستستخدم في تحديد أنشطة الرعاية الصحية فيجب إنشاؤها وتنظيمها من قبل سلطات الدولة ويجب تمييزها بشكل واضح عن الشارات المميزة التي ينظم استخدامها بموجب القانون الدولي، بهدف تجنب الخلط فيما بينها.

وأكد المشاركون على أنه لكي تكون العلامات والشارات المميزة فعالة ولتجنب الخلط فيما بينها، يجب ألا تكون كثيرة العدد في نفس الدولة، ويجب تجنب انتشار العلامات الجديدة إلى أقصى حد ممكن. واتفق المشاركون بشكل واضح على أن اختصاص إنشاء والتصريح باستخدام الشارات الأخرى غير شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء يجب أن يكون لسلطات الدولة وعلى أنه يجب تنظيم إنشاء واستخدام الشارات الأخرى غير تلك المحمية بموجب القانون الدولي الإنساني بواسطة مقدمي الرعاية الصحية على أراضي بلادهم من خلال التشريعات الوطنية. ويجب أن تحدد هذه التشريعات وتُعرف العلامة أو الشارة المختارة والجهات المصرح لها باستخدامها والاستخدامات المصرح بها والسلطة الوطنية المختصة بتنظيم استخدامها. ففي كولومبيا على سبيل المثال، يخضع استخدام شارة البعثة الطبية لتصريح من وزارة الصحة والحماية الاجتماعية.

إن اعتماد شارة إضافية لتحديد أنشطة الرعاية الصحية يجب أن يصاحب هذه العملية تعميمًا وتقيفًا حول الغرض منها ومن استخدامها.

¹⁵⁸ على الرغم من أن الخدمات الطبية للقوات المسلحة والجمعيات الوطنية التي تعد تكليفاتها الطبية في النزاعات المسلحة مقررًا بالفعل يمكن أن تستخدم الشارة الوقائية أيضًا في حالات لا تصل إلى حد النزاع المسلح، فيمكن أن تفعل ذلك بموافقة السلطات الوطنية المختصة. ويمكن للجنة الدولية للصليب الأحمر والاتحاد الدولي أن يستخدموا الشارة كوسيلة للحماية في جميع الأوقات بدون أي قيود أخرى. (لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى القسم 1-3-2-ب). وفي هذا الصدد، أوصت الدراسة الخاصة باللجنة الدولية للصليب الأحمر لسنة 2009 حول القضايا التشغيلية والتجارية وغير التشغيلية الأخرى التي تنطوي على استخدام الشارة بأن يقوم أفراد الإسعافات الأولية (والمراقف) الذين ينتمون إلى الجمعيات الوطنية بعرض شارة إرشادية كبيرة الحجم في حالات الاضطرابات والتوترات الداخلية إذا: (أ) كانت الشارة من شأنها أن تعزز المساعدات الطبية من أجل ضحايا العنف؛ (ب) كان مصرح لها أو على الأقل غير محظورة من خلال الإطار المعياري المحلي. وتجدر الإشارة إلى أنه يمكن لكل من اللجنة الدولية للصليب الأحمر والاتحاد الدولي أن يستخدموا الشارة، بما في ذلك كوسيلة وقائية، في جميع الأوقات بدون أي قيود أخرى.

¹⁵⁹ لمزيد من المعلومات عن الشارة الكولومبية للبعثة الطبية، يرجى الرجوع إلى الإطار الوارد في الصفحة 49.

بالنظر إلى الملاحظات السابقة، رأى المشاركون أنه عندما تختار سلطات الدولة اعتماد علامات وشارات أخرى غير شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء لتحديد أنشطة الرعاية الصحية، فلا بد أن يكون لديها أيضاً خطة ملموسة لنشر وتعزيز المعرفة لدى جميع الجهات المعنية ولدى السكان بشكل عام حول الهدف من استخدام هذه العلامة الإضافية وشروط استخدامها، مع توضيح الاختلافات بين هذه العلامات الأخيرة والشارات التي تمنح حماية خاصة بموجب القانون الدولي الإنساني. كما أشير أيضاً إلى ضرورة إيلاء اهتمام خاص بالتاكيد على احترام الحياد من جانب مستخدمي العلامات المميزة الإضافية من خلال اعتماد المبادئ التوجيهية اللازمة فيما يتعلق بأدوارهم ومسؤولياتهم على سبيل المثال.

يجب مواصلة استكشاف إمكانية استخدام التقنيات الجديدة لتحديد مقدمي الرعاية الصحية (مثل أنظمة تحديد المواقع الجغرافية وأنظمة البار كود) وغيرها من وسائل تحديد مرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية (مثل الألوان العاكسة).

اقترح بعض المشاركين أنه عند التفكير في إنشاء علامات وشارات إضافية لتحديد أنشطة الرعاية الصحية المحمية، يتعين على سلطات الدولة أن تنظر في الوسائل الأخرى التي تعزز من احترام شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو الكريستالة الحمراء. وأشير إلى إمكانية استخدام التقنيات الجديدة مثل أنظمة تحديد المواقع الجغرافية وأنظمة البار كود في تحديد موقع مقدمي خدمات الرعاية الصحية، فضلاً عن الطرق الأخرى لتحديد المنشآت والمركبات الطبية مثل الألوان العاكسة.

الشارة الكولومبية للبعثة الطبية كاستجابة لظروف محددة

أنشئت الشارة الكولومبية لحماية البعثات الطبية في عام 2002، وذلك كرد فعل بشكل جزئي على العديد من حوادث العنف ضد أنشطة الرعاية الصحية في ظروف محددة وعلى انتشار الشارات المستخدمة في سياق الاضطرابات الداخلية التي لم تصل إلى حد النزاع المسلح بموجب القانون الدولي الإنساني. والغرض من هذه الشارة هو التأكيد على احترام وحماية البعثات الطبية في النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى.¹⁶⁰ وتهدف الشارة إلى تعزيز الضمانات بتقديم الرعاية الصحية للفئات الأكثر ضعفاً في حالات النزاع المسلح أو الكوارث الطبيعية أو حالات الطوارئ الأخرى. كما تهدف إلى ضمان وحماية وتسهيل تقديم الرعاية الصحية من قبل طواقم الرعاية الصحية المدنيين ومرافق الرعاية الصحية الخاصة أو العامة المدنية ووسائل النقل الطبية بشكل عام.¹⁶¹



160 يرجى الرجوع إلى الدراسة القطرية الخاصة بكولومبيا في الملحق 1.

161 كولومبيا، وزارة الصحة، القرار رقم 2002/1020 و 2012/441. لمزيد من التفاصيل، يرجى الرجوع إلى الدراسة القطرية الخاصة بكولومبيا في الملحق 1.

بعض الرموز المعروفة



علامة أطباء بلا حدود



نجمة الحياة، المعروفة في جميع أنحاء العالم كرمز للخدمات الطبية الطارئة



شارات الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر


International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر



ICRC

اللجنة الدولية للصليب الأحمر



رمز مُستخدم على نطاق واسع للإسعافات الأولية



وتعد الرابطة الوطنية للحماية المدنية واحدة من الجهات الرئيسية التي تقدم خدمات ما قبل الدخول إلى المستشفى في المكسيك ودول أمريكا اللاتينية الأخرى وفي أجزاء أخرى من العالم. كما تضطلع بدور مهم في الاستجابة للكوارث. وفي المكسيك، فإن هذه الرابطة مفضولة بتنسيق جميع الأنشطة المتعلقة بالاستجابة للكوارث.

3.2.4 الجلسة الثالثة: كيفية توفير الحماية القانونية لأداب مهنة الطب وسرية المعلومات أثناء النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى

المنافشة

تم التعامل مع آداب مهنة الطب باعتبارها عنصرًا أساسيًا في حماية توفير والحصول على الرعاية الصحية. ودارت المناقشات في مجموعات العمل حول مبادئ آداب مهنة الطب والواجبات الأخلاقية لطواقم الرعاية الصحية وحقوق المرضى وحماية المعلومات السرية الطبية وغيرها من المسائل الحساسة مثل الإفصاح عن المعلومات الشخصية والمعلومات ذات الصلة بالرعاية الصحية للمرضى والحلول الخاصة بالمعضلات الأخلاقية. وتبادل المشاركون أيضًا مع نظرائهم المعلومات الخاصة بأنظمة بلادهم بشأن حماية سرية المعلومات الطبية والحالات الاستثنائية ذات الصلة، وأعربوا عن وجهات نظرهم بشأن الاستثناءات المحددة في التشريعات الوطنية بخصوص الإفصاح عن المعلومات أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى.

واتفق المشاركون على أن الواجبات الأخلاقية لطواقم الرعاية الصحية مثل الالتزام بعلاج الجرحى والمرضى بطريقة إنسانية وتوفير الرعاية المحايدة لهم، والمفهومة على أنها تتم دون تمييز سلبي، وكذلك الامتناع عن المشاركة في أي عمل عدائي أو عن تشكيل تهديد مباشر لحياة الآخرين وسلامتهم البدنية،¹⁶² ستظل في وقت السلم كما هي في أوقات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى.¹⁶³ وألقى المشاركون الضوء أيضًا على أهمية قيام طواقم الرعاية الصحية بتنفيذ مهامهم دون تدخل من أي نوع مع التركيز فقط على واجبه الممثل في توفير الرعاية الصحية لمن يحتاجون إليها. كما أعربوا عن قلقهم إزاء بعض البلدان حيث جرت محاكمة الأطباء نظرًا لقيامهم بتوفير الرعاية الصحية لأفراد الجماعات المسلحة غير التابعة للدولة أو للخصوم السياسيين كما كان الحال مؤخرًا في كولومبيا. وأشار المشاركون إلى أن مثل هذه القوانين لن تمنع طواقم الرعاية الصحية من توفير الرعاية الصحية للسكان في أوقات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى فحسب ولكن قد تمنع أيضًا الجرحى والمرضى من الوصول إلى مرافق وخدمات الرعاية الصحية.¹⁶⁴

إن مسألة حماية السرية الطبية، ويقصد بها المعلومات الطبية للمريض والبيانات الشخصية ذات الطبيعة السرية التي حصل عليها طواقم الرعاية الصحية أثناء أداء واجباتهم، كانت موضوعًا رئيسيًا مطروحًا للنقاش. ومع النظر لتلك المسألة على أنها ليست فقط امتيازًا وواجبًا أخلاقيًا لطواقم الرعاية الصحية بل أيضًا كحق من حقوق المريض، فقد حددت السرية الطبية كمبدأ عالمي والتزام من التزامات آداب مهنة الطب وكقاعدة عامة في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية. وأكد المشاركون على وجوب حماية السرية الطبية بشكل كافٍ بموجب التشريعات الوطنية وشددوا على الاستثناءات التي تسمح بالإفصاح عن المعلومات الطبية للمرضى وبياناتهم الشخصية للسلطات، حينما يكون مناسبًا، يجب أن تكون استثنائية في طبيعتها وتقتصر فقط على الحالات المحددة في التشريعات الوطنية، واعتبروا أن استثناءات السرية الطبية قد تقيّد من عملية حصول الجرحى والمرضى على خدمات الرعاية الصحية. وأعرب المشاركون عن قلق خاص إزاء تأثير التشريعات في بعض البلدان التي تطالب طواقم الرعاية الصحية بالإبلاغ عن أنواع معينة من الأحداث مثل حوادث الإصابة بالأعيرة النارية إلى السلطات، الأمر الذي يُخشى أنه قد يمنع الجرحى والمرضى من الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية والبحث عن الرعاية الطبية التي يحتاجون إليها خوفًا من الملاحقة الجنائية.

وبغرض مساعدة طواقم الرعاية الصحية في التعامل مع المعضلات الأخلاقية، لا سيما في ظل الظروف الضاغطة مثل النزاعات المسلحة أو حالات الطوارئ الأخرى، اقترح المشاركون بقوة حصول تلك الطواقم على تدريب خاص بشأن آداب مهنة الطب.

¹⁶² تم تشريع هذه الواجبات في لائحة الجمعية الطبية العالمية في أوقات النزاع المسلح وحالات العنف الأخرى، وكذلك في نشرة اللجنة الدولية للصليب الأحمر لسنة 2012 بعنوان الرعاية الصحية في خطر: مسؤوليات طواقم الرعاية الصحية العاملة في أثناء النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى.

¹⁶³ على الرغم من أن بعض المشاركين أشاروا إلى بعض الاختلافات في تطبيق الواجبات الأخلاقية في أوقات الطوارئ: على سبيل المثال، في البرازيل، يوفر القانون للطبيب إمكانية إنكار تقديم الرعاية الصحية للمريض عندما يكون ذلك مخالفًا لضميره إلا في حالات الطوارئ.

¹⁶⁴ قدم المقرر الخاص ملاحظات مماثلة بشأن حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، في التقرير المقدم إلى الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الثامنة والستين في شهر آب/أغسطس 2013، ص: 7: «يجوز للدولة أن تشرع القوانين التي تلزم طواقم الرعاية الصحية بالإبلاغ عن الأشخاص الذين يحتمل أن يكونوا قد ارتكبوا جريمة. ومع ذلك، شرعت بعض الدول قوانينًا وسياسات تقيّد أو تجرم توفير الرعاية الطبية للأشخاص المعارضين للدولة، مثل المتظاهرين السياسيين والجماعات المسلحة غير التابعة للدولة. وقد تطبق أيضًا القوانين التي تجرم دعم الإرهابيين أو غيرهم ممن يعارضون الدولة بشكل غير مناسب فيما يتعلق بتوفير الرعاية الطبية. ونتيجة لذلك، اعتقل الأطباء وطواقم الرعاية الصحية الآخرين ووجهت إليهم اتهامات وحكم عليهم بالسجن أثناء العمل ضمن واجبه المهني الذي يؤكد على الحياد الطبي. وقد تؤدي هذه القوانين إلى منع طواقم الرعاية الصحية من تقديم الخدمات في حالات النزاع بسبب الخوف من الملاحقة القضائية، وبالتالي إحداث تأثير سلبي على مقدمي الرعاية الصحية».

وباختصار، أدت المناقشات إلى ثلاث توصيات رئيسية تخص التشريعات الوطنية بشأن الواجبات الأخلاقية وحماية السرية الطبية والاستثناءات الخاصة بهذه القاعدة والتدريب المحدد لطواقم الرعاية الصحية في مجال حسم المعضلات الأخلاقية.

وُطرحَت الأسئلة التالية على المشاركين:

- كيف تحدد أدوار ومسؤوليات مختلف الجهات المعنية بالاستجابة لحالات الطوارئ في التشريعات الوطنية؟
- في ظل أن معظم الدول لا تحدد نطاق التشريع المعمول به، هل تنطبق المبادئ التي تحكم حماية السرية الطبية في وقت السلم أيضًا في أوقات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى؟
- هل يشمل التشريع الوطني بشأن آداب مهنة الطب وسرية المعلومات على استثناءات محددة بشأن الإفصاح عن المعلومات أثناء النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى، وهل يجب أن يشتمل على ذلك؟
- كيف يمكن لطواقم الرعاية الصحية الموازنة بين واجباتهم الأخلاقية المهنية التي تتعلق بالسرية وبين الالتزامات القانونية التي تتطلب الإفصاح عن أنواع معينة من المعلومات التي قد تصل إليهم أثناء قيامهم بمهامهم الطبية الحصرية خلال النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى؟

الجمعية الطبية العالمية وتعزيز المبادئ العامة لآداب مهنة الطب

إن الجمعية الطبية العالمية هي منظمة دولية من الأطباء تضم 106 جمعية طبية وطنية كأعضاء. وتسعى الجمعية الطبية العالمية التي تأسست في عام 1947 ومقرها في فيرني- فولتير بفرنسا، إلى ضمان استقلال الأطباء والترويج لأعلى معايير السلوك الأخلاقي والرعاية المقدمة من قبل الأطباء في جميع الأوقات. ولتحقيق هذا الهدف، اعتمدت الجمعية العديد من الإعلانات والقرارات والبيانات الخاصة بالسياسات العالمية التي توفر التوجيه الأخلاقي للأطباء والجمعيات الطبية الوطنية والحكومات بشأن مجموعة من القضايا الأخلاقية بما في ذلك المهنة الطبية وحقوق المريض ورعاية الجرحى والمرضى في أوقات النزاع المسلح والبحوث المتعلقة بالإنسان والصحة العامة. وعلاوة على ذلك، تعمل الجمعية كمرکز لتبادل المعلومات حول الأخلاقيات بالنسبة لأعضائها وتعاون مع المؤسسات الأكاديمية والمنظمات العالمية المعنية بالقضايا الأخلاقية، فضلًا عن الخبراء الأفراد في مجال آداب مهنة الطب.

- ينص إعلان جنيف (1948، بصيغته المعدلة في عام 2006)، على غرار المدونة الدولية لآداب مهنة الطب لسنة 1949 (بصيغته المعدلة في عام 2006)، على التزام الطبيب بالعمل لصالح صحة المريض وتقديم الرعاية الصحية بطريقة مستقلة تمامًا وغير متحيزة وغير تمييزية مع احترام حق المريض في السرية.
- ينص إعلان لشبونة (1985) المعني بحقوق المريض تحديدًا على الحق في السرية الطبية.
- يوضح دليل الأخلاقيات الطبية (2005) الخصائص الرئيسية لآداب مهنة الطب ويقدم إرشادات للأطباء بهدف تطبيقها على العلاقات مع المرضى والمجتمع والزلاء.
- تقدم لائحة الجمعية الطبية العالمية في أوقات النزاع المسلح وحالات العنف الأخرى (1956) مدونة قواعد السلوك فيما يتعلق بالواجبات التي يتعين على الأطباء مراعاتها في تلك الظروف.

في 26 حزيران/يونيو 2013، تم توقيع مذكرة تفاهم بين الجمعية الطبية العالمية واللجنة الدولية للصليب الأحمر بهدف التعاون من خلال جهدٍ عالميٍّ لمكافحة العنف ضد المرضى وطواقم الرعاية الصحية.¹⁶⁵

التوصيات

توصية (10): ضمان وضوح واتساق التشريع المحلي المعني بالواجبات الأخلاقية التي تنطبق على طواقم الرعاية الصحية.

يجب أن تكون حقوق ومسؤوليات طواقم الرعاية الصحية محددةً بوضوح في التشريعات الوطنية، على سبيل المثال في القوانين التي تنظم الوصول إلى مهن الرعاية الصحية أو في مدونات قواعد السلوك التي اعتمدها الجمعيات المهنية.

تتمارس طواقم الرعاية الصحية مهامها في معظم البلدان تحت رقابة وإشراف النقابات المهنية المخولة بموجب القانون بتنظيم وصول هذه الطواقم إلى المهنة وممارستها المهنية، بما في ذلك فرض عقوبات في حالات سوء

165 توجد أيضًا مدونات قواعد السلوك المهنية لفائدة المهنيين الآخرين العاملين في مجال الرعاية الصحية بما في ذلك هيئة التمريض والصيدلة وخلافه.

السلوك. وبالتالي، غالبًا ما تُحدد الواجبات الأخلاقية التي تسري عليها في قوانين محددة تنشئ تلك الجمعيات الطبية أو في أدلة مدونات قواعد السلوك التي تعتمد عليها تلك الجمعيات المهنية وتحدد أدوارها ومسؤولياتها. وأكد المشاركون على أن التحديد الواضح لحقوق ومسؤوليات طواقم الرعاية الصحية من خلال جمعياتها المهنية، بما في ذلك الواجبات الأخلاقية، كان خطوة أساسية نحو ضمان الحماية الفعالة للأخلاقيات الطبية والالتزام بالسرية.

ولهذه الغاية، اعتبر المشاركون أنه من المفيد التأكيد مجددًا—على المستوى الدولي—على المبادئ المعترف بها عالميًا لآداب مهنة الطب والتي ينبغي أن تكون متسقة مع جميع الأنظمة الوطنية وقابلة للتطبيق في جميع الظروف.

وهناك طرق مختلفة لإدراج تعريف حقوق ومسؤوليات طواقم الرعاية الصحية في التشريعات الوطنية. فعلى سبيل المثال، اعتمدت كولومبيا دليلًا محددًا ينطبق على بعثاتها الطبية.

كولومبيا - دليل البعثة الطبية¹⁶⁶

في عام 2012، اعتمدت وزارة الصحة والحماية الاجتماعية دليل البعثة الطبية من خلال القرار رقم 4481، والذي كان نتيجة جهد مشترك من جانب وفد اللجنة الدولية للصليب الأحمر في بوغوتا، لا سيما الإدارة الصحية، والصليب الأحمر الكولومبي ووزارتي الداخلية والعدل والحقوق والمؤسسات الحكومية الأخرى. ويهدف الدليل إلى تعزيز احترام وحماية البعثة الطبية وينطبق على كل حالات النزاع المسلح و«حالات العنف الأخرى». ويحدد الدليل، من بين أمور أخرى، ما يلي:

- حقوق ومسؤوليات طواقم الرعاية الصحية
- الأعمال التي تشكل انتهاكات تؤثر على البعثة الطبية
- إنشاء واستخدام شارة البعثة الطبية
- التوصيات الصادرة بشأن سلامة طواقم الرعاية الصحية
- نماذج طلب الترخيص باستخدام الشارة وطلب بطاقة الهوية ونماذج الإبلاغ بالانتهاكات أو الحوادث التي تتعلق بالبعثة الطبية.

كما يتضمن الدليل لوائح الجمعية الطبية العالمية المتعلقة بالنزاعات المسلحة.

يجب أن تضمن الدول تماسك واتساق التشريعات الوطنية الأخرى التي تنطبق على طواقم الرعاية الصحية، بما في ذلك القوانين الجنائية، مع الواجبات الأخلاقية، وضمان الحماية الكافية واستقلال وحياد الرعاية الصحية.

يوجد فارق بين وضع التشريعات التي تحمي آداب مهنة الطب وضمان فعالية تلك التشريعات من حيث الممارسة. ولتحقيق هذه الغاية، يجب أن تضمن الدول تماسك واتساق التشريعات الوطنية الأخرى التي تتناول حقوق ومسؤوليات طواقم الرعاية الصحية. وعلى الأخص، يتعين على الدول عدم تجريم توفير الرعاية الصحية لأشخاص بعينهم مثل الأطراف المعادية خلال النزاع أو أعضاء الجماعات المسلحة غير التابعين للدولة أو المهاجرين غير الشرعيين لأن ذلك يتناقض مع التزام طواقم الرعاية الصحية بواجبهم الأخلاقي نحو توفير الرعاية المحايدة للجرحى والمرضى دون أي تمييز سلبي. كما أن هذا التجريم ينتهك أيضًا التزام طواقم الرعاية الصحية بتوفير الرعاية الطبية للجرحى والمرضى على أساس غير تمييزي وفقًا للقانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان.

وأكد المشاركون على أنه طالما أن التشريعات الوطنية يجب أن توفر الحماية اللازمة لاستقلال وحياد الرعاية الصحية كمبادئ عامة لآداب مهنة الطب، فإنه يتعين على سلطات الدولة أن تتخذ التدابير المناسبة لضمان قيام طواقم الرعاية الصحية بممارسة مهنتهم دون ضغوط لا لزوم لها بشأن منح أولوية غير مبررة (لا تستند إلى معايير طبية) لعلاج بعض الأشخاص أو الخوف من مواجهة ملاحقة جنائية نتيجة تزويد بعض الأشخاص بالرعاية المحايدة عند العمل بما يتفق مع الواجبات الأخلاقية.

أقرت الدورة العاشرة للجمعية الطبية العالمية في عام 1956 لوائح الجمعية الطبية العالمية في أوقات النزاع المسلح.¹⁶⁷ ومع التعديل الأخير في عام 2012، حددت اللوائح المبادئ التوجيهية العامة ومدونات قواعد السلوك التي يتعين مراعاتها من قبل الأطباء العاملين في جميع الظروف. ويعد التأكيد مجدداً على أن آداب مهنة الطب متطابقة في أوقات النزاع المسلح وفي وقت السلم، وتشترع مدونة قواعد السلوك بأنه على الأطباء القيام بما يلي في جميع الظروف:

- عدم المشاركة في أي عمل عدائي؛
- توفير رعاية فعالة ومحايدة للجرحى والمرضى (دون الرجوع إلى أي مبرر للتمييز غير العادل، بما في ذلك ما إذا كانوا «العدو»);
- تشجيع السلطات على الإقرار بالتزاماتها بموجب القانون الدولي الإنساني والهيئات الأخرى ذات الصلة بالقانون الدولي فيما يتعلق بحماية طواقم الرعاية الصحية والبنية التحتية في النزاع المسلح وحالات العنف الأخرى؛
- الدراية بالاتزامات القانونية الخاصة بإبلاغ السلطات بشأن انتشار أي مرض أو إصابات يجب الإبلاغ عنها.

توصية (11): التأكيد على ضرورة حماية السرية الطبية كمبدأ ملزم بالنسبة لآداب الرعاية الصحية في جميع الظروف (في زمن السلم وأيضاً أثناء النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى)، ويجب أن تكون الاستثناءات المتعلقة بالسرية الطبية محدودة ومقيدة بشكل تام في التشريعات الوطنية

التعامل مع السرية الطبية كحق من حقوق المريض وليست كميزة بسيطة وواجب أخلاقي خاص بطواقم الرعاية الصحية.

بالأخذ في الاعتبار أن حماية السرية الطبية تخدم مصالح كل من الجرحى والمرضى وطواقم الرعاية الصحية، أفاد المشاركون بأنه يجب عدم تناول هذه القضية في التشريعات الوطنية بوصفها ميزة وواجباً أخلاقياً خاصاً بطواقم الرعاية الصحية فحسب، بل كحق من حقوق المريض. ويعني ذلك أن السرية الطبية يجب أن تكون محددة ومحمية بموجب التشريعات الوطنية التي تتعامل مع حقوق المريض. ولتوفير المزيد من التماسك داخل الإطار القانوني المحلي وتعزيز الحماية، اقترح أيضاً بأنه، حيثما كان ذلك ممكناً، يتم الجمع بين حقوق المرضى وحماية طواقم الرعاية الصحية في التشريع ذاته.

وتعد اللوائح البلجيكية بشأن حقوق المرضى¹⁶⁸ مثلاً على إدراج آداب مهنة الطب في التشريع الذي يتعامل مع الحقوق الأخرى للمريض مثل موافقة المريض وحماية الخصوصية والحق في الحصول على المعلومات والسجلات الطبية.

قد تختلف الاستثناءات المتعلقة بالسرية الطبية من دولة إلى أخرى وحسب السياق ولكن ينبغي في كل الأحوال أن تكون محدودة ومحددة بدقة ومدرجة في التشريعات الوطنية بالنسبة لجميع الظروف.

بينما يتم الإقرار بالطبيعة العامة للسرية الطبية بوصفها مبدأً ملزماً من مبادئ آداب مهنة الطب، فقد اتفق المشاركون بشكل عام على أن بعض الاستثناءات، مثل اشتراط قيام طواقم الرعاية الصحية بتقديم معلومات معينة ذات صلة بالصحة إلى السلطات، حتمية. وقد تكون هناك استثناءات، على سبيل المثال، لأغراض أمنية أو لأغراض الصحة العامة، غير أنها يجب أن تكون محدودة ومحددة بدقة ومدرجة في التشريعات الوطنية.¹⁶⁹ وكان الرأي بأنه على الرغم من الاستثناءات المحددة لكل سياق بعينه، فإن المبدأ التوجيهي هو التوصل إلى التوازن المناسب بين حقوق الفرد والمصلحة العامة بالنسبة للصحة والأمن. ويجب أن تحدد التشريعات الوطنية الاستثناءات بكل دقة وتحدد الظروف التي تنطبق عليها بكل وضوح وتجنب الصياغة الغامضة والعامة التي يمكن أن تفتح الباب أمام تفسير واسع من قبل القضاة أو الجهات التنفيذية التي تصدر أحكاماً بشأن طلبات قرارات الإفصاح وتؤدي إلى إساءة الاستخدام. وبينما تعد الصكوك الدولية أيضاً واضحة فيما يتعلق بالتزام الإبلاغ عن تفشي الأمراض المعدية أو الإصابات التي قد تشكل خطراً «دولياً» على الصحة العامة (مثل وباء الكوليرا)، جرت التوصية بتقييد مفهوم الخطر الدولي على الصحة العامة في التشريعات الوطنية بهدف تجنب التفسير الواسع غير الملائم للاتزامات تجاه سلطات الدولة بالكشف عن معلومات صحية معينة.

167 لوائح الجمعية الطبية العالمية في أوقات النزاع المسلح وحالات العنف الأخرى.

168 القانون الصادر بتاريخ 22 آب/أغسطس 2002 بشأن حقوق المريض (بلجيكا).

169 تجدر الإشارة إلى أن القانون الدولي الإنساني ينص على أن الأشخاص الذين يعملون في الأنشطة الطبية قد لا يضطرون إلى تقديم معلومات تتعلق بالجرحى والمرضى الذين كانوا تحت رعايتهم إلا إذا طلب منهم ذلك بموجب القانون. يرجى الرجوع إلى المادة 16، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف؛ والمادة 10، البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف.

وعلاوةً على ذلك، نظراً لتنوع الحالات التي قد تظهر ولتجنب تحديد جميع الاستثناءات الخاصة بالسرية الطبية في التشريعات الوطنية، اقترح بعض المشاركين أيضاً أن تقوم السلطات التنظيمية بمنح اختصاص تقييم التوازن بين حقوق الفرد والمصلحة العامة بالنسبة للصحة والأمن على أساس المبادئ التوجيهية العامة التي ينبغي أن تكون محددة في التشريعات الوطنية بطريقة تتجنب الصياغة العامة. وباختصار، لا ينبغي أن تخضع الاستثناءات للاستنساق والتقدير بالحد الذي يجعل من المحتمل أن يصبح مبدأ السرية الطبية أساساً بلا معنى.

واتفق المشاركون بشكل عام على أن الاستثناءات الخاصة بالسرية الطبية يجب أن تتضمن إبلاغ سلطات الدولة بآثار العنف الواضحة ضد القصر أو الأشخاص الذين ليسوا في وضع يمكنهم من منح موافقة مطلعة، وهو الأمر الذي لاحظته طواقم الرعاية الصحية على المرضى أثناء أداء واجباتهم. ويجب أن يشكل ذلك واجباً وليس مجرد خيار بالنسبة لطواقم الرعاية الصحية. ومع ذلك، يجب على طواقم الرعاية الصحية قبل الإبلاغ أن يأخذوا مصالح المريض في الاعتبار مثل مخاطر ارتكاب أعمال انتقامية ضد الضحية من جانب أفراد المجتمع أو الأسرة والذي قد يكون أكثر أهمية في سياقات معينة، وأن يستخدموا حكمهم وتقديرهم في هذا الصدد.

ومع ذلك، عندما يكون المريض ضحية العنف بالغاً وقادراً على منح الموافقة عن دراية، فإنه يجب على طواقم الرعاية الصحية أن تلتزم بواجبها نحو السرية الطبية وأن تقصر منح المعلومات على كيفية طلب المساعدة عند وجود مثل هذه الخدمات (على سبيل المثال، المنظمات التي تقدم الدعم النفسي أو المشورة القانونية لضحايا العنف، أماكن إيواء النساء).

واتفق معظم المشاركين على أنه ينبغي حماية السرية الطبية في جميع الظروف وألا يكون هناك أي استثناءات محددة قابلة للتطبيق في أوقات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى. ولا تفرق العديد من الأطر الوطنية، مثل تلك الموجودة في بلجيكا والمكسيك وكوبا وكولومبيا وفنزويلا، بين وقت السلم وأوقات النزاع المسلح أو حالات الطوارئ الأخرى. ومن ناحية أخرى، لدى أسبانيا تشريعات محددة تنظم مسألة الالتزام بالسرية الطبية في أوقات النزاع المسلح.

وعلاوةً على ذلك، وعلى المستوى الدولي، تنص لوائح الجمعية الطبية العالمية في أوقات النزاع المسلح¹⁷⁰ على أنه يتعين على الأطباء، وإلى أقصى درجة ممكنة، الإبلاغ بأعمال التعذيب أو المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة التي تنمو إلى علمهم حيثما أمكن ذلك بموافقة المريض أو بدون موافقة صريحة منه عندما يكون الشخص الضحية غير قادر على التعبير عن نفسه بحرية.

عند قيام طواقم الرعاية الصحية بموجب الواجب القانوني بالإفصاح عن معلومات المريض المحمية بموجب الالتزام بالسرية الطبية، يجب أن يأخذوا جميع الاحتياطات اللازمة لحماية المعلومات الشخصية والصحية الأخرى ذات الصلة بالمرضى والكشف فقط عن المعلومات المطلوبة.

يتعين على طواقم الرعاية الصحية، عندما يُطلب منهم قانوناً الكشف عن المعلومات الطبية المتعلقة بالمريض، على سبيل المثال بموجب مرسوم قضائي، أن يتذكروا التزامهم بالسرية تجاه المريض وأن يقوموا فقط بالإفصاح عن المعلومات المطلوبة. وعلى كل حال، ينبغي أن تقتصر شهادة طواقم الرعاية الصحية أمام المحكمة على مجال اختصاصهم، أي وصف الجروح التي لاحظوا وجودها لدى المريض.

كما يجب على طواقم الرعاية الصحية الامتثال للالتزامات القانونية الأخرى بشأن الإفصاح عن المعلومات الطبية، مثل الإبلاغ الإلزامي عن أمراض معينة لأغراض الصحة العامة أو الإبلاغ عن أنواع معينة من الجروح (على سبيل المثال تلك الناجمة عن أعيرة نارية) وذلك بالطريقة التي تضمن سرية المعلومات الطبية والبيانات الشخصية للمريض إلى أقصى حد ممكن. فعلى سبيل المثال، يجب ألا يتطلب التزام طواقم الرعاية الصحية بالإبلاغ عن بعض الأمراض بهدف منع الأوبئة الإفصاح عن اسم المريض. وفي كولومبيا، يتم الإبلاغ عن حوادث الإصابة بالأعيرة النارية إلى السلطات بطريقة لا يتم بها الإفصاح عن منشأ الجروح.

يجب أن يمثل إفصاح طواقم الرعاية الصحية عن المعلومات الشخصية والمتعلقة بالرعاية الصحية للمرضى بدون موافقتهم، حيثما لا يوجد التزام قانوني للقيام بذلك، انتهاكاً للواجب المهني بموجب مدونة الأخلاقيات وأن يخضع لإجراءات إدارية أو تأديبية.

170 لوائح الجمعية الطبية العالمية في أوقات النزاع المسلح وحالات العنف الأخرى.

اتفق المشاركون على أنه يتعين على النقابات المهنية معاقبة طواقم الرعاية الصحية التي تقوم عن قصد أو بدون قصد بالإفصاح عن بيانات المريض إلى أطرافٍ أخرى دون موافقة المريض ودون وجود التزام قانوني بذلك. وتذهب بعض اللوائح الوطنية، كما هو الحال في بلجيكا، إلى أبعد من ذلك من خلال المعاقبة على انتهاك التزام السرية الطبية (المشار إليها باسم «السرية المهنية») بموجب القانون الجنائي بالحبس من ثمانية أيام إلى ستة أشهر وبغرامة من 100 إلى 500 يورو.¹⁷¹ ويشكل الإفصاح عن المعلومات الطبية السرية أيضاً جريمةً جنائيةً بموجب المادة 221 من قانون العقوبات البلجيكي ويُعاقب عليه بالحبس من شهرين إلى سنة وبغرامة من 10.000 إلى 200.000 نaira.¹⁷²

توصية (12): ضمان التدريب المناسب لطواقم الرعاية الصحية على تطبيق واحترام الواجبات الأخلاقية، لا سيما فيما يتعلق بحل المعضلات عندما يواجهون التزامات قانونية بالإفصاح عن المعلومات الشخصية والمتعلقة بالرعاية الصحية للمرضى.

يجب تزويد طواقم الرعاية الصحية بتدريب خاص بشأن حل المعضلات عندما تتعارض الالتزامات القانونية بالإفصاح عن معلومات المريض مع الواجبات الأخلاقية سواء في وقت السلم أو في أوقات النزاع المسلح أو حالات الطوارئ الأخرى عن طريق تمارين المحاكاة، على سبيل المثال.

في بعض الأحيان، يواجه طواقم الرعاية الصحية ضغوطاً خارجية بشأن الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالمرضى، بما في ذلك تلك الناجمة عن الالتزامات القانونية الوطنية والتي تتعارض مع واجبهم الأخلاقي بالالتزام بالسرية الطبية. ويمكن أن تحدث هذه الأنواع من المعضلات في كل الأوقات، ولكن في الظروف الضاغطة مثل النزاعات المسلحة أو حالات الطوارئ الأخرى عادةً ما تكون طواقم الرعاية الصحية أكثر انشغالاً وليس لديهم الوقت الكافي للتفكير في السلوك المناسب الذي يجب اعتماده وفقاً للواجبات الأخلاقية. ولمساعدة طواقم الرعاية الصحية على التفاعل مع تلك الضغوط بطريقة تضمن حماية معلومات المريض، أوصى المشاركون بقوة بالحصول على تدريب شامل. وينبغي ألا يشمل هذا التدريب الدراية السليمة بالواجبات الأخلاقية فحسب، بل أيضاً التوجيهات العملية بشأن تطبيق تلك الواجبات على حالاتٍ حقيقيةٍ ويجب أن تكون جزءاً من تدريبهم المهني.

ويتم أيضاً تشجيع سلطات الدولة والجمعيات الوطنية للعاملين في مجال الرعاية الصحية بتزويد أعضاء تلك الجمعيات بالتوجيه من خلال المطبوعات مثل المبادئ التوجيهية العملية أو الأدلة كما حدث في كولومبيا من خلال دليل البعثات الطبية،¹⁷³ وساحل العاج من خلال التقرير الحكومي الرسمي عن حقوق ومسؤوليات الأطباء تجاه أعمال العنف في أوقات الأزمات والنزاع المسلح.¹⁷⁴ وفي هذا الصدد، يمكنهم الرجوع إلى أعمال مثل الوثيقة المرجعية لمشروع الرعاية الصحية في خطر، بشأن مسؤوليات طواقم الرعاية الصحية في حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى،¹⁷⁵ وهي مطبوعة خاصة باللجنة الدولية للصليب الأحمر تهدف إلى مساعدة طواقم الرعاية الصحية في ضبط أساليب عملهم مع مقتضيات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى. كما اقترح أيضاً تقديم تدريب محاكاة بهدف دعم طواقم الرعاية الصحية في تطوير استجاباتهم في تلك الحالات المحددة.

يجب تدريب الموظفين المكلفين بإنفاذ القوانين (الشرطة وأعضاء النيابة العامة) بشكلٍ سليمٍ على قضايا الواجبات الأخلاقية للعاملين في مجال الرعاية الصحية.

لاستكمال تدريب طواقم الرعاية الصحية، أكد المشاركون على أنه يجب تزويد الموظفين المكلفين بإنفاذ القانون مثل أفراد الشرطة وأعضاء النيابة العامة بالمعلومات الصحيحة حول الواجبات الأخلاقية لطواقم الرعاية الصحية وحول أهمية احترام السرية الطبية في جميع الظروف. وكإجراءٍ وقائي، اقترح وجوب إيجاد حوار بين طواقم الرعاية الصحية والمسؤولين عن إنفاذ القانون بشأن التحديات التي تطرحها النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى فيما يتعلق بواجباتهم الأخلاقية، لا سيما فيما يتعلق بالالتزام بالحفاظ على سرية المعلومات التي

¹⁷¹ تظنر المادة 458 من القانون الجنائي أي انتهاك لهذه السرية إلا إذا تم استدعاء الممارس للدلاء بشهادته في محكمة شرعية أو أمام لجنة تحقيق برلمانية أو حيثما خضع الممارس لالتزام قانوني بالإفصاح عن المعلومات لديه.

¹⁷² المادة 221 من قانون العقوبات البلجيكي لسنة 2003 (المعدل في 2008).

¹⁷³ لمزيد من المعلومات على الدليل الكولومبي للبعثة الطبية، يرجى الرجوع إلى الإطار الوارد في الصفحة 54.

¹⁷⁴ لمزيد من المعلومات حول التقرير الحكومي الرسمي لساحل العاج حول حقوق ومسؤوليات الأطباء تجاه أعمال العنف في أوقات الأزمات والنزاع المسلح، يرجى الرجوع إلى الإطار الوارد في الصفحة 59.

¹⁷⁵ لمزيد من المعلومات عن البثرة المرجعية للرعاية الصحية في خطر الخاصة باللجنة الدولية للصليب الأحمر بشأن مسؤوليات طواقم الرعاية الصحية أثناء النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى، يرجى الرجوع إلى الإطار الوارد في الصفحة 58.

حصلوا عليها عن المرضى أثناء تأدية واجباتهم. ولضمان التأثير الإيجابي على التفاعل بين طواقم الرعاية الصحية والمسؤولين عن إنفاذ القانون في أوقات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى، يجب أن يُجرى هذا الحوار في وقت السلم.

ينبغي اتخاذ التدابير اللازمة لإدارة التفاعل بين طواقم الرعاية الصحية ووسائل الإعلام، لا سيما في حالات الطوارئ بهدف توفير حماية أفضل للالتزام بالسرية الطبية. وينبغي أيضًا إحاطة وسائل الإعلام علمًا بالواجبات الأخلاقية للعاملين في مجال الرعاية الصحية ويجب إدراج احترام السرية الطبية ضمن مدونة الأخلاقيات الخاصة بهم.

وألقى العديد من المشاركين الضوء على التفاعل مع وسائل الإعلام، لا سيما في الظروف الضاغطة مثل النزاعات المسلحة أو حالات الطوارئ الأخرى، بوصفه مسألة تمثل مخاطرًا محتملة على السرية الطبية. واقترح المشاركون اعتماد لوائح أو مبادئ توجيهية محددة في هذا الصدد من خلال الجمعيات المهنية بهدف توجيه سلوك طواقم الرعاية الصحية في مثل هذه الحالات. وكان الإجراء العملي الذي اقترحه المشاركون يتمثل في تكليف أحد أفراد طواقم الرعاية الصحية في كل مجموعة عمل كنقطة اتصال لجميع التفاعلات مع وسائل الإعلام، بينما يجب حظر الأعضاء الآخرين من طواقم الرعاية الصحية من التفاعل معها. وبالإضافة إلى ذلك، يجب اتخاذ تدابير محددة لتعزيز معرفة وسائل الإعلام بالواجبات الأخلاقية لطواقم الرعاية الصحية من قبل السلطات الحكومية أو جمعيات المهنيين العاملين في مجال الإعلام مثل الصحفيين، ويجب النص على احترام التزام طواقم الرعاية الصحية بالحفاظ على السرية الطبية في مدونة الأخلاقيات الخاصة بجمعيات وسائل الإعلام باعتباره واجبًا أخلاقيًا. وينبغي أيضًا أن يتم إدراج المبادئ التوجيهية لتفاعل طواقم الرعاية الصحية مع وسائل الإعلام في خطط التنسيق الوقائية لتنظيم الاستجابة للطوارئ.

وتعد مسؤوليات طواقم الرعاية الصحية العاملة أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى بمثابة نشرة صادرة عن اللجنة الدولية للصليب الأحمر تستهدف مساعدة طواقم الرعاية الصحية على تكييف أساليب عملهم بما يتسق مع مقتضيات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى.¹⁷⁶ وبينما لا تسعى تلك النشرة إلى توفير إجابات دقيقة أو نهائية بشأن مختلف المعضلات الأخلاقية التي قد يواجهها طواقم الرعاية الصحية في مثل هذه الظروف، فإنها تهدف إلى تزويد هؤلاء العاملين بالتوجيه وتعزيز التفكير في القضايا المتعلقة بالتزاماتهم الأخلاقية.

وتقدم النشرة نصائحًا عملية حول عدد من الموضوعات، بما في ذلك:

- حقوق ومسؤوليات طواقم الرعاية الصحية في أوقات النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى ومصادر هذه المسؤوليات المستقاة من القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان وآداب مهنة الطب؛
- معايير الممارسة؛
- جمع البيانات والتدليل على انتهاكات القانون الدولي الإنساني؛
- تناول السجلات الطبية والإفصاح عن المعلومات الطبية؛
- التعامل مع وسائل الإعلام.

ويمكن تحميلها أو طلبها من خلال الرابط:

<https://www.icrc.org/ara/resources/documents/publication/p4104.htm>

ساحل العاج - تقرير حكومي رسمي حول حقوق ومسؤوليات الأطباء تجاه أعمال العنف في أوقات الأزمات والنزاع المسلح¹⁷⁷

في عام 2013، اعتمدت الجمعية الطبية الوطنية لساحل العاج التقرير الحكومي الرسمي الذي يلخص أدوار طواقم الرعاية الصحية ومسؤولياتها عندما تواجه أعمال عنف في حالات الأزمات أو النزاع المسلح. ويعد هذا التقرير نتاجاً لدراسة مشتركة قامت بها اللجنة الدولية للصليب الأحمر والجمعية الطبية. ويتناول الجزء الأول من التقرير أعمال العنف التي تحدث أثناء ممارسة الأطباء لمهنتهم في وقت السلم، بينما يتناول الجزء الثاني أعمال العنف التي ترتكب في فترات الأزمات والنزاعات المسلحة. وبناءً على دور مجتمع الرعاية الصحية نفسه في خلق بيئة مواتية لاحترام آداب مهنة الطب وفي تعزيز أمن توفير الرعاية الصحية، يهدف هذا التقرير للمساهمة في إعداد وتدريب طواقم الرعاية الصحية للعمل بشكل مناسب في حالات انعدام الأمن، باعتبار أنه يتعين على هؤلاء الموظفين احترام مبادئ آداب مهنة الطب في جميع الظروف.

ويتضمن التقرير بيان الجمعية الطبية العالمية بشأن العنف في القطاع الصحي من قبل المرضى والمقربين منهم، ولوائح الجمعية الطبية العالمية في أوقات النزاع المسلح وحالات العنف الأخرى والقانون الدولي للجمعية الطبية العالمية الدولية بشأن آداب مهنة الطب. كما يحتوي التقرير على شهادات من الأطباء الذين كانوا ضحايا أعمال العنف أثناء أداء واجباتهم في وقت السلم وكذلك خلال النزاع المسلح.

4.2.4 الجلسة الرابعة: كيفية القمع الفعال والمعاقبة على انتهاكات القواعد التي تحمي توفير الرعاية الصحية

المناقشة

إن النظر في مسألة وضع الأطر القانونية الوطنية لحماية توفير الرعاية الصحية لا يجب أن يقلل من أهمية اتخاذ سلطات الدولة للتدابير الملائمة لقمع انتهاك قواعد حماية وتوفير الرعاية الصحية ومعاقبة مرتكبي تلك الانتهاكات. وتشمل الموضوعات الرئيسية التي نوقشت خلال حلقة العمل طبيعة العقوبات ونطاق ووسائل تطبيقها وخصوصية العقوبات وأنواع السلوكيات التي ينبغي المعاقبة عليها. كما تناولت تلك المناقشة التدابير الواجب اتخاذها لتعزيز فعالية العقوبات والتأكيد على أنها تضطلع بدورها الوقائي. ولذلك، تم تحليل العقوبات فيما يتعلق بوظيفتها الرادعة في ضمان العقاب ومساءلة مرتكبي الانتهاكات وأيضاً فيما يتعلق بوظيفتها الوقائية في تجنب تكرار العنف ضد تقديم الرعاية الصحية. ولقد نوقشت السبل المختلفة لتحسين الالتزام بالقواعد التي تحمي توفير الرعاية الصحية.

وبينما جرت مناقشة مختلف وسائل معاقبة انتهاكات قواعد حماية توفير الرعاية الصحية، أمعن المشاركون النظر في مزايا وعيوب الأنواع المختلفة من العقوبات المتاحة في تشريعاتهم الداخلية (الجنائية والإدارية والتأديبية). وبشكل عام، أصر المشاركون على أهمية تنفيذ العقوبات الأشد على فئات معينة من الجناة من خلال فرض عقوبات تأديبية على أفراد القوات المسلحة وموظفي الخدمة المدنية وموظفي الرعاية الصحية الذين يثبت ارتكابهم انتهاكات لقواعد حماية توفير الرعاية الصحية. ورأى المشاركون أيضاً أنه يجب تطبيق عقوبات شديدة على مرتكبي الهجمات المتممة ضد توفير الرعاية الصحية واعتبارها عاملاً من عوامل تشديد العقوبات عند تحديد العقوبة التي تفرض على الجناة.

كما أبرز النقاش الحاجة إلى أن تتوسع التشريعات الوطنية إلى أبعد من اتفاقيات جنيف، سواء من حيث الحالات المشمولة أو السلوك الذي يتم تجريمه. وكما ذكر في القسم السابق، يتعين على الدول الأطراف في اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية أن تمنع وتقمع الأعمال المخالفة لتلك الصكوك ويقع على عاتقها المزيد من الالتزامات فيما يتعلق ببعض الانتهاكات الخطيرة للقانون الإنساني الدولي التي ارتكبت في النزاعات المسلحة الدولية، التي توصف بأنها «انتهاكات خطيرة» والتي يجب على تلك الدول أن تجرمها في تشريعاتها الداخلية والبحث عن مرتكبيها ومحاكمتهم. وحيث أن جزءاً كبيراً من أعمال العنف التي ارتكبت ضد تقديم الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة الحديثة لا تصل بالضرورة إلى مستوى جرائم الحرب، وبالنظر إلى إمكانية حدوث هذا العنف أيضاً في حالات لا تصل إلى حد النزاع المسلح، اعتقد المشاركون بأن إدراج جرائم الحرب والجرائم الدولية الأخرى في التشريع المحلي لا يكفي للقمع الفعال للجرائم المرتكبة ضد تقديم الرعاية الصحية. ولذلك، استنتج المشاركون أنه يجب أن تنص التشريعات

الوطنية على قمع جميع أنواع التدخل غير المبرر في عملية توفير الرعاية الصحية والمعاقبة عليها بغض النظر عن الظروف التي ارتكبت فيها.

ولقد حُددت أوجه القصور في النظام القضائي وعدم احترام الضمانات القضائية معوقات تحول دون فعالية العقوبات في سياقات معينة، وأكد المشاركون على أنه يتعين على سلطات الدولة إيجاد السبل المناسبة، مع مراعاة الموارد المتاحة، لإنفاذ التشريعات الوطنية التي تحمي توفير الرعاية الصحية ولمنع تكرار أعمال العنف ضد تقديم الرعاية الصحية.

وقد طُرحت الأسئلة التالية على المشاركين:

- ما هي أنواع العقوبات التي ينبغي النظر فيها في الإطار المعياري الداخلي على أنها ترقع الانتهاكات المرتكبة ضد طواقم الرعاية الصحية والبنية التحتية ووسائل النقل الطبية؟
- ما هو مدى اتساعها لكي توفر حماية فعالة لتوفير الرعاية الصحية في حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى؟
- ما هي مزايا وعيوب الأنواع المختلفة من العقوبات؟

التوصيات

توصية (13): ينبغي أن تخضع الأنواع المختلفة من العقوبات (الجنائية والإدارية والتأديبية) المتاحة في القانون المحلي للمعاقبة على انتهاك القواعد التي تحمي توفير الرعاية الصحية لنهج متدرج وأن تكون قابلة للدمج وفقاً لخطورة المخالفة المرتكبة

وبالإضافة إلى العقوبات الجنائية، ينبغي أن يخضع مرتكبو انتهاكات قواعد حماية الرعاية الصحية لعقوبات إدارية وتأديبية وفقاً لمناصبهم أو وظائفهم ويجب أن تكون هذه العقوبات قابلة للدمج.

كشفت المناقشات التي دارت حول أنواع العقوبات التي ينبغي النظر فيها بالقانون الداخلي بهدف قمع الانتهاكات المرتكبة ضد توفير الرعاية الصحية عن أهمية اعتماد العقوبات الإدارية والتأديبية التي تنطبق على فئات معينة من الجناة بالتوازي مع العقوبات الجنائية أو استكمالاً لها حسب وظيفة أو وضع الجناة. على سبيل المثال، لوحظ أنه يجب أن يخضع موظفي الخدمة المدنية وطواقم الرعاية الصحية وأفراد القوات المسلحة الذين ثبت تورطهم أثناء أداء واجباتهم في ارتكاب انتهاكات ضد طواقم الرعاية الصحية والمرافق الطبية ووسائل النقل الطبية أو ضد الجرحى والمرضى لإجراءات تأديبية معينة، بما يشمل ولا يقتصر على الغرامة أو خفض رتبهم الوظيفية أو تعليق عملهم، أو عزلهم من جمعياتهم المهنية أو من الجيش في حالة ارتكابهم انتهاكات أكثر خطورة.

وأفاد المشاركون بأن مثل هذه العقوبات غالباً ما يثبت أنها ذات تأثيرٍ رادعٍ أقوى على الجناة من العقوبات الجنائية في الحالات التي يمكن تطبيق تلك العقوبات عليها، لا سيما بسبب تأثيرها وعواقبها المباشرة. وبالإضافة إلى ذلك، يضيف منظور الحكم عليها من قبل مجتمع النظراء إلى فعالية العقوبات التأديبية على أفراد القوات المسلحة أو أفراد الجمعيات المهنية. وعلى النقيض من ذلك، يمكن أن تستغرق العقوبات الجنائية سنوات لتصبح ساريةً نظراً لمراعاة الإجراءات والضمانات القضائية الصارمة والمعقدة أحياناً والمستوى الأعلى من عبء الإثبات. وأضاف المشاركون أن العقوبات الجنائية يمكن أن تكون أقل رادعاً في بعض البلدان التي يكون فيها النظام القضائي فاسداً أو غير فعال.

وفي الوقت نفسه، لا يمكن التقليل من أهمية العقوبات الجنائية كأساس للقمع وكضمان للمسؤولية الجنائية لمرتكبيها. وأشار المشاركون إلى أنه على الرغم من أن المحاكمات الجنائية المدنية تستغرق المزيد من الوقت للحكم فإنها عمليات أكثر انفتاحاً وشفافية من الإجراءات العسكرية ولديها ميزة توفير أساس لتسليم المجرمين، إذا كان هذا معمولاً به وإذا لزم الأمر. وبالإضافة إلى ذلك، نظراً لطبيعتها العامة وحقيقة أنها تخضع في بعض الأحيان لاهتمام وسائل الإعلام، فإن هذا الأمر يعزز من الأثر الرادع للعقوبات الجنائية فيما يتعلق بالسكان ككل.

وبالتالي فإن العقوبة/العقوبات المطبقة على انتهاك معين تعتمد على وضع الجاني، وأكد المشاركون على أن العقوبات الجنائية والإدارية والتأديبية يجب أن تكون قابلة للدمج. على سبيل المثال، في بلجيكا، تخضع الانتهاكات المتعلقة بإساءة استخدام الشارة لعقوبات جنائية بموجب القانون الصادر في 4 تموز/ يوليو 1956 بشأن حماية تسميات وعلامات وشارات الصليب الأحمر، ولكن عندما ترتكب من قبل القوات المسلحة فإنها أيضاً تخضع

لإجراءات تأديبية، حيث يمكن اعتبارها انتهاكاً لواجب مفروضٍ على العسكريين بموجب التشريعات أو اللوائح المطبقة على القوات المسلحة.¹⁷⁸

إن العقوبات الجنائية والإدارية والتأديبية المنصوص عليها في التشريعات الوطنية يجب أن تكون متدرجةً لضمان اتساق العقوبة مع خطورة المخالفة المرتكبة، مع مراعاة الظروف المشددة والمخففة. وينبغي النظر إلى الهجمات المتعمدة ضد تقديم الرعاية الصحية بوصفها عاملاً مشدداً.

يمكن لانتهاكات القواعد التي تحمي توفير الرعاية الصحية أن تتخذ أشكالاً مختلفة، وبطبيعة الحال يمكن أن يكون لبعضها عواقب أكثر خطورةً من غيرها. ولضمان فرض العقوبات المناسبة على الجناة، أوضح المشاركون بأن العقوبات، بما في ذلك ذات الطبيعة الجنائية والإدارية والتأديبية، يجب أن تخضع لنهج تدريجي وفقاً لخطورة المخالفة المرتكبة. ويمكن قياس ذلك، من بين عوامل أخرى، حسب آثار المخالفة أو الظروف التي ارتكبت فيها. كما أشير أيضاً إلى أن التشريعات الوطنية يجب أن تسمح للقضاة بتقدير الظروف المخففة والمشددة بهدف تحديد المستوى المناسب من العقوبات التي تُفرض على مرتكب المخالفة. ولذلك، أُفيد بأن الهجمات التي تستهدف عمداً عملية توفير الرعاية الصحية يجب أن تُعاقب بشكل أشد مقارنةً بالهجمات الناجمة، على سبيل المثال، عن عدم اتخاذ جميع التدابير الاحترازية لتجنب الإضرار بالطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية. ويمكن أن يتم ذلك إما عن طريق النص على جريمة محددة في التشريع المحلي أو من خلال اعتبار الطابع المتعمد للمخالفة المرتكبة ضد توفير الرعاية الصحية عاملاً مشدداً وذلك عند مقاضاة الأفراد بموجب التشريع الجنائي العام (على سبيل المثال، الأحكام العامة للقانون الجنائي المحلي).

يجب قمع أعمال العنف ضد الرعاية الصحية التي تبلغ مستوى الانتهاك الجسيم لاتفاقيات جنيف على هذا النحو تطبيقاً للنظام ذي الصلة. وحيثما لا يوجد هذا النظام، يجب النظر في مثل هذا النظام في القانون المحلي ويجب أن يغطي كلا من المسؤولية الفردية ومسؤولية القيادة.

توجد التزامات محددة لدى الدول فيما يتعلق بقمع الانتهاكات الجسيمة لاتفاقيات جنيف. ويتعين على الدول الأطراف في اتفاقيات جنيف والبروتوكول الإضافي الأول أن تبحث عن الأشخاص المتهمين بارتكاب المخالفات الجسيمة أو الذين أمروا بارتكاب المخالفات الجسيمة ومحاکمتهم أو تسليمهم للمحاكمة في دولة أخرى. ولذلك، يجب على تلك الدول، من بين تدابير أخرى، وضع تشريعات وطنية تحظر ارتكاب المخالفات الجسيمة وتعاقب على ارتكابها،¹⁷⁹ إما عن طريق اعتماد قانون مستقل أو من خلال تعديل القوانين القائمة.¹⁸⁰ كما سلطت المناقشات الضوء على أهمية المعاقبة على المسؤولية المباشرة وكذلك مسؤولية القيادة عن الإخفاق في التنفيذ.¹⁸¹

توصية (14): يجب أن تذهب التشريعات الوطنية إلى أبعد من اتفاقيات جنيف من حيث القمع الجنائي فيما يتعلق بكل من الحالات المشمولة والسلوك المجرّم.

يجب أن تعاقب التشريعات الوطنية على كل أنواع التدخل غير المبرر في عملية توفير الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة، بما في ذلك التهديد ضد طواقم الرعاية الصحية والعقوبات الأخرى غير المبررة في مجال توفير خدمات الرعاية الصحية.

أصر المشاركون على أنه يجب أخذ التهديدات الموجهة ضد طواقم الرعاية الصحية وأنواع التدخل الأخرى في عملية توفير الرعاية الصحية على محمل الجد كهجمات فعلية، وبالتالي، ينبغي أن تجرم وتعاقب في التشريعات الوطنية. وكما سلف ذكره، يتعين على الدول أن تقوم وبشكل صريح بوضع التشريع اللازم لفرض عقوبات جزائية فعالة لمعاقبة الأشخاص الذين يرتكبون أو يأمرؤن بارتكاب «الانتهاكات الجسيمة»، والتي تُعرّف في شروط دقيقة ومحسنة وتعادل وأخطر الانتهاكات لاتفاقيات جنيف. ومع ذلك، حيث يبدو أن التهديدات ضد الرعاية الصحية

¹⁷⁸ القانون الصادر في 14 كانون الثاني/يناير 1975 بشأن تحديد اللوائح التأديبية المطبقة على القوات المسلحة.

¹⁷⁹ لمزيد من المعلومات حول قمع الانتهاكات الجسيمة، يرجى الرجوع إلى وثيقة المعلومات الأساسية الصادرة عن دائرة الخدمات الاستشارية التابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر، «قمع العقوبات: المعاقبة على جرائم الحرب».

¹⁸⁰ لمزيد من المعلومات عن الطرق المختلفة لدمج جرائم الحرب والجرائم الدولية الأخرى في القانون المحلي، يرجى الرجوع إلى وثيقة المعلومات الأساسية الصادرة عن دائرة الخدمات الاستشارية التابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر، «طرق دمج العقوبة في القانون الجنائي»؛ وفي نفس السياق، يمكن الرجوع إلى «منع الجرائم الدولية والمعاقبة عليها: نحو نهج «متكامل» مبني على الممارسة الوطنية» - تقرير الاجتماع العالمي الثالث للجان الوطنية بشأن تنفيذ القانون الدولي الإنساني - المجلد الأول، القسم الخامس، «تضمن القانون الدولي الإنساني (الجوانب القمعية) في التشريعات الوطنية»، ص. 29-41.

¹⁸¹ انظر القواعد 151-153، دراسة القانون الدولي الإنساني العرفي. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى وثيقة المعلومات الأساسية الصادرة عن دائرة الخدمات الاستشارية التابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر، «مسؤولية القيادة والإخفاق في العمل».

على وجه الخصوص تمثل جزءاً كبيراً من أعمال العنف التي ترتكب ضد أنشطة الرعاية الصحية¹⁸² ويمكن أن يكون لها عواقب خطيرة على توفير الرعاية الصحية مثلها مثل الهجمات التي تسبب إصابات جسدية أو أضراراً مادية في النزاع المسلح، فقد تم اعتبار المعاقبة على مثل هذه الأفعال وعلى جميع أنواع التدخل الأخرى في توفير الرعاية الصحية بمثابة أمر أساسي للقمع الفعال لأعمال العنف ضد تقديم الرعاية الصحية. ولذلك، كان من الضروري أن تغطي التشريعات الوطنية الهجمات وأنواع التدخل الأخرى في توفير الرعاية الصحية التي لا تغطيها اتفاقيات جنيف.

يجب أن تنص التشريعات الوطنية أيضاً على معاقبة كل أنواع التدخل غير المبرر في عملية توفير الرعاية الصحية في الحالات التي لا ترقى إلى مستوى نزاع مسلح.

بينما تنطبق اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية بشكل صارم على حالات النزاع المسلح، فإن تنفيذها في القانون المحلي لا يكفي لقمع العديد من أعمال العنف التي ترتكب ضد توفير الرعاية الصحية في سياقات مختلفة. ولذلك، اعتبر العديد من المشاركين أن التشريعات الوطنية يجب أن تذهب إلى أبعد من ذلك ولا تنطبق على النزاع المسلح فحسب، بل على حالات الطوارئ الأخرى.¹⁸³

وقبل اعتماد تشريعات محددة لتجريم انتهاكات محددة للقواعد التي تحمي توفير الرعاية الصحية، ينبغي على الدول تقييم ما إذا كان التشريعات الجنائية العامة لديها تغطي هذه الانتهاكات وينبغي إيلاء اهتمام خاص للحفاظ على تماسك الإطار المعياري وكذلك إمكانية توقع العقوبات.

أدى النقاش حول نطاق التطبيق والحالات التي تغطيها التشريعات الوطنية إلى مناقشة حول خصوصية العقوبات فيما يتعلق بقمع أعمال العنف المرتكبة ضد تقديم الرعاية الصحية. وبعبارة أخرى، ناقش المشاركون ما إذا كان ينبغي أن تنص التشريعات الوطنية على فرض عقوبات محددة على أعمال عنف بعينها ترتكب ضد توفير الرعاية الصحية أو ما إذا كان ينبغي تطبيق التشريع الجنائي العام على تلك الأعمال، واعتبروا أن الهجمات المتممة ضد توفير الرعاية الصحية بمثابة عامل مشدد. ورغم عدم وجود استنتاج مشترك بشأن هذه النقطة والذي يعزو جزئياً إلى تنوع النظم القانونية الوطنية، فإن المشاركين اتفقوا على أهمية الحفاظ على تماسك الإطار القانوني المحلي وتجنب تشتت التشريعات في العديد من الأطر القانونية. واقترح بعض المشاركين التفكير في التدابير الرامية إلى تحسين تنفيذ آليات الإطار القانوني المحلي والعقوبات الحالية كأمر له أولوية على اعتماد تشريعات محددة، بينما رأى آخرون أن اعتماد عقوبات محددة لقمع الجرائم المرتكبة ضد تقديم الرعاية الصحية أمر مرغوب به شريطة أن يكون واسع النطاق بما يكفي لتغطية مجموعة متنوعة من الحوادث الواقعية. وكشفت المناقشات أن العديد من البلدان مثل البرازيل وشيلي وبيرو ليس لديها أي تشريعات محددة لمعاقبة أعمال العنف المرتكبة ضد الرعاية الصحية والتي يغطيها التشريع الجنائي العام.

توصية (15): يتعين على سلطات الدولة اتخاذ التدابير المناسبة لضمان تطبيق العقوبات بشكل فعال وأنها تضطلع بدورها الوقائي.

التأكيد على تعزيز دراية السكان بشكل عام وعلى الأخص الجناة المحتملين بالعقوبات المطبقة في حال انتهاك قواعد حماية توفير الرعاية الصحية.

من المفهوم أنه بالإضافة إلى معاقبة الجناة على سلوكهم غير القانوني، ينبغي أن يكون للعقوبات تأثير رادع وأن تهدف إلى منع الانتهاكات. ولذلك، كان من بين التدابير الرئيسية التي أبرزها المشاركون لتحسين الالتزام بالقواعد التي تحمي توفير الرعاية الصحية التأكيد على إمام السكان بشكل عام والجناة المحتملين بشكل خاص بالعقوبات المطبقة على انتهاكات قواعد حماية عملية توفير الرعاية الصحية. ويجب إرسال المعلومات حول الأنواع المختلفة من العقوبات وطرق تطبيقها إلى كل الجهات ذات الدور الفعال أو الجهات المعنية بشكل مباشر بتطبيق قواعد حماية توفير الرعاية الصحية وهي القوات المسلحة التابعة للدولة وقوات الأمن وطواقم الرعاية الصحية وموظفي الخدمة المدنية، كذلك الجماعات المسلحة غير التابعة للدولة، حينما ينطبق ذلك ويكون مجدداً. وينبغي تضمين المعرفة بالعقوبات في التدريب العسكري أو المهني وكذلك في الأدلة العسكرية أو المبادئ التوجيهية التي تُعد للاطلاع عليها من قبل أفراد القوات المسلحة أو طواقم الرعاية الصحية أو موظفي الخدمة المدنية عندما تكون مثل هذه الأدلة أو المبادئ التوجيهية متوفرة. وعلاوة على ذلك، اعتبر أنه من المهم

182 انظر تقرير اللجنة الدولية للصليب الأحمر حول «حوادث العنف التي تؤثر على تقديم الرعاية الصحية - كانون الثاني/يناير 2012 إلى كانون الأول/ديسمبر 2013»، 2014، ص. 5.

183 كما ذكر في القسم 4-1، يجب تعريف مصطلح «حالات الطوارئ الأخرى» بواسطة كل دولة في تشريعاتها الوطنية.

الإعلان عن العقوبات والإدانات بشكل عام بهدف إطلاع السكان عمومًا على عواقب الأفعال غير المشروعة ضد عملية تقديم الرعاية الصحية.

تعزيز الإطار المؤسسي القائم للإشراف على الالتزام بالقواعد من خلال السماح للسلطات الإدارية أو الهيئات الرقابية المتخصصة، على سبيل المثال، بالإبلاغ بالأفعال غير المشروعة إلى الجهات المختصة بإجراء التحقيقات أو فرض العقوبات في الدولة.

أكد المشاركون على أنه ينبغي لسلطات الدولة أن تتخذ تدابيرًا كافيةً لمراقبة الالتزام بقواعد حماية الرعاية الصحية مثل الاستخدام الصحيح للشارة والعلامات الأخرى التي تستخدم لتحديد الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية الخاضعة للحماية وكذلك استخدام وسائل النقل والمرافق الطبية. وكان أحد التدابير المقترحة هو منح السلطات الإدارية أو الهيئات الرقابية المتخصصة سلطات التحقيق وإمكانية الإبلاغ بالأعمال غير المشروعة إلى السلطات المختصة بإجراء التحقيقات أو فرض العقوبات في الدولة، الأمر الذي يساعد على ضمان الإبلاغ بالانتهاكات إلى الهيئات المختصة وضمان معاقبة الجناة بشكل فعال. وينبغي أن يكون لمثل هذه الهيئات صلاحية الحصول على المعلومات الخارجية بشأن السلوك غير القانوني الذي لوحظ ارتكابه ضد عملية توفير الرعاية الصحية والإبلاغ بالانتهاكات المزعومة إلى السلطات المختصة في الدولة. ومع ذلك، ينبغي إيلاء عناية خاصة لتجنب تداخل الاختصاصات مع الهيئات الوطنية الأخرى التي لديها بالفعل سلطة مراقبة التزام فئات معينة من الأشخاص بالقواعد مثل الجمعيات المهنية وفقًا لاختصاصاتها ووظائفها، وكذلك الجهات المختصة بإجراء التحقيقات في المخالفات الجنائية أو الإدارية.¹⁸⁴

واعتُبر أنه من المهم أيضًا تشجيع الإبلاغ عن انتهاكات قواعد حماية الرعاية الصحية من خلال جعل إجراءات الشكاوى آمنة ومتاحة للضحايا.

ضمان نزاهة واستقلال النظام القضائي واحترام الضمانات القضائية فيما يتعلق بالإجراءات الجنائية (مثل المحاكمة العادلة والحق في الدفاع وقرينة البراءة)، وشفافية السلطات الإدارية التي لديها صلاحية معاقبة مرتكبي الانتهاكات ضد قواعد حماية توفير الرعاية الصحية.

أشار المشاركون إلى أن فعالية العقوبات الجنائية تعتمد أيضًا على تنفيذها، الأمر الذي بدوره يرتبط ارتباطًا وثيقًا بمطابقة النظام القضائي للمبادئ القانونية الأساسية والضمانات القضائية للعدالة الجنائية. وتوجد التزامات محددة لدى الدول من حيث الحد الأدنى للضمانات القانونية التي تنطبق على الأشخاص المتهمين بارتكاب انتهاكات جسيمة لأي من اتفاقيات جنيف الأربع أو البروتوكول الإضافي الأول لهذه الاتفاقيات.¹⁸⁵ وفي هذا الصدد، فإن حرمان الأشخاص المحميين من محاكمة عادلة ونظامية يصل إلى مستوى الانتهاك الجسيم بموجب اتفاقيات جنيف الثالثة والرابعة.¹⁸⁶ وفيما يتعلق بالانتهاكات التي ارتكبت فيما يتعلق بالنزاعات المسلحة غير الدولية، فإن المادة (3) المشتركة بين اتفاقيات جنيف الأربعة تحظر «تفويض إعدامات... دون وجود جميع الضمانات القضائية المعترف بأنه لا غنى عنها...»، وبشكل أكثر تحديدًا، صدور الأحكام أو إعدامات دون وجود حكم سابق صادر عن محكمة مشككة بطريقة قانونية.¹⁸⁷ وكثير من هذه الضمانات والضمانات الوقائية الإجرائية تمثل بالفعل جزءًا من القانون المحلي للدول الأطراف في اتفاقيات جنيف، سواء في قوانينها الجنائية و/أو في قواعد الإثبات لديها و/أو في دساتيرها وتتوافق لحد ما مع تلك التي وردت في صكوك قانون حقوق الإنسان.¹⁸⁸ على سبيل المثال، كان من الواضح للمشاركين أن كفاءة حق المتهم في المحاكمة أمام محكمة مستقلة ومحايدة ودون تأخير غير مبرر، وحق الدفاع وقرينة البراءة هي بمثابة الحد الأدنى من الضمانات القضائية التي يجب ضمانها في سياق الإجراءات الجنائية في جميع الأوقات. ومن المفهوم أنه يجب على السلطات الإدارية التي لديها صلاحية المعاقبة أن تراعي الحد الأدنى من الضمانات الإجرائية مثل المعاملة العادلة والمتساوية.

بالنظر إلى توافر الموارد، ينبغي للدول أن تفعل كل شيء ممكن من أجل تعزيز قدرتها على فرض العقوبات القائمة التي ينص عليها القانون.

184 يرجى الرجوع إلى القسم 3-1-2 ج

185 المادة 49، اتفاقية جنيف الأولى؛ المادة 50، اتفاقية جنيف الثانية؛ المادة 129، اتفاقية جنيف الثالثة؛ المادة 146، اتفاقية جنيف الرابعة. وعلاوة على ذلك، تحتوي المادة 75 من البروتوكول الإضافي الأول على قائمة من الضمانات الممنوحة للأشخاص بموجب هذه المعاهدات وللأشخاص المتهمين بارتكاب جرائم حرب.

186 المادة 130، اتفاقية جنيف الثالثة؛ المادة 147، اتفاقية جنيف الرابعة.

187 علاوة على ذلك، ينص البروتوكول الإضافي الثاني، فيما يتعلق بالجرائم التي ارتكبت بالارتباط مع النزاع المسلح غير الدولي، لا يجوز إقرار أي حكم أو تنفيذ أي عقوبة في حالة عدم وجود قناعة سابقة من قبل محكمة توفر الضمانات الأساسية للاستقلال والحياد. وبالإضافة إلى ذلك، يحدد البروتوكول الضمانات الإجرائية التي يجب احترامها (المادة 6).

188 الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (المواد 9-11)، والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (المادة 14).

أشار المشاركون إلى أن التحدي الرئيسي الذي يواجه العديد من الدول في تنفيذ التزاماتها القانونية الدولية لا يرتب كثيرًا بإدراجها في الأطر القانونية الوطنية بل بالتطبيق الفعال للقواعد وتوفير الاحترام لتلك القواعد. وبعبارة أخرى، تتمثل القضية الرئيسية بشأن تعزيز الحماية الفعالة لتوفير الرعاية الصحية على أراضي الدول التي تعاني من النزاعات المسلحة أو حالات الطوارئ الأخرى- لا سيما الدول النامية التي لديها حجم أقل من الموارد المتاحة وأولويات أخرى متعددة على جدول أعمالها- في التنفيذ السليم للعقوبات الحالية. ولقد حُدد نقص الموارد وغياب الإرادة السياسية على أنها عقبات مشتركة أمام التنفيذ الفعال للقواعد في العديد من السياقات. ومع ذلك، ينبغي على الدول وفقًا لالتزاماتها بموجب القانون الدولي أن تفعل كل شيء ممكن لتوفير القدرة على فرض العقوبات المنصوص عليها في القانون. وفيما يتعلق بتنفيذ القانون الدولي الإنساني، يمكن للدول اعتماد نهج عملي وواقعي يتمثل في البحث عن سبل لمنع ارتكاب الجرائم مع وضع الموارد المتاحة في الاعتبار.¹⁸⁹

189 لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى وثيقة المعلومات الأساسية الصادرة عن دائرة الخدمات الاستشارية التابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر، «عناصر جعل العقوبات أكثر فعالية» عام 2008.



Héctor González de Cumco/ICRC

5. ملاحظات ختامية

استندت حلقة عمل بروكسل إلى عددٍ من النتائج والافتراضات التي أقرها المشاركون بشكلٍ عامٍ. وتستحق هذه النتائج والافتراضات إيجازها ضمن استنتاجات هذا التقرير.

1. تعتبر مسألة العنف ضد المرضى والطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية بمثابة قضية إنسانية ذات عواقب بعيدة المدى. وبينما من الواضح أن هذا العنف يمكن أن يتخذ أشكالاً مختلفة، فلا تزال هناك حاجة إلى مزيدٍ من الأدلة حول حجم المشكلة على جميع المستويات الوطنية والإقليمية والدولية. وتستحث السلطات الوطنية على المساهمة في قاعدة الأدلة الخاصة بمشكلة العنف المرتكب ضد تقديم الرعاية الصحية من خلال وضع آليات - عندما لا تكون هناك آليات قائمة بالفعل - لجمع المعلومات عن حوادث العنف المرتكبة ضد الطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية وذلك لوضع استراتيجيات حول كيفية معالجة هذه المشكلة.
2. طواقم الرعاية الصحية هم شهود وأيضاً ضحايا للتهديدات الخطيرة. وهي تهديداتٍ يتعين عليهم التفاعل معها إما عن طريق تغيير أنماط عملهم أو حتى من خلال ترك عملهم في بعض الأحيان. وعلى الرغم من أن مثل هذه التهديدات لا تؤثر دائماً بشكل مباشر على السلامة البدنية لطواقم الرعاية الصحية، فإنها يمكن أن تؤدي إلى حرمان السكان ككلٍ من خدمات الرعاية الصحية.
3. إن الهجمات المباشرة وأحداث العنف ليست هي الخطر الوحيد ضد تقديم الرعاية الصحية. إن البلاغة والبيان الذي يتحدى الإجماع الإنساني الأساسي، والمتأصل في اتفاقيات جنيف، وهو أن الجرحى والمرضى يجب أن يتلقوا العلاج المناسب في الوقت المناسب وبطريقة محايدة، قد برز في خطاب بعض القادة السياسيين والعسكريين. وتعتبر فكرة توجيه الرعاية الصحية كأولويةٍ لبعض شرائح السكان على حساب الشرائح الأخرى أو أنه من خلال حمل السلاح يمكن أن يحرم الأشخاص شرعاً من الرعاية الصحية، وهذا لا يناقض فقط القانون الدولي الإنساني بل وأيضاً الواجب الأخلاقي الأساسي الخاص بجميع طواقم الرعاية الصحية.
4. يجب أن يكون من الممكن، حتى أثناء العنف المسلح في خضم الحروب أو أثناء الاضطرابات العنيفة، ضمان حصول الجرحى والمرضى على الرعاية الصحية في الوقت المناسب. وبطبيعة الحال، لا يوجد حل واحد فقط لتحسين عملية التوفير الآمن للرعاية الصحية.
5. هناك حاجة إلى العديد من الجهات الفاعلة التي تتخذ العديد من التدابير المختلفة لتحقيق نوع من التغيير. وإذا كانت السلطات والجيش والشرطة والمحامين والمجتمع الدولي وطواقم الرعاية الصحية أنفسهم قد اتخذوا عدداً من التدابير العملية، فإنه يمكن الحفاظ على حياة الآلاف من الناس في العديد من الدول في جميع أنحاء العالم.
6. لا يعد العنف المرتكب ضد طواقم ومرافق الرعاية الصحية - بجميع أشكاله - منافياً للنواحي الأخلاقية فحسب، بل محظوراً بموجب القانون الدولي. وتقع المسؤولية الرئيسية عن ضمان الانصياع للقانون على عاتق الدول وعلى المقاتلين. وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن تضطلع الجهات التشريعية والمحاكم الوطنية بمسؤولياتها لضمان إقرار القوانين الوطنية للمسؤولية الجنائية على كل من يخالف القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان ذي الصلة والإنفاذ الفعلي لمثل هذا التشريع. ويمكن لسلطات الدولة الأخرى، بما في ذلك السلطات الإدارية أن تضطلع بدور مكمل مفيد في فرض عقوبات أخرى غير العقوبات الجنائية على انتهاكات القانون الدولي الإنساني و/أو القواعد القانونية الدولية الأخرى ذات الصلة.
7. يجب أن يخضع المخالفون للمساءلة، وفي الحالات الأكثر خطورة، يجب أن يواجهوا المسؤولية الجنائية الفردية.
8. بناءً على الأنشطة الميدانية والمشاورات المكثفة مع الخبراء، توصلت اللجنة الدولية للصليب الأحمر إلى استنتاج وهو أن القواعد الدولية القائمة - إذا ما نُفذت بالشكل الصحيح - يمكن أن تضمن توفير الرعاية الصحية بشكل كافٍ. ويتمثل الأمر المطلوب بشكلٍ حاسمٍ في الجهود الحثيثة لتنفيذ القواعد على نحوٍ فعالٍ. ويتطلب هذا الجهد أطراً محليةً قويةً.

وتركز حلقة عمل بروكسل بشكلٍ كلي على وضع هذه الأطر المعيارية الوطنية. وبفضل المشاركة النشطة من جميع المشاركين الذين قدموا مجموعةً ثريةً للغاية من مجالات الخبرة المختلفة والمتكاملة، تحققت نتائج مهمة.

ولم تقدم حلقة العمل الفرصة لمناقشة وتوضيح عددٍ من المسائل القانونية والعملية المثيرة للجدل في بعض الأحيان فحسب، بل سمحت بالتعرف على توصيات ملموسة للغاية والتي يجب أن تحسن بالفعل من حماية طواقم الرعاية الصحية وتوفير الرعاية الصحية في الحالات الاستثنائية.

إن اللجنة الدولية للصليب الأحمر على قناعةٍ بأن هذه التوصيات يمكن أن تحدث فرقاً. وتدعو اللجنة سلطات الدولة والجهات الفاعلة والمعنية الأخرى للنظر فيها والتفكير في كيفية تنفيذها في مجالات اختصاص كلٍ منها.

وبطبيعة الحال، لا تزال اللجنة الدولية للصليب الأحمر على استعدادٍ لمساعدة جميع الأطراف المعنية في هذه المهمة الصعبة.

الملحق

ملحق 1: الدراسات القطرية

روسيا البيضاء

1. نظام الرعاية الصحية في روسيا البيضاء

وفقاً للمادة 45 من دستور جمهورية روسيا البيضاء، «يعد الحق في الرعاية الصحية، بما في ذلك العلاج الطبي المجاني داخل مؤسسات الرعاية الصحية للدولة، مكفولاً لمواطني جمهورية روسيا البيضاء. وتضمن الدولة توافر الخدمات الطبية لجميع المواطنين». وعلاوة على ذلك، تنص المادة 3 من قانون الرعاية الصحية لسنة 1993¹⁹⁰ على عدد من المبادئ العامة فيما يتعلق بسياسة الرعاية الصحية، بما في ذلك النقاط التالية المتعلقة بالحصول على نظام الرعاية الصحية:

- إمكانية الحصول على الرعاية الطبية والدعم الدوائي؛
- أولوية تطوير الرعاية الخاصة بالإسعافات الأولية؛
- أولوية الحصول على الرعاية الطبية لصالح الفُصّر والنساء الحوامل وذوي الإعاقة والمحاربين القدامى.

ووفقاً للمادة (63) من قانون الرعاية الصحية، يتعين على عمال الإغاثة وموظفي وزارة الداخلية والمسؤولين الآخرين، في حالات الطوارئ، أن يتخذوا التدابير اللازمة لتقديم المساعدة للأشخاص الذين يحتاجون إليها. ويتعين على جميع الأشخاص الاعتباريين والأفراد مساعدة طواقم الرعاية الصحية أثناء عملية توفير المساعدات الطبية. ويحق لطواقم الرعاية الصحية استخدام أي وسيلة نقل متاحة في المنطقة بغض النظر عن ملكيتها من أجل الوصول إلى الأشخاص الذين تتعرض حياتهم للخطر أو لنقل هؤلاء الأشخاص إلى أقرب مرفق طبي. ويخضع للمسؤولية أي شخص يرفض قيام طواقم الرعاية الصحية باستخدام وسيلة النقل في هذا الغرض.

تأسست قوات الإغاثة في حالات الطوارئ بموجب التشريع الخاص بنظام الدولة للوقاية والإغاثة في حالات الطوارئ لسنة 2000.¹⁹¹ وتشمل هذه القوات طواقم الرعاية الصحية والشعب الطبية المسؤولة عن توفير الرعاية الصحية للمتضررين من حالات الطوارئ. وإلى جانب المادة 63 من قانون الرعاية الصحية، فإن ذلك يعني ضمان توفير الرعاية الصحية للسكان ككل.

ويتألف الإطار القانوني الذي ينظم شروط الحصول، وكذلك استيراد وتوزيع، المساعدات الإنسانية وتقديم المساعدة وتوفير الحماية للجرحى والمرضى في حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى بشكل أساسي من القوانين التالية:

- دستور جمهورية روسيا البيضاء.
- قانون جمهورية روسيا البيضاء رقم XII-2435 الصادر بتاريخ 1993/6/18 بشأن «الرعاية الصحية» (قانون الرعاية الصحية).
- قانون جمهورية روسيا البيضاء رقم 3-382 الصادر بتاريخ 2000/5/12 بشأن «استخدام وحماية شارات الصليب الأحمر والهلال الأحمر» (قانون الشارة).
- تشريع مجلس وزراء جمهورية روسيا البيضاء رقم 3-437 بتاريخ 2000/10/24 بشأن «جمعية الصليب الأحمر في روسيا البيضاء»¹⁹² (قانون جمعية الصليب الأحمر في روسيا البيضاء).

190 قانون جمهورية روسيا البيضاء رقم XII-2435 الصادر بتاريخ 1993/6/18 بشأن «الرعاية الصحية».

191 تشريع مجلس وزراء جمهورية روسيا البيضاء رقم 495 بتاريخ 2001/4/10 بشأن نظام الدولة للوقاية والإغاثة في حالات الطوارئ.

192 جمعية الصليب الأحمر في روسيا البيضاء هي المسؤولة أيضاً عن تنظيم استيراد المساعدات الإنسانية.

- تشريع مجلس وزراء جمهورية روسيا البيضاء رقم 495 بتاريخ 2001/4/10 بشأن «نظام الدولة للوقاية والإغاثة في حالات الطوارئ».
- قوانين محلية مختلفة (على مستوى الأحياء والمدن والمقاطعات وخلافه).

ووفقاً للفقرة 20 من التشريع رقم 495، تعتبر وزارة الصحة مسؤولةً، على المستوى الأعلى، عن مراقبة والرقابة على المساعدات الخاصة بحالات الطوارئ.

يسمح قانون الشارة وقانون جمعية الصليب الأحمر في روسيا البيضاء للمنظمات الإنسانية بتقديم الرعاية للجرحى والمرضى في روسيا البيضاء.

2. حماية طواقم الرعاية الصحية

يوفر قانون الشارة وقانون خدمات الإنقاذ في حالات الطوارئ ووضع المنقذ¹⁹³ وقانون الرعاية الصحية الحماية للعاملين في مجال الرعاية الصحية في حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى.

وتُعرّف المادة (2) من قانون الشارة طواقم الرعاية الصحية على أنهم «الأشخاص المسؤولون بصورة دائمة أو مؤقتة عن البحث عن أو جمع أو نقل أو تشخيص أو علاج المرضى والجرحى والغرقى، بما في ذلك توفير الإسعافات الأولية والوقاية من الأمراض والدعم اللوجستي والعمليات اليومية للوحدات الطبية». وتعتبر وزارة الصحة هي المسؤولة عن إصدار التراخيص للعاملين في مجال الرعاية الصحية والرقابة عليهم.

ويخضع طواقم الرعاية الصحية الذين يحملون شارات الصليب الأحمر للحماية بموجب اتفاقيات جنيف والبروتوكولين الإضافيين الأول والثاني (المادة 8 من قانون الشارة). ويجوز حمل الشارة المعنية التي تم إنشاؤها بموجب المادة 7 من قانون جمعية الصليب الأحمر في روسيا البيضاء (صليب أحمر وسط دائرة بيضاء مع هامشين باللون الأحمر، والذي يحمل علامة الصليب الأحمر في روسيا البيضاء باللغتين الإنجليزية والروسية)، من بين أمور أخرى، بواسطة طواقم الرعاية الصحية. ويتوافق هذا النظام أيضاً مع المادة (11) من قانون الشارة المتعلق باستخدام الصليب الأحمر من قبل جمعية الصليب الأحمر في روسيا البيضاء.

وتتعدد الأنشطة التي تقوم بها جمعيات الإغاثة والمشار إليها في المواد من 9 إلى 12 من القانون المتعلق بجمعية روسيا البيضاء للإغاثة وتتوافق بصفة عامة مع المهمة الإنسانية. وتشمل هذه الأنشطة ما يلي:

- تنفيذ القانون الدولي الإنساني أثناء النزاعات المسلحة؛
- مساعدة المرضى والجرحى أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ؛
- العمل «كمكتب استعلامات» أثناء النزاعات المسلحة؛
- جمع المعلومات عن المفقودين؛
- تنظيم استيراد المساعدات الإنسانية؛
- تعزيز القانون الدولي الإنساني في وقت السلم.

3. حماية الوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية

ينص قانون الشارة وقانون جمعية الصليب الأحمر في روسيا البيضاء على توفير الحماية القانونية للوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية في حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى.

وفي المادة (2) من قانون الشارة تُعرف «وسائل النقل الطبية» على أنها «وسائل النقل الجوية أو البرية أو البحرية أو النهرية العسكرية والمدنية التي تستخدم بصورة دائمة أو مؤقتة، فقط لأغراض نقل المرضى والجرحى والغرقى ونقل طواقم الرعاية الصحية والممتلكات الطبية وفي الأغراض الطبية الأخرى، وتكون تحت سيطرة أحد أطراف نزاع مسلح».

وتُعرّف المادة نفسها «الوحدات الطبية» على أنها «المؤسسات الطبية الثابتة أو المتنقلة والوحدات المدنية أو العسكرية الأخرى التي تعمل على أساس دائم أو مؤقت بغرض البحث عن أو جمع أو نقل أو تشخيص أو علاج المرضى والجرحى والغرقى، بما في ذلك توفير الإسعافات الأولية والوقاية من الأمراض».

¹⁹³ قانون جمهورية روسيا البيضاء رقم 39-3 بتاريخ 2001/6/22 بشأن «خدمات الإنقاذ في حالات الطوارئ ووضع المنقذ».



تقع الوحدات الطبية ووسائل النقل المدنية والعسكرية تحت مسؤولية كل من وزارة الصحة ووزارة الدفاع.

وتخضع الوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية التي تحمل شارة الصليب الأحمر للحماية، مثلها مثل طواقم الرعاية الصحية، بموجب اتفاقيات جنيف والبروتوكولين الإضافيين الأول والثاني (المادة 8 من قانون الشارة).

لا تنص قوانين الشارة وجمعية الصليب الأحمر في روسيا البيضاء تحديداً على فقدان الحماية التي تتمتع بها طواقم الرعاية الصحية أو الوحدات الطبية أو وسائل النقل الطبية في حالات النزاع المسلح. ومع ذلك، حيث أن المادة (18) من قانون الشارة تحظر الاستخدام غير المبرر للشارة، فإنه يمكن الاستنتاج بأن هذا الاستخدام غير المبرر للشارة يمكن أن يؤدي إلى فقدان الحماية التي توفرها.

4. حماية الجرحى والمرضى

في حالات الطوارئ، تعتبر الفصيلة الجمهورية للأغراض الخاصة التابعة لوزارة حالات الطوارئ بروسيا البيضاء مسؤولة عن مساعدة وعلاج المرضى والجرحى. وهي تعمل وفقاً لتشريع قانون مجلس وزراء روسيا البيضاء رقم 179 بتاريخ 1991/5/15. وتنص المادة 63 من قانون الرعاية الصحية أيضاً على مثل هذا الالتزام.

5. حماية الشارات المميزة

يمنح قانون الشارة الحماية للشارات المحمية بموجب اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية وتتوافق أحكامه الأساسية بشأن الاستخدام الصحيح للشارات المميزة مع القانون النموذجي للجنة الدولية للصليب الأحمر بشأن الشارات.

وتمنح المادة (19) من قانون الشارة جمعية الصليب الأحمر في روسيا البيضاء مسؤولية الرقابة على استخدام الشارات المميزة، إلى جانب السلطات العامة المختصة (دون تسمية لها).

6. آداب مهنة الطب والالتزام بالسرية

يشير قانون الرعاية الصحية لسنة 1993 إلى آداب مهنة الطب. وتنص المادة (63) من هذا القانون على قائمة شاملة من الاستثناءات المتعلقة بالسرية الطبية، ولكن هذه الاستثناءات لا ترتبط مباشرةً بالنزاعات المسلحة. وفي حالات الطوارئ الأخرى، يحق لهيئات إنفاذ القانون طلب الإفصاح عن التفاصيل الطبية للمريض.

7. القمع

ينص قانون روسيا البيضاء على عقوبات جنائية، لا سيما فيما يتعلق بتهم ارتكاب جرائم ضد السلام والإنسانية وجرائم الحرب وانتهاكات القانون الدولي الإنساني العرفي. وتخضع انتهاكات دليل الخدمة العسكرية للمسؤولية التأديبية، وهو الدليل الذي يفرض على الجنود «أن يكونوا على دراية بقواعد السلوك الدولية للمجهود الحربي ومراعاتها».

بلجيكا

(النسخة الأصلية باللغة الفرنسية التي أعدتها اللجنة البلجيكية المشتركة بين الوزارات المعنية بالقانون الإنساني)

1. نظام الرعاية الصحية في بلجيكا

بموجب القانون البلجيكي، تعتبر الرعاية الصحية الجيدة حقاً شاملاً. وفي حالة الطوارئ، يجب توفير الرعاية الطبية دون قيد أو شرط.

ينص المرسوم الملكي رقم 78 الصادر بتاريخ 10 تشرين الثاني/نوفمبر 1967 بشأن ممارسة مهن الرعاية الصحية على أنه أينما كانت الرعاية الصحية غير متوافرة أو غير كافية، يتعين على اللجنة الطبية أن تقوم من تلقاء نفسها أو بناءً على طلب من حاكم الإقليم بمطالبة بعض المنظمات أو الممارسين بإنشاء هيئات الرعاية الصحية أو استكمال الخدمات القائمة. وبالإضافة إلى ذلك، يجوز للأشخاص الذين لا تنطبق عليهم صفة ممارسي الرعاية الصحية في ظل التشريعات الوطنية تنفيذ بعض الإجراءات الطبية، لا سيما أثناء الحروب أو الكوارث الأخرى، وعادةً ما تكون

مثل هذه الإجراءات مطلوبة بشكل عاجل ولا يوجد ما يكفي من الممارسين المعتمدين.¹⁹⁴

وتم النص على الالتزام بحماية العاملين في المجال الطبي في النزاع المسلح في اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية. وتنطبق هذه الصكوك القانونية مباشرة في بلجيكا.

2. حماية الطواقم الطبية

ينظم المرسوم الملكي رقم 78 ممارسة مهن الرعاية الصحية في بلجيكا.¹⁹⁵ وتعتبر الخدمة العامة الاتحادية للصحة العامة في البلاد هي المسؤولة عن الإشراف على جميع هذه المهن والموافقة على الاعتماد الخاص بممارسي الرعاية الصحية بما يؤكد على أن مؤهلاتهم تفي بالمعايير المطلوبة للحصول على اللقب المهني المعني. وينتمي الأطباء الذين يعملون في إطار القوات المسلحة إلى نقابة الأطباء ويتبعون السلطات العسكرية ذات الصلة.

وتنظم الاتفاقية الموقعة بين الصليب الأحمر البلجيكي والخدمة العامة الاتحادية بتاريخ 19 كانون الأول/ديسمبر 2012 مسألة تنظيم وضبط خدمات الاستجابة السريعة وتوفير الرعاية الطبية العاجلة. وبموجب هذه الاتفاقية، يعتبر الصليب الأحمر البلجيكي هو المسؤول عن توريد وإنشاء ونشر فرق متنقلة سريعة للمساعدة في تنظيم وتنفيذ المساعدة الطبية والصحية والنفسية والاجتماعية في حالات الكوارث (الخدمات الطبية والصحية واللوجستية والموظفين).

وعلاوة على ذلك، بموجب المرسوم الملكي، تمنح الخدمة العامة الاتحادية للصليب الأحمر البلجيكي إعانة مالية سنوية لدعم الخدمات التي تسهم في توفير الرعاية الطبية العاجلة¹⁹⁶ وتنظيم المساعدة النفسية¹⁹⁷ في حالات الطوارئ العامة وحالات الخطر الأخرى.

3. حماية الجرحى والمرضى

يتألف الإطار القانوني الذي يحمي الجرحى والمرضى في بلجيكا من:

- التشريعات الخاصة بحقوق المرضى؛
- معاهدات حقوق الإنسان، بما في ذلك الاتفاقية الأوروبية لحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية لسنة 1950؛
- القانون الجنائي البلجيكي (الإخفاق في مساعدة شخص في خطر)¹⁹⁸؛
- أحكام اتفاقيات جنيف التي تحمي الجرحى والمرضى.

وتدعم هذه الحماية بالعقوبات والتدابير التأديبية على النحو المبين في القسم (4) أدناه.

4. حماية الشارة

يحدد قانون 4 تموز/ يوليو 1956 بشأن حماية تسميات وعلامات وشارات الصليب الأحمر،¹⁹⁹ الحق في استخدام الشارة وفقاً لاتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية ويضع العقوبات الخاصة بانتهاكات المعاهدات الدولية التي تنظم استخدام التسميات «الصليب الأحمر» و«صليب جنيف» و«الهلال الأحمر» و«الأسد الأحمر والشمس الحمراء» أو أي من العلامات أو الشارات المقابلة في وقت السلم والحرب. ولا يحدد القانون الجهة المسؤولة عن تطبيق قواعد حماية الشارات والتسميات أو التعريف بها.

194 المادة (50) من المرسوم الملكي رقم 78 تفوض الملك بتحديد الإجراءات الطبية التي يمكن تنفيذها من قبل الأشخاص غير المؤهلين قانوناً بالقيام بذلك غير أنهم قد تلقوا تدريباً خاصاً لهذا الغرض.

195 على سبيل المثال، الطبيب والصيدلي وأخصائي علم الحركة والمرضة والقابلة والمستجيب الأول وفي الإسعاف والمسعف.

196 «الأمر الملكي بتاريخ 17 كانون الأول/ديسمبر 2012، «منح إعانة للصليب الأحمر البلجيكي لعام 2012 للحصول على خدمات دعم المشاركة في تنفيذ المساعدة الطبية الطارئة في حالات الطوارئ الجماعية وحالات الخطر»، الجريدة البلجيكية 21 كانون الثاني/يناير 2013.

197 «الأمر الملكي بتاريخ 17 كانون الأول/ديسمبر 2012، «منح إعانة للصليب الأحمر البلجيكي لعام 2012 لتنظيم خدمة تدخل نفسي عاجل في حالات طوارئ جماعية وحالات الخطر ووضع شروط لمنح هذه الإعانة»، الجريدة البلجيكية 21 كانون الثاني/يناير عام 2013.

198 «يعاقب بالسجن لمدة ثمانية أيام إلى سنة وبغرامة من 50 إلى 500 يورو أو إحدى العقوباتين كل من يخفق في مساعدة أو الحصول على المساعدة لشخص في خطر شديد وكل من شهد الظروف أو تم إبلاغه بها من قبل شخص يطلب المساعدة. غير أنه يمكن اعتبار ذلك مخالفة فقط إذا كان الشخص الذي طلبت منه المساعدة من الممكن أن يتدخل دون مخاطرة جديّة على نفسه أو على أي شخص آخر. وحيثما لم يشهد الشخص الموقف مباشرة، فإنه لا يجوز إدانته إذا كانت الظروف التي طلب منه التدخل فيها توحى بشك في وجود خطر أو مخاطرة». (ترجمة اللجنة الدولية للصليب الأحمر).

199 «قانون 4 تموز/ يوليو 1956 الخاص بحماية تسميات وعلامات وشارات الصليب الأحمر»، الجريدة البلجيكية، 11 تموز/ يوليو 1956.

ومع ذلك، من الناحية العملية وفي وقت السلم، يساعد الصليب الأحمر البلجيكي السلطات في منع أي إساءة استخدام للشارات والمعاقبة على ذلك، بينما يقوم بنشر الأحكام المنصوص عليها في قانون 1956 وفي اتفاقيات جنيف لسنة 1949 وبرتوكولاتها الإضافية المتعلقة بإساءة الاستخدام (الانتفاع من قبل أشخاص غير مصرح لهم بذلك، والتقليد).

يعتبر الدور الذي يضطلع به الصليب الأحمر البلجيكي في هذا الصدد مستمداً من النظام الأساسي للجمعية الوطنية،²⁰⁰ والذي بموجبه وبصفته جهة مساعدة للسلطات العامة في المجال الإنساني، يضطلع الصليب الأحمر البلجيكي بواجب نشر المعرفة الخاصة بالأمور الأساسية لمبادئ الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمبادئ الأساسية للقانون الإنساني الدولي.²⁰¹ ولقد نص على هذا الواجب في النظام الأساسي للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر،²⁰² الذي ينص على أنه يتعين على الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر أن تقوم بـ «نشر ومساعدة الحكومات في نشر القانون الدولي الإنساني» وأن «تتعاون مع حكوماتها لضمان احترام القانون الدولي الإنساني وحماية الشارات المميزة التي أقرتها اتفاقيات جنيف وبرتوكولاتها الإضافية».²⁰³

تتولى السلطات العسكرية مسؤولية مراقبة وضمان احترام الاستخدام الوقائي للشارة وتقوم الخدمات الطبية للقوات المسلحة حالياً بصياغة التوجيه بشأن هذا الاستخدام.

5. العقوبات

يحدد الباب الثاني، الفصل الأول مكرر، من القانون الجنائي البلجيكي العقوبات الخاصة بالانتهاكات الجسيمة للقانون الإنساني الدولي. ويتم التعامل مع جريمة الإبادة الجماعية والجرائم ضد الإنسانية وجرائم الحرب في المواد 136 مكرراً إلى 136 مكرراً رابعاً من القانون على التوالي.

الأحكام ذات الصلة هي كما يلي:

- المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 15.1، حماية المباني الطبية ومواد ووحدات ووسائل النقل والأفراد الذين يستخدمونها وفقاً للقانون الدولي وحماية العلامات المميزة المنصوص عليها بموجب القانون الدولي الإنساني؛²⁰⁴
- المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 17.1، حماية البعثات الإنسانية وبعثات حفظ السلام وفقاً لميثاق الأمم المتحدة؛²⁰⁵
- المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 18.1، بشأن الأعمال أو أوجه القصور التي قد تؤثر سلباً على الصحة والسلامة العقلية أو البدنية للأشخاص الذين لهم الحق في الحماية بموجب القانون الدولي الإنساني؛²⁰⁶
- المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 19.1، التي تحظر التشويه البدني أو التجارب الطبية أو العلمية، أو إزالة الأنسجة أو الأعضاء بهدف زرعها؛²⁰⁷

200 (النظام الأساسي للصليب الأحمر البلجيكي، بصيغته المعدلة في 13 تشرين الأول/أكتوبر 2003؛ المرسوم الصادر عن حكومة المجتمع الفرنسي بالموافقة على النظام الأساسي للصليب الأحمر البلجيكي، 4 كانون الأول/ديسمبر 2003)، المجلة البلجيكية، 22 نيسان/أبريل 2004؛ المرسوم الصادر عن حكومة المجتمع الفلمنكي بالموافقة على النظام الأساسي للصليب الأحمر البلجيكي بصيغته المعدلة، 2 نيسان/أبريل 2004)، المجلة البلجيكية، 1 تموز/يوليو 2004؛ المرسوم الصادر عن حكومة المجتمع المتحدث باللغة الألمانية بالموافقة على النظام الأساسي الجديد للصليب الأحمر البلجيكي، 4 حزيران/يونيو 2004، المجلة البلجيكية، 20 آب/أغسطس 2004.

201 النظام الأساسي للصليب الأحمر البلجيكي، المعدل بتاريخ 13 تشرين الأول/أكتوبر 2003، المادة 4.

202 النظام الأساسي للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر الذي اعتمده المؤتمر الدولي الخامس والعشرون للصليب الأحمر في جنيف عام 1986، والمعدل في عام 1995 وعام 2006.

203 النظام الأساسي للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، 1986، القسم الثاني، المادة 3-2-3.

204 يحظر القانون الجنائي، المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 15.1: «القيام بشن هجوم متعمد على المباني الطبية ومواد ووحدات ووسائل النقل وضد الأفراد الذين يستخدمونها وفقاً للقانون الدولي والعلامات المميزة التي ينص عليها القانون الدولي الإنساني» (ترجمة اللجنة الدولية للصليب الأحمر).

205 يحظر القانون الجنائي، المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 17.1: «القيام بشن هجوم متعمد على الموظفين أو المنشآت أو المواد أو الوحدات أو المركبات التي تستخدم في إطار بعثة إنسانية أو بعثة لحفظ السلام وفقاً لميثاق الأمم المتحدة، شريطة استحقاقهم الحماية التي يوفرها القانون الدولي المعني بالنزاع المسلح للمدنيين والأهداف المدنية» (ترجمة اللجنة الدولية للصليب الأحمر).

206 يحظر القانون الجنائي، المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 18.1: «الأعمال أو أوجه القصور غير المبررة قانوناً التي قد تؤثر سلباً على الصحة والسلامة العقلية أو الجسدية لأي أشخاص مستحقين للحماية بموجب القانون الدولي الإنساني، لا سيما الإجراءات الطبية التي لا تتطلبها الحالة الصحية للأشخاص المعنيين أو تتعارض مع القواعد العامة التي تحكم مهنة الطب» (ترجمة اللجنة الدولية للصليب الأحمر).

207 يحظر القانون الجنائي، المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 19.1: «الأفعال التي تقوم على، فيما يتعلق بالأشخاص المشار إليهم في الفقرة 1.18، وحتى بموافقتهم (مالم تبررها الشروط المنصوص عليها في تلك الفقرة) التشويه الجسدي أو التجارب العلمية أو إزالة الأنسجة أو الأعضاء بغرض الزرع بخلاف التبرع بالدم بغرض نقله أو إزالة الجلد بغرض الترقيع، شريطة أن يكون التبرع طوعاً وتمت الموافقة عليه ولأغراض علاجية فقط» (ترجمة اللجنة الدولية للصليب الأحمر).

- المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 21.1، حماية الأماكن التي يتم فيها تجميع المرضى والجرحى؛²⁰⁸
- المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 29.1، بشأن استخدام العلامات الوقائية التي أقرها القانون الدولي الإنساني؛²⁰⁹
- المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 35.1، بشأن حظر شن هجمات على بعض المباني، بما في ذلك المستشفيات، طالما لا يمكن اعتبار تلك المباني أهدافاً عسكرية.²¹⁰

وعلاوة على ذلك، ينص القانون الصادر بتاريخ 4 تموز/ يوليو 1956²¹¹ الذي يحمي تسميات وعلامات وشارات الصليب الأحمر على معاقبة أي إساءة استخدام للتسميات «الصليب الأحمر» و«صليب جنيف» و«الهلال الأحمر» و«الأسد الأحمر والشمس الحمراء» أو أي من العلامات أو الشارات المطابقة في وقت السلم أو الحرب. وفي إطار الإجراء القانوني الذي وضعته بلجيكا للتصديق على البروتوكول الإضافي الثالث لاتفاقيات جنيف، اتخذت خطوات تشريعية لتعديل قانون عام 1956 مع اقتراح بإضافة الشارة المنصوص عليه في البروتوكول الثالث، وهي «الكريستالة الحمراء» لقائمة التسميات والعلامات والشارات المحمية.

وينص القانون الصادر بتاريخ 14 كانون الثاني/ يناير 1975 الذي يحدد اللائحة التأديبية التي تنطبق على القوات المسلحة، على أن أي انتهاك من هذا القبيل قد يترتب عليه اتخاذ تدابير تأديبية. وبالمثل، قد يترتب على أي انتهاك لاتفاقيات جنيف أو بروتوكولاتها الإضافية أيضاً اتخاذ تدابير تأديبية.

وبغض النظر عن القواعد العامة التي تحمي المدنيين في النزاعات المسلحة، تشير العديد من الجرائم التي نصت عليها المادة 136 مكرراً رابعاً²¹² من القانون الجنائي البلجيكي باعتبارها جرائم حرب إلى حماية الطواقم والأهداف الطبية.

6. آداب مهنة الطب والالتزام بالسرية

وفقاً لقانون آداب مهنة الطب، يجب على جميع الممارسين احترام السرية بين الطبيب والمريض في جميع الظروف. وتحظر المادة (458) من قانون العقوبات أي انتهاك لهذه السرية إلا إذا تم استدعاء الممارس للإدلاء بشهادته أمام محكمة قانونية أو أمام لجنة تحقيق برلمانية أو حيثما كان الممارس يعمل بموجب التزام قانوني بالإفصاح عن المعلومات المطلع عليها.²¹³

إن العديد من التعليمات الصادرة عن الجمعية الطبية العالمية قد ضمنت في القانون الاتحادي، ومع ذلك، هناك تأكيد على أنه يجب إعطاء الأولوية للحصول على الرعاية الصحية في جميع الظروف.

كولومبيا

اتسم وضع العنف في كولومبيا بوجود نزاع مسلح استمر لأكثر من 60 عاماً ووجود أشكال العنف الأخرى التي تؤثر، من بين أمور أخرى، على الوصول الآمن إلى الرعاية الصحية وعلى تقديم تلك الرعاية. وعلى مدار السنوات الـ 15 الماضية، وضعت أطر معيارية على المستوى الوطني بهدف تعزيز احترام البعثة الطبية.

²⁰⁸ يحظر القانون الجنائي، المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 21.1: «القيام بشن هجوم متعمد على الأماكن التي يتم فيها تجميع الجرحى والمرضى، شريطة أنه لا يمكن اعتبار تلك المباني أهدافاً عسكرية».

²⁰⁹ يحظر القانون الجنائي، المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 29.1: «الاستخدام الخادع للعلامة المميزة للصليب الأحمر أو الهلال الأحمر أو أي علامات وقائية أخرى معترف بها بموجب القانون الدولي الإنساني وإنما نتج عن مثل هذا الاستخدام قتل أو إصابات خطيرة».

²¹⁰ يحظر القانون الجنائي، المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 35.1، «القيام بشن هجوم متعمد على المباني المستخدمة لأغراض دينية أو فنية أو علمية أو خيرية أو ضد المباني التاريخية أو المستشفيات، شريطة أنه لا يمكن اعتبار هذه المباني أهدافاً عسكرية».

²¹¹ القانون الصادر في 4 تموز/ يوليو 1956: «المادة 1- مع عدم الإخلال بأحكام جنائية أخرى، يعاقب أي شخص يستخدم أي من التسميات «الصليب الأحمر» و«صليب جنيف» و«الهلال الأحمر» و«الأسد الأحمر والشمس الحمراء» أو أي من التسميات أو العلامات أو الشارات المقابلة، في انتهاك لاتفاقيات الدولية، بالسجن لمدة ثمانية أيام إلى ثلاث سنوات وبغرامة من 26 إلى 3.000 فرنك، أو بإحدى هاتين العقوبتين. وتنطبق نفس العقوبة على أي شخص يستخدم تسمية أو علامة أو شارة يرجح أن يتم الخلط بينها وبين التسميات أو العلامات أو الشارات المذكورة. المادة 2- حيثما ارتكبت الجرائم الوارد ذكرها في المادة 1 في وقت الحرب يعاقب مرتكبها بالسجن من 15 يوماً إلى خمس سنوات وبغرامة من 50 إلى 5.000 فرنك أو بإحدى هاتين العقوبتين».

²¹² القانون الجنائي، المادة 136 مكرراً رابعاً، الفقرة 1: «تعتبر الأعمال التالية في عداد الجرائم بموجب القانون الدولي ويتم معاقبة عليها وفقاً للأحكام المنصوص عليها في هذه الوثيقة: الجرائم المنصوص عليها في اتفاقيات جنيف المؤرخة في 12 آب/ أغسطس عام 1949 والبروتوكولين الإضافيين الأول والثاني المؤرخين في 8 حزيران/ يونيو 1977، وتلك الجرائم الواردة في قوانين وأعراف الحرب على النحو المحدد في المادة 2 من اتفاقيات جنيف المذكورة في المادة 1 من البروتوكولين الإضافيين الأول والثاني وفي المادة 2-8 (و) من النظام الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية كما وردت فيما بعد، وإنما كانت تلك الجرائم تقوض بطريق الارتكاب أو السهو من الحماية الممنوحة للأشخاص والأهداف من خلال تلك الاتفاقيات والبروتوكولات والقوانين والأعراف، دون الإخلال بالأحكام الجنائية المطبقة على الجرائم التي ترتكب عن طريق الإهمال: 1 القتل العمد، 2 (...))».

²¹³ «يعاقب بالحبس من ستة أيام إلى ستة أشهر وبغرامة من 100 - 500 فرنك، الأطباء والجراحون ومسؤولو الصحة والصيدالة والقبائل وجميع الأطراف الأخرى الذين يحكم مهنتهم أو لأي سبب آخر يعتبروا مطلقين على المعلومات السرية والذين يقومون بالإفصاح بتلك المعلومات في ظروف أخرى بخلاف عند الاستدعاء للإدلاء بشهادتهم أمام المحكمة القانونية (أو أمام لجنة تحقيق برلمانية) أو عند خضوعهم لالتزام قانوني للقيام بذلك».

1. النظام الصحي في كولومبيا

تم الارتقاء بالصحة إلى مستوى جعلها أحد الحقوق الدستورية²¹⁴ التي تغطي جانبين أساسيين: (1) إعلان الرعاية الصحية والإصحاح البيئي كخدمات عامة، و(2) كفالة حق كل فرد في الوصول إلى تعزيز وحماية واسترداد الخدمات الصحية. ولذلك، فإن السياسة العامة للدولة تسعى إلى تحقيق التغطية الشاملة لضمان الحصول على الرعاية الصحية من خلال ضمان أن جميع السكان لديهم حق الوصول إلى خطة صحية إلزامية (Plan Obligatorio de Salud – POS). وبالإضافة إلى ذلك، هناك واجب دستوري بالتكافل الاجتماعي الذي يجسد مبدأ التكافل الاجتماعي من خلال وضع التزام على كل مواطن «للاستجابة بأعمال إنسانية عندما يواجه موقفاً تشكل خطراً على حياة أو صحة الأفراد»²¹⁵.

ولقد عدل نظام الرعاية الصحية في كولومبيا على مدار السنين مع الأخذ بعين الاعتبار خصائص النزاعات المسلحة وحالات العنف الأخرى. ولقد اعتمدت قواعد وإجراءات مختلفة على المستوى الوطني بهدف تعزيز حماية البعثة الطبية.

2. حماية الجرحى والمرضى والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية²¹⁶

يحق لضحايا النزاع المسلح وحالات العنف الأخرى في كولومبيا الحصول على الرعاية الصحية من خلال نظامين. أولاً، من خلال صندوق التضامن التابع لنظام الضمان الاجتماعي، والذي يوفر إمكانية أن تقوم مؤسسات الرعاية الصحية بتحميل تكلفة نفقات مساعدة الضحايا للصندوق. ثانياً، من خلال قانون رد الحق للضحايا والتعويض عن الأضرار لسنة 2011²¹⁷ والذي يتضمن قائمة من الخدمات الصحية التي تعد حقاً من حقوق ضحايا النزاع المسلح (الاستشفاء والأدوية والنقل وعلاج فيروس نقص المناعة المكتسبة والأمراض المنقولة جنسياً في الحالات التي يكون فيها الشخص ضحية للعنف الجنسي، والرسوم الطبية والمواد الطبية والجراحية، وتثبيت العظام وتقويم العظام، والأطراف الصناعية، وخدمات الدعم وخدمات الإجهاد إذا كان الإجهاد ضمن الحالات التي تسمح بها السوابق القضائية للمحكمة الدستورية، والمساعدة الخاصة بالحقوق الجنسية والإنجابية للنساء الضحايا)²¹⁸. ومن المهم، الأخذ في الاعتبار أن المحكمة الدستورية في الآونة الأخيرة قد أقرت حق الضحايا النازحين داخلياً من الجماعات المسلحة الناشئة في اعتبارهم كمستفيدين من الرعاية والمساعدة والتزامات التعويض المتكاملة التي نص عليها القانون²¹⁹.

وبالإضافة إلى الأشكال المذكورة أعلاه من التعويض، تم تأسيس حماية الجرحى والمرضى وطواقم ووحدات الرعاية الطبية ووسائل النقل الطبية على المستوى الوطني من خلال (1) القمع الجنائي، و(2) وضع الأطر المعيارية الأخرى.

²¹⁴ المادة 49 من الدستور الكولومبي: «الصحة العامة وحماية البيئة هي ضمن الخدمات العامة التي تعتبر الدولة مسؤولة عنها. وتكفل لجميع الأفراد الحصول على الخدمات التي تعزز وتحمي وتعيد تأهيل الصحة العامة. ويقع على عاتق الدولة تنظيم وتوجيه عملية تقديم الخدمات الصحية والحماية البيئية للسكان وفقاً لمبادئ الكفاءة والشمولية والتعاون، ووضع السياسات اللازمة لتوفير الخدمات الصحية من خلال الكيانات الخاصة وممارسة الإشراف والرقابة عليها. وفي مجال الصحة العامة، تضع الدولة الاختصاص اللازم للأمة والكيانات الإقليمية والأفراد، وتحدد نسب مسؤولياتها ضمن الحدود وفقاً للشروط التي يحددها القانون. وتنظم الخدمات الصحية العامة بطريقة غير مركزية وفقاً لمستويات المسؤولية وبمشاركة المجتمع. ويحدد القانون الحدود التي تكون ضمنها الرعاية الأساسية لجميع الناس مجاناً ووجوبية. وعلى كل شخص الالتزام بالرعاية الصحية المتكاملة المخصصة له ولمجتمعهم».

²¹⁵ تنص المادة 95 من الدستور الكولومبي على: «أن تكون مواطناً كولومبياً هو شرف لكل فرد من أفراد المجتمع الوطني في كولومبيا. وعلى كل شخص احترام وتعظيم هذا الشرف. وتفرض ممارسة الحريات والحقوق المعترف بها في هذا الدستور المسؤوليات. وعلى كل شخص واجب احترام ومراعاة الدستور والقوانين. وفيما يلي الواجبات الخاصة بكل شخص وكل مواطن:

1. احترام وعدم الإساءة إلى حقوق الآخرين؛ 2. السعي، وفقاً لمبدأ التكافل الاجتماعي، نحو الاستجابة من خلال أعمال إنسانية عندما يواجه الشخص حالات تشكل خطراً على حياة أو صحة الأشخاص؛ 3. احترام ودعم السلطات الديمقراطية بصورة شرعية في جهودها من أجل الحفاظ على الاستقلال والوحدة الوطنية؛ 4. الدفاع عن وتعزيز حقوق الإنسان كأساس للتعايش السلمي؛ 5. المشاركة في الحياة السياسية والمدنية والاجتماعية في البلاد؛ 6. السعي نحو تحقيق والحفاظ على السلم؛ 7. التعاون في مجال الإدارة السليمة لإقامة العدل؛ 8. حماية الموارد الثقافية والطبيعية في البلاد والعمل على الحفاظ على البيئة الصحية؛ 9. المساهمة في تمويل نفقات الدولة والاستثمارات وفقاً لمبادئ العدل والإنصاف».

²¹⁶ بموجب نظام الرعاية الصحية، تعمل المستشفيات والمؤسسات الصحية الأخرى كشرائح عامة أو خاصة، أو ربحية أو غير هادفة إلى الربح. وتجدر الإشارة أن نظام الرعاية الصحية يميل حالياً نحو «خصخصة» المؤسسات الصحية. وتعتمد المستشفيات العامة وغيرها من المؤسسات الصحية على البلديات (بشكل عام من المستوى الأول) وعلى الإدارات (من المستوى الثاني والثالث). ويمكن أن تعمل كشرائح تابعة للدولة أو كشرائح قطاع خاص.

²¹⁷ القانون رقم 1448 لسنة 2011: قانون رد حق الضحايا والتعويض عن الأضرار.

²¹⁸ المحكمة الدستورية في كولومبيا، القضية C-353 لسنة 2006، القضاة خاييمي أروجو رينثيريا وكارلا إينيس فارغاس هيرنانديز. في هذه القضية، قررت المحكمة الدستورية استبعاد الإجهاد من القانون الجنائي في ثلاث حالات (1) عندما يشكل الحمل خطراً على حياة أو صحة المرأة، بعد التصديق على ذلك من قبل الطبيب؛ (2) عندما يكون هناك تشوه في الجنين مما يجعل حياته غير مجدية ويتم التصديق على ذلك من قبل الطبيب؛ (3) عندما يكون الحمل نتيجة لسلولوك، أبلغ عنه في حينه، بأنه يشكل اتصالاً جنسياً أو جماعاً دون موافقة أو بطريقة مسيئة أو نتيجة التلقيح الاصطناعي أو نقل بويضات مخسبة من دون موافقة أو نتيجة زنا المحارم.

²¹⁹ المحكمة الدستورية في كولومبيا، القرار 119 لسنة 2013. المحكمة الدستورية، غرفة متابعة الحكم T-025 لسنة 2004 والقرارات القضائية المكاملة. القرار 119 لسنة 2013. القاضي لويز أرنستو فارجر سيلفا.

(أولاً) القمع الجنائي

يشمل القانون الجنائي قائمة بالجرائم ضد الأشخاص والأهداف التي يحميها القانون الدولي الإنساني. وفيما يتعلق بحماية الجرحى والمرضى وطواقم ووحدات الرعاية الطبية ووسائل النقل الطبية، تجدر الإشارة إلى الجرائم التالية:

- جرائم القتل وغيرها من الجرائم التي ترتكب ضد الأشخاص المتمتعين بالحماية²²⁰
- تدمير الممتلكات والمرافق الصحية
- عرقلة المهام الصحية والإنسانية
- الإخفاق في اعتماد تدابير الإغاثة والمساعدات الإنسانية.

وعلى نفس المنوال، حسب القانون الجنائي يعد الإخفاق في تقديم المساعدة والإغاثة وعدم توفير تدابير المساعدة والإغاثة الإنسانية في سياق النزاعات المسلحة بمثابة جريمة²²¹.

(ثانياً) أطر معيارية أخرى

كما ذكر من قبل، اعتمدت خلال السنوات الأخيرة الأطر المعيارية لحماية الوصول الآمن إلى الرعاية الصحية وتقديمها على المستوى الوطني.²²² ومن بين هذه الأطر، تجدر الإشارة إلى ما يلي:

- القانون رقم 875 لسنة 2004 الذي ينظم استخدام شارات الصليب الأحمر / الهلال الأحمر والشارات الأخرى التي تحميها اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية؛
- المرسوم رقم 138 لسنة 2005، الذي ينظم مواداً مختلفة من قانون سنة 2004 ويؤسس أحكاماً جديدة بشأن استخدام الشارة الوقائية من قبل الطواقم الطبية ووحدات الخدمات الطبية ووسائل النقل الطبية للقوات المسلحة وطواقم الخدمات الطبية المدنيين؛
- قرار وزارة الصحة رقم 4481 لسنة 2012 الذي اعتمد الدليل الجديد للبعثة الطبية (انظر أدناه).

3. آداب مهنة الطب

مثلت مسألة آداب مهنة الطب والتزام السرية مصدر قلق في كولومبيا فيما يتعلق بالنزاع المسلح وتوفير الرعاية الصحية لحاملي السلاح الآخرين. وكانت هناك بعض الحالات من العاملين في المجال الطبي الذين حوكموا نتيجة تقديم الرعاية الصحية لأعضاء الجماعات المسلحة.²²³

وفيما يتعلق بالإطار المعياري، تنص مدونة آداب مهنة الطب على أن «يلتزم الطبيب بالقوانين المعمول بها في البلاد وتوصيات الجمعية الطبية العالمية».²²⁴ ويعني ذلك أن الأنظمة الخاصة بالجمعية الطبية العالمية التي تتعلق بحالات النزاع المسلح وحالات العنف الأخرى مشمولة في النظام القانوني الوطني. وبالإضافة إلى ذلك، تشير مدونة قواعد السلوك بشكل محدد إلى النزاعات المسلحة بالنص على أنه «يتعين على الطبيب ألا يفضل أو يتغاضى عن أو يشارك في ممارسة التعذيب أو الإجراءات القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، مهما كانت الجريمة المنسوبة إلى المتهم أو التي أدين بها الضحية ومهما كانت الدوافع أو المعتقدات في جميع الحالات وفي النزاع المسلح والنضال المدني».²²⁵

²²⁰ تنص المادة 135 من القانون الجنائي (القانون رقم 599 لسنة 2000) على قائمة الأشخاص الذين يتمتعون بالحماية بموجب القانون الدولي الإنساني. وذكرت هذه المادة العاملين في المجال الطبي بشكل واضح.

²²¹ المادة. 131 من القانون الجنائي (القانون رقم 599 لسنة 2000): «الإخفاق في تقديم المساعدة/ الإغاثة: يعاقب بالسجن الشخص الذي يخفق دون سبب عادل في مساعدة الشخص الذي تتعرض حياته أو صحته لخطر شديد». المادة. 152 من القانون الجنائي (القانون رقم 599 لسنة 2000): «الإخفاق في تقديم تدابير الإغاثة والمساعدة الإنسانية: يتعرض لإمكانية العقوبة بالسجن الشخص الذي يخفق داخل وأثناء النزاع المسلح إذا ما اضطر إلى ذلك، في اعتماد تدابير المساعدة والإغاثة الإنسانية لصالح الأشخاص المتمتعين بالحماية».

²²² بالإضافة إلى الأطر المعيارية المذكورة في هذا الجزء، اعتمدت القواعد التالية من أجل ضمان توفير الرعاية الصحية في حالات الأحداث الإرهابية: (1) المرسوم رقم 1283 لسنة 1996، الذي ينظم سير العمل في صندوق الضمان والتكافل التابع لنظام الضمان الاجتماعي؛ (2) المرسوم رقم 3990 لسنة 2007، الذي يحدد شروط التأمين ضد المخاطر الناشئة عن الضرر الجسدي الناتج عن حوادث المرور والكوارث والأحداث الإرهابية؛ (3) المرسوم رقم 2973 لسنة 2010، الذي ينص على معايير توفير خدمات إعادة التأهيل البدني والعقلي لضحايا العنف السياسي.

²²³ في هذه الحالات، اعتبرت المحاكم الوطنية أن العاملين في المجال الطبي الذين قدموا الرعاية الصحية لأعضاء الجماعات المسلحة تحمّلوا مسؤولية جريمة التمرد والفتنة نتيجة تزويدهم بالمساعدة الطبية والدعم.

²²⁴ آداب مهنة الطب، القانون رقم 23 لسنة 1981.

²²⁵ آداب مهنة الطب، القانون رقم 23 لسنة 1981.

4. الخلاصة

على الرغم من وجود تحسن مهم على المستوى الوطني بشأن اعتماد الأطر المعيارية لحماية الجرحى والمرضى والطواقم الطبية، فإن وجود بعض المشكلات المتعلقة بعدم حصول السكان المدنيين على الخدمات الصحية والأدوية لا يزال أمراً واقعاً. وبالتالي، هناك ضرورة لمواصلة العمل على تنفيذ وتطبيق الأطر المعيارية القائمة.

دليل البعثة الطبية كمثال على الممارسة الجيدة

إن قرار سنة 2012 حل محل القرار رقم 1020 لسنة 2002 واعتمد دليل البعثة الطبية.

جاء القرار نتيجة لمشروع مشترك بين وفد اللجنة الدولية للصليب الأحمر في بوغوتا، لاسيما الشعبة الصحية لدى الصليب الأحمر الكولومبي، ووزارة الصحة والحماية الاجتماعية والمؤسسات الحكومية الأخرى.

والهدف من الدليل هو اعتماد وتنفيذ نظام يهدف إلى احترام وحماية الطواقم الطبية في كولومبيا. وتجدر الإشارة إلى أن هذا الدليل معمول به بالنسبة لحالات النزاع المسلح وحالات العنف الأخرى.

ويتناول هذا الدليل مختلف القضايا المتعلقة بالرعاية الصحية. ويقدم توجيهات عملية بشأن ما يلي على وجه التحديد:

أ- حقوق ومسؤوليات طواقم الرعاية الطبية والمؤسسات الصحية

تجدر الإشارة إلى أن الدليل يشير إلى حقوق الموظفين المشاركين في البعثة الطبية. وفي هذا الصدد، يكون لهم الحق فيما يلي:

- الاحترام والحماية؛
- عدم التعرض للهجوم؛
- الحصول على وتوفير الرعاية الصحية؛
- الحصول على الوسائل اللازمة لتوفير الرعاية الصحية؛
- عدم الخضوع للمعاينة أو المحاكمة نتيجة ممارسة الأنشطة الطبية؛
- عدم إجبارهم على القيام بأعمال تخالف مبادئ آداب مهنة الطب؛
- احترام السرية الطبية؛
- القدرة على تعريف أنفسهم.

ب- الانتهاكات المرتكبة ضد البعثة الطبية

يشير الدليل إلى اتفاقيات جنيف والبروتوكولين الإضافيين الأول والثاني وقواعد القانون الدولي الإنساني العرفي. وفي هذا الصدد، يحدد الدليل الانتهاك المرتكب ضد البعثة الطبية بأنه «السلوك الذي يؤثر على مكونات وأنشطة البعثة الطبية أو المستفيدين المباشرين منها (المرضى والمجموعات المحلية)، والذي يرتبط بحالات النظام العام من خلال عدم احترام واحدة أو أكثر من المسؤوليات والحقوق المذكورة في الأساس القانوني والحالات التي تم تقييمها»²²⁶.

ويتضمن الدليل الانتهاكات ضد الحياة والصحة والبنية التحتية والأنشطة الطبية والسرية الطبية. وبالإضافة إلى ذلك، يتضمن قائمة الأعمال التي تبلغ حد الخداع.

ج- شارة البعثة الطبية

يقدم هذا القسم من الدليل توجيهات محددة بشأن حماية وخصائص والإشراف والتفويض باستخدام وإلغاء استخدام شارة البعثة الطبية. تجدر الإشارة إلى أن البعثة الطبية في كولومبيا لديها شارة مميزة خاصة بها:



د- التوصيات الخاصة بسلامة الطواقم الطبية و وحدات الخدمات الطبية و وسائل النقل الطبية
يمكن اعتبار هذا الجزء من الدليل بمثابة الجزء التشغيلي الأكبر لأنه يتضمن مجموعة من التزامات طواقم الخدمات الطبية ويتطلب أيضًا ترجمة هذه الالتزامات على المستوى المؤسسي بهدف ضمان التنفيذ الفعال. ويسعى الدليل إلى توضيح مفاهيم التهديد والمخاطر والضعف²²⁷ حيث يمكن إجراء تقييم يساعد على تحديد التدابير التي ينبغي اعتمادها في حالة معينة.

وأخيرًا، تجدر الإشارة إلى أن الدليل يتضمن تعليمات حول تسجيل انتهاكات القانون الدولي الإنساني وتسجيل الحوادث²²⁸ المرتكبة ضد البعثة الطبية في كولومبيا.

كينيا

1. نظام الرعاية الصحية في كينيا

ينص الدستور الكيني²²⁹ على خدمات الرعاية الصحية والعلاج الطبي في حالات الطوارئ. ولا يوجد حاليًا أي نظام لتسهيل الوصول إلى الرعاية الصحية الآمنة في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى. وفي الوقت الراهن، يدار كل شيء على مستوى السياسات.²³⁰ ومع ذلك، من المهم النظر في التدابير التي اعتمدت لتجنب أو للتعامل مع ما حدث أثناء حالات العنف التي وقعت في السنوات السابقة والتي أثرت على الرعاية الصحية.

وكان غياب نظام سليم لضمان الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى واضحًا بشكل خاص خلال أعمال العنف التي أعقبت انتخابات 2008/2007. وكان تنسيق عملية توفير الرعاية الصحية سيئًا للغاية خلال تلك الفترة وكان العديد من الأشخاص النازحين داخليًا يفتقرون تمامًا إلى الحصول على الرعاية الصحية.²³¹ وبعد أعمال العنف التي أعقبت الانتخابات، وضعت الحكومة وثيقتين معنيتين بالسياسات: السياسة الوطنية لإدارة الكوارث في كينيا والخطة الوطنية للاستجابة للكوارث. وتلخص هاتين الوثيقتين المبادئ الخاصة بالاستعداد للحوادث وإدارتها وتحتوي على إرشادات حول كيفية تنسيق الاستجابة لأنواع مختلفة من حالات الطوارئ، بما في ذلك تعبئة الموارد. ولأغراض التنسيق، أسست وثائق السياسات الوكالة الوطنية لإدارة الكوارث.²³² وهي هيئة شبه مستقلة تضم ممثلين من مختلف الوزارات ومجموعات منظمات المجتمع المدني على الصعيد الوطني وعلى المستوى القطري. وتعد أنشطة الاستجابة للكوارث الخاصة بالوكالة الوطنية لإدارة الكوارث مسؤولية مركز العمليات الوطني للاستجابة للكوارث²³³ وهو مركز للإبلاغ عن حالات الطوارئ والنزاعات ويعمل على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.²³⁴

وللإستعداد لحالات العنف، أخذت اللجان القطاعية المخصصة على عاتقها عملية التخطيط لقطاعات محددة على سبيل المثال، قام قطاع الصحة بوضع خطة طوارئ لانتخابات آذار | مارس 2013.

227 إن هذه التعريفات مستمدة من دورة تخطيط كوارث المستشفيات التابعة لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية (متوفر فقط بلغة الأسبانية): التهديد: عامل مخاطر خارجي يتمثل في الوقوع المحتمل لحدث طبيعي المنشأ أو ناشئ عن نشاط بشري أو مزيج من الاثنين معًا والذي يمكن أن يحدث في مكان معين بعبء وكثافة محددة.

المخاطر: الأضرار الاجتماعية والبيئية والاقتصادية المحتملة في مجتمع معين خلال فترة من الزمن فيما يتعلق بالتهديد والضعف. الضعف: عامل مخاطر داخلي لشخص أو مادة أو نظام تعرض لتهديد ولديه استعداد متواصل للضرر. (ترجمة اللجنة الدولية للصليب الأحمر).

228 يُعرف الدليل مثل هذه الحوادث بأنها «أي عمل أو امتناع عن عمل، بشكل مباشر أو غير مباشر، يعوق أو يؤخر أو يحد من إمكانية الوصول إلى الخدمات ولا يعتبر انتهاكًا للقانون الدولي الإنساني». دليل البعثة الطبية، ص. 13.

229 الدستور الكيني، 2010، المادة 43 (1) و(2).

230 مقابلة مع ممثل وزارة الصحة، نيروبي، 1 آذار/مارس عام 2013.

231 القسم الكيني للجنة الدولية للحقوق ولجنة حقوق الإنسان في كينيا، العدل المروغ: تقرير مرحلي عن ضحايا أحداث العنف لما بعد انتخابات 2007-2008 في كينيا، محكمة العدل الدولية الخاصة بكينيا ولجنة حقوق الإنسان في كينيا، 2012، ص. 29. منتدى الدعوة للحقوق الصحية، تقرير عن آثار أحداث العنف فيما بعد انتخابات 2007 على العاملين في المجال الصحي والاستعداد لنظام الرعاية الصحية في كينيا، تقرير التقييم، منتدى الدعوة للحقوق الصحية، 2008، ص. 23، <http://www.herf.or.ke/heraf-reports/page-1.html>

232 وزارة الدولة للبرامج الخاصة، السياسة الوطنية لإدارة الكوارث في كينيا، وزارة الدولة للبرامج الخاصة، آذار/مارس 2009، ص. 37.

233 السياسة الوطنية لإدارة الكوارث في كينيا (الملحوظة 27)، ص. 39.

234 وزارة الدولة للبرامج الخاصة ووزارة الإدارة الإقليمية والأمن الداخلي، الخطة الوطنية للاستجابة للكوارث، وزارة الدولة للبرامج الخاصة ووزارة الإدارة الإقليمية والأمن الداخلي، 2009، الفقرة 41.

وفيما يتعلق بالخطط المستقبلية، تشير السياسة الصحية في كينيا 2012-2030 إلى «وضع آليات الاستعداد والاستجابة للطوارئ على جميع مستويات النظام الصحي» وذلك لـ «ضمان الاستجابة الكافية للآثار الصحية الناجمة عن الكوارث وحالات الطوارئ»²³⁵. وبالتالي، يبدو أن وضع نظام مناسب لتسهيل الوصول إلى توفير الرعاية الصحية الآمنة في النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى ضمن اهتمامات الحكومة.

2. حماية الطواقم الطبية و وحدات الخدمات الطبية و وسائل النقل الطبية

في كينيا، يعتمد العاملون في المجال الطبي على وزارة الصحة التي تتحمل المسؤولية الشاملة عن ترخيص ومراقبة طواقم الرعاية الصحية ولكنها فوضت المسؤولية العملية لهجاتٍ تشريعيةٍ مختلفة²³⁶. وبالإضافة إلى ذلك، لكل مستشفى مجلس الإدارة الخاص به لتنظيم العاملين بالمستشفى.

وفي حالات النزاع المسلح، يتم النص على توفير الحماية القانونية لطواقم الرعاية الصحية بموجب قانون اتفاقيات جنيف وقانون الجرائم الدولية. وفي حالات الطوارئ الأخرى، تدرج حماية طواقم الرعاية الصحية تحت القانون العام المحلي²³⁷.

وتتمثل نقطة الضعف الرئيسية فيما يتعلق بالحماية القانونية لطواقم الرعاية الصحية بكينيا في عدم وجود تخصص. وينص قانون اتفاقيات جنيف وقانون الجرائم الدولية على أنه ينبغي حماية طواقم الرعاية الصحية، ولكن لا ينص على السلطة أو الهيئة المسؤولة عن ضمان تنفيذ ذلك. وتعرضت الحماية لمزيد من التقويض من جراء عدم وجود تعريف بموجب القانون الكيني لمصطلح «الطواقم الطبية».

وبعد عقد مشاورات ومقابلات مع طواقم وخبراء الرعاية الطبية في كينيا، تحددت ثلاثة موضوعات تحتاج إلى العمل بشأنها: (أ) الوصول إلى مكان العمل؛ (ب) السلامة في مكان العمل؛ (ج) الوضع الخاص للطواقم الطبية. وأشير إلى سلسلة من التدابير التي يمكن اعتمادها من أجل ضمان حماية طواقم الرعاية الصحية. وتعكس غالبية هذه التدابير الفلق الرئيسي الذي يرتبط بأمن العاملين في المجال الطبي.

أ- الوصول إلى مكان العمل

يرتبط هذا المجال بالرحلة من وإلى مرافق الرعاية الصحية²³⁸. ولقد اقترحت التدابير التالية:

- تحديد للهوية (بطاقة هوية) للعاملين في مجال الرعاية الصحية
- تحسين الحماية الأمنية من قبل الشرطة من خلال وضع التزامٍ بمرافقة طواقم الرعاية الصحية في حالات العنف لحمايتهم من الهجمات بالطريق العام

²³⁵ وزارة الخدمات الطبية ووزارة الصحة والنظافة العامة (وزارة الصحة حالياً)، كينيا السياسة الصحية 2012-2030، 2012، ص. 21، <http://www.healthresearchweb.org/files/KenyaHealthpolicyfinalversion.pdf>

²³⁶ خلال أعمال العنف التي جرت بعد الانتخابات، تم الإبلاغ عن حالات متعددة من العنف والتهديدات الموجهة ضد طواقم الرعاية الصحية المرتبطة بالناحية العرقية. ولم يفرق عنف الحشود بين العاملين في المجال الطبي والمدنيين العاديين أثناء طرد الناس من بيوتهم وحرق منازلهم. ولقد أدى ذلك إلى أن أصبح العديد من طواقم الرعاية الصحية ضمن النازحين، حيث نزح 246 شخصاً في منطقة الوادي المتصدع وحدها في كينيا. وبالإضافة إلى ذلك، فقد تعرض الأطباء والممرضون الذين ينتمون إلى «القبيلة الخاطئة» لاعتداءات وتهديدات أثناء العمل وذلك من قبل زملائهم ومن قبل المرضى. وكنيجة لكل من التهديدات الحقيقية والمتصورة، تم تقديم عددًا قياسيًا من طلبات الرغبة في النقل في أوائل عام 2008. ويعتقد أن منح وضعًا خاصًا ومحايلاً للعاملين في مجال الرعاية الصحية وفقًا للقانون وتقييد السكان حول هذا الوضع من شأنه أن يساعد في منع حدوث ذلك في المستقبل. وبالطبع، يتطلب ذلك أيضًا أن يعمل العاملون في مجال الرعاية الصحية دائمًا بشكلٍ محايد، ولكن كان من المنصور أنه يمكن استخدام السلطات التأديبية من مختلف الهيئات التنظيمية الطبية لضمان ذلك». التعميم الرئاسي رقم 1 لسنة 2008: منظمة حكومة جمهورية كينيا (مكتب الرئيس، 2008).

²³⁷ يدرج قانون اتفاقيات جنيف بعض عناصر اتفاقيات جنيف في القانون الكيني. وعلى وجه الخصوص، يجرم القسم (3) من القانون المخالفات الجسيمة لاتفاقيات جنيف، كما هو محدد في المادة (50) من اتفاقية جنيف الأولى، والمادة (51) من اتفاقية جنيف الثانية، والمادة (130) من اتفاقية جنيف الثالثة، والمادة (147) من اتفاقية جنيف الرابعة. وتشمل الأعمال التي اعتبرت بأنها تشكل مخالفات جسيمة بموجب الاتفاقيات كلاً من القتل العمد والتعذيب والمعاملة اللاإنسانية والنسب في معاناة شديدة أو إصابات جسيمات خطيرة أو إصابات عقلية للأشخاص المتمتعين بالحماية. ويشمل الأشخاص المشمولون بالحماية بموجب اتفاقيات جنيف العاملين في المجال الطبي والعاملين في المستشفيات. وعلى هذا النحو، فإن أي شخص يرتكب أيًا من الأعمال المذكورة ضد طواقم الرعاية الصحية يعتبر مرتكبًا لمخالفة بموجب المادة 3 من قانون اتفاقيات جنيف. ويعمم قانون الجرائم الدولية أجزاءً من نظام روما الأساسي. وتجرم المادة 6 (1) (ج) من القانون «جرائم الحرب»، والتي يظل تعريفها كما هو بموجب المادة 8 (2) من نظام روما الأساسي. ويشكل تعمد توجيه هجمات ضد العاملين في مجال المساعدة الإنسانية أو مستخدمي الشارات المميزة الخاصة باتفاقيات جنيف جزءًا من الأعمال التي تشكل جرائم حرب بموجب نظام روما الأساسي. وعلى هذا النحو، تعد هذه الأعمال أيضًا محظورة بموجب القانون الكيني طبقًا لقانون الجرائم الدولية.

ويجرم قانون العقوبات الكيني أفعالاً مثل القتل والذبح والاعتداء وتهديد الحياة والنسب في ضرر جسم. وتعد هذه الأعمال محظورة بشكل عام وفي جميع الأوقات، بما في ذلك أثناء حالات الطوارئ. وعلى هذا النحو، لم يميز طواقم الرعاية الصحية باستحقاق أي نوع من الحماية الخاصة المنصوص عليها في قانون العقوبات. وهناك العديد من الأحكام المتعلقة بحماية طواقم الرعاية الصحية بموجب القانون الدولي الإنساني مشمولة في دليل قانون النزاعات المسلحة وهو دليل تدرج لقرارات الدفاع الكينية. وعلاوة على ذلك، يسمح لأفراد الخدمات الطبية من قوات الدفاع الكينية بحمل الأسلحة الخفيفة الصغيرة لغرض الحماية الشخصية.

²³⁸ كانت إحدى العقبات الرئيسية التي واجهها نظام الرعاية الصحية خلال أعمال العنف ما بعد انتخابات 2007-2008 تتمثل في أن العاملين في المجال الطبي لم يتمكنوا من الوصول إلى أماكن العمل. ويعود ذلك جزئيًا إلى نقص وسائل النقل العام. وبينما رتبت مرافق الرعاية الصحية الخاصة وسائل النقل لموظفيها، لم يتم توفير مثل هذه الترتيبات للموظفين العاملين في المرافق العامة وكان عليهم استخدام سياراتهم الخاصة. وحتى ذلك الحين، كانت الرحلة من وإلى أماكن العمل صعبة بسبب الحواجز المتكررة التي وضعت على طول الطرق الرئيسية.

- اعتماد التدابير اللازمة لضمان إجلاء طواقم الرعاية الصحية من المواقف التي لا يمكن ضمان الأمن فيها.²³⁹

ب- السلامة في مكان العمل

يشير ذلك إلى بيئة العمل وأماكن العمل الخاصة بالعاملين في المجال الطبي. ولقد اقترحت التدابير التالية:

- الحصول على الموارد الكافية
- اعتماد الأحكام القانونية اللازمة لحماية العاملين في المجال الطبي أثناء العمل
- اعتماد تدابير أمنية إضافية أثناء حالات الطوارئ وحالات النزاع
- اعتماد الإجراءات اللازمة لتحديد كيفية عمل موظفي الإسعاف أثناء أداء واجباتهم²⁴⁰ (من خلال تأسيس إجراءات الإبلاغ).

ج- الوضع الخاص للعاملين في مجال الرعاية الصحية

يتعلق هذا المجال بوضع طواقم الرعاية الصحية في إطار القانون الكيني وتأثيره على عملهم. وفي هذا الصدد، لا بد من اعتماد وضع قانوني خاص يعزز حياد طواقم الرعاية الصحية.

3. الوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية

في حالات النزاع المسلح، تم النص على الحماية القانونية للوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية في اتفاقيات جنيف وقانون الجرائم الدولية. وفي حالات الطوارئ الأخرى، تأتي حماية الوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية ضمن القانون العام المحلي.²⁴¹

تقوض حماية الوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية بسبب عدم وجود تعريفات قانونية لـ «الوحدات الطبية» و«وسائل النقل الطبية» في اتفاقيات جنيف وقانون الجرائم الدولية. وبدون هذه التعريفات، أصبح من غير الواضح بشكل دقيق ما هي المباني والمركبات التي تتمتع بالحماية بموجب هذين القانونين. وهناك تعريف للوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية بموجب القانون الدولي في البروتوكول الإضافي الأول، والذي صدقت عليه كينيا.²⁴² وتنص المادة 2 (6) من الدستور الكيني على أن «أي معاهدة أو اتفاقية صادقت عليها كينيا تمثل جزءاً من قانون كينيا». ومن حيث الجوهر، يعني ذلك أن تعريف الوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية في البروتوكول الإضافي الأول يشكل جزءاً من القانون الكيني. ولأغراض الوضوح والاتساق، ينبغي إدراج هذا التعريف في قانون اتفاقيات جنيف وقانون الجرائم الدولية.

²³⁹ على سبيل المثال، في الجزء الشمالي الشرقي المضطرب من كينيا كانت هناك حالات حيث تم إجلاء الطواقم الطبية العاملة لصالح المنظمات غير الحكومية عن طريق منظماتهم ولكن ترك العاملون في مجال الرعاية الصحية في القطاع العام وشأنهم.

²⁴⁰ يتم تدريب موظفي الإسعاف على مطالبة الشرطة بتقديم المساعدة عند الاستجابة على الأخص لدعوة من منطقة خطيرة أو في وجود حشود بعد مباراة لكرة القدم على سبيل المثال. ومع ذلك، لا يوجد لدى الشرطة التزام قانوني بالامتثال لهذا الطلب. وبالتالي يعد ذلك بمجال إصلاح قانوني متوقع. وبالإضافة إلى ذلك، يعتبر الالتزام القانوني لموظفي الإسعاف بإنقاذ الأرواح غير واضح. ونتيجة لذلك، أفاد أحد الضيوف بأن هناك أمثلة لاقتياد موظفي الإسعاف إلى مركز الشرطة لاستجوابهم بعد وفاة شخص حاولوا مساعدته. ولتصحيح ذلك، ينبغي أن يكون هناك إجراءات راسخة في القانون تخصص موظفي الإسعاف فيما يتعلق بكيفية عملهم في مختلف الظروف.

²⁴¹ يجرم قانون اتفاقيات جنيف، طبقاً للقسم 3 منه، المخالفات الجسيمة لاتفاقيات جنيف. ويشمل ذلك التدمير واسع النطاق للممتلكات المحمية بموجب الاتفاقيات. وتشمل الممتلكات المحمية بهذه الطريقة الوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية والمستشفيات. وعلى هذا النحو، يعتبر التسبب في أي دمار واسع النطاق للوحدات الطبية ووسائل النقل أثناء النزاع المسلح جريمة بموجب المادة 3 من قانون اتفاقيات جنيف. ويجرم قانون الجرائم الدولية، طبقاً للقسم 6 (1) (ج) منه، جرائم الحرب المنصوص عليها في المادة 8 (2) من نظام روما الأساسي. وتشمل إحدى جرائم الحرب هذه في الهجمات على الوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية المعنية في الكوارث الإنسانية أو استخدام شارات الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر. ولذلك، تعد الهجمات على الوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية أثناء النزاع المسلح محظورة بحكم المادة 6 (1) (ج) من قانون الجرائم الدولية. ويجرم قانون العقوبات الكيني أعمالاً مثل حرق والإضرار العمدي بالممتلكات وتخريبها. وتشمل الممتلكات البنود المنقولة وغير المنقولة. ويحظر قانون المرور رمي الأشياء على المركبات أو على الأشخاص الموجودين بداخلها أو إعاقة المركبات بطريقة قد تسبب إصابات أو أضراراً لها. ويحظر كل من قانون العقوبات وقانون المرور هذه الأعمال بشكل عام وليس هناك أي تمييز بين المباني أو المركبات العادية وتلك التي تضم الوحدات الطبية. وهناك العديد من الأحكام الصادرة بموجب القانون الدولي الإنساني والمتعلقة بحماية الوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية مدرجة في دليل قانون النزاع المسلح. وبالإضافة إلى ذلك، يحظر قانون قوات الدفاع الكينية على أعضاء قوات الدفاع الكينية من تدمير الممتلكات العامة والخاصة التي يفترض أنها تضم وحدات طبية.

²⁴² انظر المادة 8 (هـ) - (ز)، البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف.

وتتمثل إحدى نقاط الضعف بشأن حماية وسائل النقل الطبية في حقيقة أن كينيا تفتقر إلى نظام قانوني ينظم استخدام سيارات الإسعاف. ولا تخضع وسائل النقل الطبية للتنظيم وبالتالي لا يوجد أي اعتراف قانوني خاص لتمييزها عن السيارات العادية. وفي هذا الصدد، ينبغي اعتماد التدابير التالية:

- اعتماد وتنفيذ القانون المعني بسيارات الإسعاف
- اعتماد الإجراءات الأمنية التي تضمن حماية الوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية من قبل الشرطة وغيرها من الجهات الحكومية.²⁴³

4. حماية الجرحى والمرضى

في حالات النزاع المسلح، تم النص على الحماية القانونية للجرحى والمرضى في اتفاقيات جنيف وقانون الجرائم الدولية. في حالات الطوارئ الأخرى، تأتي حماية الجرحى والمرضى ضمن القانون العام المحلي.²⁴⁴ وبالإضافة إلى هذه الحماية، تجدر الإشارة إلى أن السياسة الوطنية لإدارة الكوارث تتضمن مدونة قواعد السلوك الذي ينص على أن «الحق في تلقي المساعدة خلال الكوارث هو مبدأ إنساني أساسي يجب أن يتمتع به جميع المواطنين الكينيين».²⁴⁵

وفي مقابلات مع الجهات المعنية، كانت المشكلة الرئيسية من وجهة نظرهم هي الحصول على الرعاية الصحية. ويبدو أن الإجماع كان على مسألة واحدة وهي أنه من أجل تحسين الحماية القانونية للجرحى والمرضى في مثل هذه الحالات، لا بد من التأكد من أن طواقم الرعاية الصحية لديهم إمكانية الوصول إليهم.

- اعتماد نظام خاص على المستوى القطري²⁴⁶ من أجل تسهيل حصول الجرحى والمرضى على الرعاية الصحية. ويمكن أن يشمل القواعد أو الإجراءات التي تنص على التزام جميع المستشفيات الخاصة والعامة بقبول وعلاج أي شخص جريح أو مريض في مثل هذه الحالات.²⁴⁷
- معاقبة المسؤولين عن عرقلة حصول الجرحى والمرضى على الرعاية الصحية.

²⁴³ تم تكليف وحدة أمن المباني الحكومية التابعة لإدارة الشرطة التي تشرف عليها وزارة الإدارة الإقليمية والأمن الداخلي بحماية المباني والمنشآت الحكومية. وفي الوقت الراهن، تعد الوحدة هي المعنية أساساً بحماية المباني الحكومية، ولكن اقترح بأن تكون مسؤولة أيضاً على وجه التحديد عن حماية المستشفيات في الحالات التي تتطلب وجود مزيد من الأمن.

²⁴⁴ يجرم القسم 3 من قانون اتفاقيات جنيف المخالفات الجسيمة لاتفاقيات جنيف. وتعد جرائم القتل والتعذيب والمعاملة غير الإنسانية أو التي تؤدي إلى إصابة الأشخاص المشمولين بالحماية بموجب الاتفاقيات بمثابة أعمال تشكل انتهاكاً خطيراً. ويشمل الأشخاص المشمولون بالحماية بموجب الاتفاقيات كلاً من الجرحى والمرضى. وعلى هذا النحو، فإن ارتكاب أي من الأعمال المذكورة ضد الجرحى أو المرضى يعتبر انتهاكاً خطيراً لاتفاقيات جنيف وجريمة جنائية بموجب المادة 3 من قانون اتفاقيات جنيف.

ويجرم القسم (1) (ج) من قانون الجرائم الدولية جرائم الحرب المحددة في المادة 8 (2) من نظام روما الأساسي. وتتمثل إحدى هذه الجرائم في المعاملة اللاإنسانية والقاسية لأي شخص، وإن لم يذكر ذلك صراحة، فإن ذلك يشمل الجرحى والمرضى. ووفقاً لذلك، فإن المعاملة القاسية واللاإنسانية للجرحى والمرضى تعتبر جريمة بموجب قانون الجرائم الدولية.

ويجرم قانون العقوبات الكيني أعمالاً مثل القتل والتسبب في ضرر جسيم والاعتداء وتهديد الحياة. ويحظر ارتكاب مثل هذه الأعمال ضد الناس بصفة عامة في وقت السلم وخلال حالات الطوارئ. وبالإضافة إلى ذلك، ينص الدستور على أنه «لكل شخص الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن الوصول إليه»، والذي يتضمن الحق العام في خدمات الرعاية الصحية. كما ينص أيضاً على أنه «لا يجوز حرمان الشخص من العلاج الطبي في حالات الطوارئ»، وأضاف المزيد من الحماية للجرحى والمرضى في حالات الطوارئ.

وهناك العديد من الأحكام المتعلقة بحماية الجرحى والمرضى بموجب القانون الدولي الإنساني المشمولة في دليل قانون النزاعات المسلحة. وينص الدليل أيضاً على الحماية البدنية للجرحى والمرضى حيث أن العاملين في المجال الطبي العسكري الذين يعتنقون بهم مسموح لهم بحمل الأسلحة الصغيرة للدفاع عنهم. كما تم تنظيم العلاج العسكري للجرحى والمرضى من خلال قانون قوات الدفاع الكينية، الذي يحظر على وجه التحديد على أفراد الجيش نهب الجرحى. وينص القانون أيضاً على معاقبة أفراد قوات الدفاع الكينية الموجودين الذين يرتكبون «أي عمل غير مشروع» خارج كينيا فيما يتعلق بالسكان المدنيين. ويُعرف مصطلح «العمل غير المشروع» بأنه «عمل مخالف للقانون أو اللائحة أو الأمر القانوني أو العرف» وإذا ارتكب في كينيا فيقتض أن تقع تحت طائلة قانون العقوبات. ويتضمن قانون قوات الدفاع الكينية أيضاً جريمة السلوك المشين «القاسي أو غير اللائق أو غير الطبيعي».

²⁴⁵ تُعرف الكوارث في هذا السياق بأنها «اضطرابٌ خطيرٌ في سير العمل في مجتمع، يتسبب في أضرار إنسانية أو مادية أو اقتصادية أو بيئية واسعة النطاق تتجاوز قدرة المجتمع المتضرر على التعامل باستخدام موارده الخاصة». ويمكن القول بأن ذلك يشمل جميع مستويات النزاع وكذلك حالات الطوارئ الأخرى. ومع ذلك، حيث أنها وثيقة سياسية، فليس لها أي قوة قانونية.

²⁴⁶ مقابلة مع مُحاضر في مجال الجراحة بمستشفى موي التعليمي والخاص بالإحالات، نيروبي، 28 شباط/فبراير عام 2013.

²⁴⁷ مقابلة مع مُحاضر في مجال الجراحة بمستشفى موي التعليمي والخاص بالإحالات، نيروبي، 28 شباط/فبراير عام 2013. وفي الوقت الراهن وبصرف النظر عن الحق الغامض الخاص بالرعاية الطبية الطارئة المنصوص عليه في الدستور، فلا يوجد أي التزام قانوني لدى المستشفيات لاستقبال الجرحى والمرضى. وتتردد العديد من المستشفيات المملوكة للقطاع الخاص في التعامل مع الحالات الخيرية وبدلاً من ذلك تقوم بإرسالها إلى أقرب المرافق العامة التي من المرجح أن تكون مكنة في حالات الطوارئ.

5. الشارات المميزة

إن حماية استخدام الشارات يتم بموجب القانون الوطني للعلم والشارات والمسميات لسنة 1963. ولقد أدرج الإشعار القانوني رقم 487 لسنة 1991 الصليب الأحمر والهلال الأحمر ضمن الجزء 1، الجدول 1 من هذا القانون، وبالتالي فإنه وفقاً لذلك، تحظى هذه الشارات بنفس الحماية مثلها مثل العلم الوطني في كينيا. وترد تفاصيل هذه الحماية في القسم 13(1) من القانون وتمثل في حظر استخدام الشارات من قبل أي شركة أو مهنة وبأي تصاميم أو على أي منتج ما لم يتم الحصول على تفويض بذلك من الوزير المختص.

ويجزم القسم 6 (1) (ج) من قانون الجرائم الدولية جرائم الحرب المنصوص عليها في نظام روما الأساسي. وتمثل إحدى هذه الجرائم في الاستخدام غير السليم لـ «الشارات المميزة لاتفاقيات جنيف» في أوقات النزاع المسلح الدولي.²⁴⁸ ويرد كل من الصليب الأحمر والهلال الأحمر في اتفاقيات جنيف وبالتالي فهما مشمولان بالحماية بموجب قانون الجرائم الدولية.

ويحظر القانون الوطني للعلم والشارات والمسميات استخدام شاراتي الصليب الأحمر والهلال الأحمر من قبل أي شركة أو مهنة أو بأي تصاميم أو على أي منتج، ما لم يتم الحصول على تفويض بذلك من الوزير المختص.²⁴⁹ ولا يوفر القانون أي حماية لشارة الكريستالة الحمراء.

ومع ذلك، لا يوجد تفصيل كافٍ فيما يتعلق بالحماية القانونية للشارات المميزة في كينيا. وينبغي اعتماد التدابير التالية:

- يجب أن تنص التشريعات الحالية على إمكانية استخدام الشارات وفقاً لاتفاقيات جنيف
- ينبغي مراجعة العقوبات الخاصة بالاستخدام غير المصرح به للشارات.

6. القمع الوطني

ينص التشريع الوطني في كينيا على العقوبات الجنائية أو التأديبية أو الإدارية المتعلقة بحماية العاملين في المجال الطبي ووحدات ووسائل النقل الطبية والجرحى والمرضى والشارة.

أ- العقوبات الجنائية

ينص القسم 3 من قانون اتفاقيات جنيف على قمع المخالفات الجسيمة لاتفاقيات جنيف، سواء تم ارتكابها في كينيا أو في أي مكان آخر. ووفقاً لهذا الحكم، يعاقب أي شخص، سواء كان مواطناً كينياً أم غير كيني، يُدان بالقتل العمد لشخص آخر مشمول بالحماية بموجب اتفاقيات جنيف بالسجن مدى الحياة. ويعاقب أي شخص ثبت إدانته في أي مخالفة جسيمة أخرى للاتفاقيات بالسجن لمدة 14 عاماً كحد أقصى.

ويمنح القسم 8 من قانون الجرائم الدولية الاختصاص للمحكمة العليا بشأن جرائم الحرب التي ترتكب في كينيا أو في مكان آخر إذا كان الجاني أو الضحية مواطناً كينياً أو إذا كان الجاني داخل البلاد في ذلك الوقت. وعندما يكون أساس الجريمة هو القتل العمد، يتم التعامل مع المخالفة على أنها جريمة قتل ويتم التعامل مع الجاني وفقاً لذلك. إن عقوبة ارتكاب جريمة القتل في كينيا هي الإعدام إلا إذا كان الشخص المدان هو سيدة حامل.²⁵⁰ وعندما يكون القتل العمد ليس أساس الجريمة تكون العقوبة القصوى المنصوص عليها هي السجن مدى الحياة.

وينص قانون العقوبات على التدابير القمعية للجرائم الواردة فيه. إن عقوبة القتل هي الإعدام إلا إذا كان الجاني سيدة حاملاً. والعقوبة القصوى بتهمة القتل غير العمدي والأذى الجسيم هي السجن مدى الحياة، في حين أن جريمة الاعتداء تؤدي إلى عقوبة بالسجن لمدة تصل إلى خمس سنوات.²⁵¹ والحد الأقصى لعقوبة الحرق المتعمد وتدمير الممتلكات هي السجن مدى الحياة.²⁵²

248 نظام روما الأساسي، المادة 8 (2) (ب) (7).

249 قانون العلم الوطني والشارات والمسميات، 1963، القسم 3.

250 قانون العقوبات الكيني لسنة 1930، الفسما 204، و 211.

251 قانون العقوبات الكيني لسنة 1930، أقسام 205، 234، و 250.

252 قانون العقوبات الكيني لسنة 1930، أقسام 235، 332، و 339.

ويحدد قانون قوات الدفاع الكينية التدابير القمعية للجرائم التي يغطيها القانون. ولا يسري هذا إلا على قوات الدفاع الكينية أو المدنيين الذين يسافرون مع القوات ووقعوا خطأً بالموافقة على الالتزام بالقانون.²⁵³ وتختص المحكمة العسكرية بجميع الجرائم المنصوص عليها في القانون.²⁵⁴ ويتم النص على معظم العقوبات المختلفة في شكل الحد الأقصى من سنوات السجن، يليها عبارة «أو أي عقوبة أقل منصوص عليها في هذا القانون». على سبيل المثال، تؤدي جريمة تدمير الممتلكات إلى عقوبة أقصاها السجن لمدة سبع سنوات أو أي عقوبة أقل، في حين أن عقوبة السلوك المشين القاسي أو غير اللائق أو غير الطبيعي هي السجن لمدة 10 سنوات كحد أقصى أو أي عقوبة أقل.²⁵⁵ وتستتبع جرائم القتل عقوبة الإعدام، ولكن لا يجوز تنفيذ الحكم إلا بعد موافقة رئيس الدولة على حكم المحكمة العسكرية.²⁵⁶

وتعتبر المحكمة العسكرية تابعةً للمحاكم العليا في كينيا وهي المحكمة العليا ومحكمة الاستئناف ومحكمة التمييز (حسب الترتيب التصاعدي للمرتبة).²⁵⁷ وبالتالي يمكن الاستئناف ضد المحكمة العسكرية أمام المحكمة العليا، وبعد ذلك يتم الاستئناف أمام المحاكم العليا الأخرى إن كان معمولاً بذلك.²⁵⁸ ويجوز لمدير النيابة العسكرية أن يلجأ أيضاً إلى المحكمة العليا للطعن ضد حكم بالبراءة يصدر من محكمة عسكرية.

ب- العقوبات التأديبية

ينص قانون قوات الدفاع الكينية على الإجراءات التأديبية لبعض الجرائم المنصوص عليها في القانون. وفي حالة الجريمة التي لا تؤدي إلى عقوبة السجن، يمكن للمتهم أن يختار ما إذا كان سيتم النظر في التهم من قبل محكمة عرفية (عسكرية) أو بنظام الإجراءات الموجزة. وتشمل العقوبات التي يجوز فرضها في جلسة الاستماع المستعجلة الفصل من الوظيفة أو التلويم أو الغرامة.²⁵⁹

ج- العقوبات الإدارية

بموجب المادة 22 (1) من الدستور، للأفراد الحق في تقديم شكوى قانونية في حال انتهاك حقوقهم الدستورية. ويجوز رفع الدعوى من قبل الضحية أو شخص ما يتصرف بالنيابة عنه أو شخص يتصرف نيابة عن العامة.²⁶⁰ ورداً على مثل هذا العمل، يجوز للمحكمة العليا أن يصدر إعلاناً بالحقوق، أي أمراً قضائياً أو تحفظياً أو أمراً بالتعويض.²⁶¹ ومع ذلك، فإن الحقوق الدستورية المتعلقة بالرعاية الصحية غامضة للغاية وتفتقر إلى المعايير الدقيقة بالنسبة للوصول إلى الرعاية الطبية الطارئة. ويخفق الدستور أيضاً في النص على ما يشكل «خدمات الرعاية الصحية» بالتحديد. لذلك، فإن محاسبة الحكومة على أي إخفاقات فيما يتعلق بالحق في الرعاية الصحية أمرٌ بالغ الصعوبة ونفس الأمر أيضاً فيما يتعلق بإصدار أي نوع من القرارات القضائية بشأن هذه المسألة.

7. آداب مهنة الطب والالتزام بالسرية

قامت بعض الهيئات التنظيمية الطبية القانونية في كينيا بوضع مدونات سلوك للمتخصصين تحت رقابة تلك الهيئات. وتشير هذه المدونات إلى آداب مهنة الطب. وتلتزم طواقم الرعاية الصحية قانوناً بمدونات الهيئة التنظيمية المسجلين لديها. ويعتبر الإخفاق في القيام بذلك بمثابة سبب لاتخاذ إجراءات تأديبية، بما في ذلك الشطب.²⁶²

وتنطبق مدونة قواعد السلوك المهني والانضباط على الأطباء وأطباء الأسنان ومقدمي الرعاية الصحية من غير الأطباء.²⁶³ وتتضمن هذه المدونة كلاً من إعلان الجمعية الطبية العالمية في جنيف²⁶⁴ والمدونة الدولية لآداب مهنة

²⁵³ قانون قوات الدفاع الكينية، 2012، القسمان 4، و5.

²⁵⁴ قانون قوات الدفاع الكينية، 2012، القسم 162

²⁵⁵ قانون قوات الدفاع الكينية، 2012، القسمان 87 (2) و120.

²⁵⁶ قانون قوات الدفاع الكينية، 2012، القسم 184.

²⁵⁷ دستور كينيا 2010، المادتان 162 (1) و169 (1) (ج).

²⁵⁸ قانون قوات الدفاع الكينية، 2012، القسم 186.

²⁵⁹ قانون قوات الدفاع الكينية، 2012، القسمان 155 و156.

²⁶⁰ دستور كينيا، 2010، المادة 22 (2).

²⁶¹ دستور كينيا، 2010، المادة 23 (3).

²⁶² انظر قانون التمريض، 1983، القسم 18 (1) (و) وقانون مقدمي الرعاية الصحية من غير الأطباء (التدريب والتسجيل والترخيص) لسنة 1989، القسم 15 (1).

²⁶³ مجلس الأطباء الممارسين وأطباء الأسنان، مدونة قواعد السلوك المهني والانضباط، الطبعة السادسة، مجلس الأطباء الممارسين وأطباء الأسنان، 2012.

²⁶⁴ إعلان جنيف للجمعية الطبية العالمية الذي اعتمده الدورة الثانية للجمعية العامة للجمعية الطبية العالمية، جنيف، سويسرا، أيلول/سبتمبر 1948. متاح على الرابط التالي: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1>

الطب. 265 وتنطبق مدونة مجلس التمريض الكيني وقواعد السلوك وأخلاقيات مهنة التمريض على جميع أفراد هيئة التمريض في كينيا. 266 ولم يضع مجلس علوم الصيدلة والسموم مدونة لقواعد السلوك. وبدلاً من ذلك، نُشرت مدونة الأخلاق المهنية من قبل الجمعية الصيدلانية الكينية. ويلتزم العاملون العسكريون في مجال الرعاية الصحية بمدونة قواعد السلوك الخاصة بالجهة التنظيمية لمهنة الطب التي يتبعونها. 267

المكسيك

1. نظام الرعاية الصحية في المكسيك

أقرت الصحة كحق دستوري. 268 ويهدف النظام الصحي الوطني إلى توفير الخدمات الصحية 269 لجميع السكان. وتستند الخدمات الصحية المقدمة في المرافق الصحية العامة إلى مبادئ الشمولية والإتاحة المجانية وفقاً للظروف الاجتماعية والاقتصادية 270 وعدم التمييز. 271

وفي المكسيك، يعد توفير الخدمات الصحية من الاختصاصات المتوافقة بين الولايات الاتحادية والمحلية. وهكذا، فإن النشاط الطبي يخضع لما يلي:

1. قانون الصحة؛
2. القانون التنظيمي للمادة (5) من الدستور (قانون المهن)؛
3. أساس التنسيق بين الهيئات الصحية والتعليمية؛
4. قوانين الدولة المتعلقة بهذه المسائل.

ويعد النظام الوطني للمعلومات الصحية أداة مثيرة للاهتمام، قام الاتحاد بتطويره، ويهدف إلى تحديد المعايير اللازمة للحصول على ودمج وتنظيم ومعالجة وتحليل المعلومات المتعلقة بالصحة (من حيث عدد السكان والتغطية والموارد المتاحة والأخطار المتعلقة بالصحة وتقييم أداء النظام الصحي الوطني). 272

وتعتبر اللائحة المحلية المكسيكية لحالات النزاع المسلح متناثرة وغير كافية. 273 ولا تشير اللائحة الصادرة بشأن الطواقم الطبية ووحدات الرعاية الطبية ووسائل النقل الطبية إلى أي نظام خاص. وسياق الطوارئ الوحيد في المكسيك الذي تم تنظيمه هو الحماية المدنية أثناء حالات الكوارث. 274 ويُعرف قانون الحماية المدنية الكارثة بأنها «نتيجة لحدوث واحدة أو أكثر من العوامل التخريبية الشديدة و/أو الهائلة، سواء كانت متعاقبة أم غير ذلك، وتأتي من نشاط طبيعي أو بشري، والتي عندما تحدث في مكان وزمن محددين، تتسبب في ضرر تتجاوز شدته قدرة استجابة المجتمع المتضرر». 275 ومن بين مختلف العوامل التخريبية توجد مجموعتان مثيرتان للاهتمام: الظاهرة البشرية والظاهرة الاجتماعية التنظيمية. وتُعرف الظاهرة الأولى على أنها عامل مثير للقلق ناتج عن نشاط بشري؛ وتُعرف الظاهرة الثانية على أنها عامل مثير للقلق ناتج عن خطأ بشري أو أفعال متعمدة في سياق تجمعات كبيرة أو تحركات شاملة للسكان مثل المظاهرات المرتبطة بالاضطرابات الاجتماعية، والتجمعات الضخمة للسكان، والإرهاب والتخريب والحوادث الجوية أو البحرية أو البرية، وانقطاع أو ضعف الخدمات الأساسية والبنية التحتية الاستراتيجية. 276

265 المدونة الدولية لآداب مهنة الطب الخاصة بالجمعية الطبية العالمية، التي اعتمدها الجمعية العامة الثالثة للجمعية الطبية العالمية، لندن، إنجلترا، تشرين الأول/أكتوبر 1949. متاح على الرابط التالي:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/>

266 مجلس التمريض الكيني ومدونة السلوك والأخلاق المهنية لمهنة التمريض في كينيا (الطبعة الثانية، 2012).

267 مدونة آداب المهنة وقواعد السلوك للقوات المسلحة، الجزء الثالث: المدونة العامة لقواعد السلوك وآداب المهنة، القسم 9 (د).

268 الدستور المكسيكي، المادة 4.

269 تُعرف الخدمات الصحية على أنها «كل الإجراءات التي تتخذ لصالح الفرد والمجتمع بشكل عام، وتهدف إلى حماية وتعزيز واستعادة صحة الفرد والمجتمع. وتشمل هذه الخدمات الرعاية الصحية والصحة العامة والرفاهية». وتشمل هذه الخدمات أيضاً تعزيز الرعاية الصحية والوقاية من الأمراض والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل والخدمات الطبية والصيدلانية للمستشفيات.

270 القانون العام للصحة، المادة 35.

271 القانون العام للصحة، المادة 77 مكرر (1) والمادة 77 مكرر (36).

272 النظام الوطني للمعلومات الخاصة بالصحة.

273 لم تصادق المكسيك على البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف.

274 القانون العام للحماية المدنية.

275 المادة 2-16 من قانون الحماية المدنية.

276 انظر المادة 2، القسم 20، و27.

وأثناء أي حالة من حالات الطوارئ، يجب إعطاء الأولوية لحماية حياة وصحة وسلامة السكان. وإذا كان وقوع العامل التخريبي وشيكاً ويمثل تهديداً للحياة والسلامة، يجوز لوزارة الداخلية أن تعلن حالة الطوارئ بهدف توفير الدعم العاجل والضروري. ويجب ألا تستغرق الموافقة على إعلان الطوارئ أكثر من خمسة أيام ويجب أن تبدأ المساعدة في اليوم التالي لصدور التفويض.

وتعد المكسيك واحدة من الأمثلة القليلة للدول التي شرّعت حماية الطواقم الطبية من خلال التشريعات الوطنية بشأن حماية الشارة.²⁷⁷

2. حماية الجرحى والمرضى، طواقم ووحدات الرعاية الطبية ووسائل النقل الطبية

يحق لضحايا حالات الطوارئ أو الحوادث تلقي الرعاية الصحية على الفور وعلى أن يتم تحويلهم إلى أقرب مرفق صحي. وهناك التزاماً قانونياً لدى مرافق الرعاية الصحية العامة والخاصة والنائب العام بضمان حصول المرضى على الرعاية الصحية ورعايتهم ونقلهم إلى تلك المرافق.²⁷⁸

وفيما يتعلق بحماية البعثة الطبية، ينص قانون حماية الشارة على التعريف التالي للبعثة الطبية:

هي مجموع الأشخاص والوحدات ووسائل النقل والمعدات والمواد والأنشطة العابرة أو الدائمة، أو الثابتة أو المتنقلة، والموجهة حصراً واللازمة لإدارة وتشغيل وتوفير خدمات الرعاية الصحية في مجالات وقاية وتعزيز ورعاية وإعادة تأهيل الأشخاص.²⁷⁹

ويتضمن قانون حماية الشارة فصلاً حول وضع تدابير الرقابة والعقوبات. ومع ذلك، يفرض القانون عقوبات إدارية فقط على أي شخص يستخدم شارة الصليب الأحمر أو علامات الممبزة أو اسم «الصليب الأحمر» أو أي تقليد للشارة يمكن أن يؤدي إلى الخلط بينها وبين الشارة المحمية بموجب القانون. وختاماً، من المهم التأكيد على أن القانون لا يفرض حماية محددة للبعثة الطبية لأنه لم يفرض أي عقوبة على أي هجوم موجه للبعثة.

ويشير قانون حماية الشارة فقط إلى حصانة البعثة الطبية أثناء النزاع المسلح. ولذلك، تعتبر حماية الشارة في حالات الطوارئ أقل تحديداً.

وتُعرف لائحة قانون الصحة (مرفق الرعاية الطبية) بأنه «أي مرفق عام أو اجتماعي أو خاص، ثابت أو متحرك أيًا كانت تسميته، يقدم خدمات الرعاية الطبية لـ (مرضى العيادات الخارجية أو المرضى داخل المرافق الطبية)، باستثناء المكاتب الطبية».²⁸⁰

3. القمع الجنائي

تغطي الأنظمة الاتحادية الجرائم التالية:

- انتهاك الواجبات الإنسانية²⁸¹
- الجرائم المرتكبة ضد موظفي الخدمة المدنية (في تلك الحالات التي تكون فيها البعثة الطبية تابعة لمؤسسة عامة)²⁸²
- الاختفاء القسري²⁸³
- التهديدات²⁸⁴

²⁷⁷ قانون استخدام وحماية اسم وشارة الصليب الأحمر.

²⁷⁸ القانون العام للصحة، المادة 56.

²⁷⁹ قانون استخدام وحماية اسم وشارة الصليب الأحمر، المادة 3-12. الأصل باللغة الإسبانية: «البعثة الطبية: هي مجموع الأشخاص والوحدات ووسائل النقل والمعدات والمواد والأنشطة العابرة أو الدائمة، أو الثابتة أو المتنقلة، والموجهة حصراً واللازمة لإدارة وتشغيل وتوفير خدمات الرعاية الصحية في مجالات وقاية وتعزيز ورعاية وإعادة تأهيل الأشخاص».

²⁸⁰ تنظيم قانون الرعاية الصحية، المادة 7-3، تم تنظيم المكاتب الطبية أيضاً بموجب لائحة من قانون الرعاية الصحية (المادتان 56 و58).

²⁸¹ القانون الجنائي الاتحادي، المادة 149.

²⁸² القانون الجنائي الاتحادي، المادة 189.

²⁸³ القانون الجنائي الاتحادي، المادة 215 - إلى 215 - د.

²⁸⁴ القانون الجنائي الاتحادي، المادة 282.

- الإصابات²⁸⁵
- القتل²⁸⁶
- التخلي عن الأشخاص²⁸⁷
- الحرمان غير القانوني من الحرية²⁸⁸
- الابتزاز.²⁸⁹

ومن بين قائمة الجرائم هذه، تشير الجريمة الأولى فقط (انتهاك الواجبات الإنسانية) إلى الأعمال التي يمكن أن تحدث أثناء نزاع مسلح، حيث تنص على أن الأشخاص الذين ينتهكون الواجبات الإنسانية فيما يتعلق بالأسرى أو الرهائن أو الجرحى أو مراكز نقل الدم سيخضعون لعقوبة السجن من ثلاث إلى ست سنوات إلا في الحالات الخاصة المنصوص عليها في القوانين العسكرية.²⁹⁰

ويعاقب قانون القضاء العسكري أولئك الذين يقومون، في ظل عدم وجود حاجة شديدة إلى القيام بعمليات حربية، بمهاجمة المستشفيات أو سيارات الإسعاف أو الملاجئ الخيرية التي تحمل العلامة المعروفة أو التي يمكن التعرف على طبيعتها من بعيد. وتصل العقوبة إلى السجن لمدة 12 عامًا.²⁹¹

4. حماية الشارة

لدى المكسيك قانون بشأن استخدام وحماية شارة الصليب الأحمر. ومع ذلك، لا تزال اللائحة التنفيذية لهذا القانون قيد الصياغة.

ويحدد القانون الشارة وفقاً لاتفاقية جنيف الأولى وينص على نوعي الاستخدام المعترف بهما في الاتفاقية: الشارة الوقائية والإرشادية.²⁹² وينص أيضاً على الجهات التي يحق لها استخدام الشارة والوسائل التي تظهرها والقواعد التي تحكم ترخيصها من قبل وزير الدفاع الوطني.

ويعتبر وزير الدفاع الوطني هو المسؤول عن التفويض باستخدام شارة الصليب الأحمر. وبمجرد منح التفويض بذلك، يحق لموظفي الخدمات الطبية والدينية للقوات المسلحة والصليب الأحمر المكسيكي وجمعيات الإغاثة والمستشفيات المدنية والسفن المستشفيات ووسائل النقل والمرافق الطبية استخدام الشارة.

تُفرض العقوبات الإدارية مثل الغرامات على الاستخدام غير المصرح به للشارة وأي تقليد للشارة من شأنه أن يؤدي إلى التباس.

ويشير قانون الصحة إلى التثقيف بشأن احترام وأهمية طواقم الرعاية الطبية وأنشطتهم مع التأكيد على احترام وحماية تلك الطواقم الطبية.

²⁸⁵ القانون الجنائي الاتحادي، المواد 288-301.

²⁸⁶ القانون الجنائي الاتحادي، المواد 302-308 والمواد 310-325.

²⁸⁷ القانون الجنائي الاتحادي، المادة 335.

²⁸⁸ القانون الجنائي الاتحادي، المادة 364.

²⁸⁹ القانون الجنائي الاتحادي، المادة 390.

²⁹⁰ القانون الجنائي الاتحادي، المادة 149. الأصل باللغة الإسبانية: «من خلال انتهاك الواجبات الإنسانية تجاه السجناء وأسرى الحرب، والجرحى، أو المصابين في المستشفيات، يخضع الشخص لعقوبة سجن تتراوح بين 3-6 سنوات، إلا في حالات خاصة، ينص عليها القانون».

²⁹¹ قانون القضاء العسكري، المادة 209. الأصل باللغة الإسبانية: «يعاقب بالسجن 12 عامًا من يقوم بأعمال التدمير، ونهب القرى والنجوع، والهجوم على المستشفيات وعربات الإسعاف أو أعضاء هيئة التمريض المخصصة لأغراض خيرية والتي تحمل العلامات والشارات المحمية أو يمكن تمييزها عن بعد؛ أو يقوم بتدمير المكتبات والمتاحف والمحفوظات، وأعمال فنية رائعة؛ والطرق».

²⁹² الشارة الوقائية: يمنح التفويض باستخدام الشارة للأشخاص والوحدات ووسائل النقل والمواد الطبية التي تقوم بتنفيذ أنشطة طبية في نزاع مسلح. الشارة الإرشادية: الأشخاص والأهداف التي ترتبط بإحدى مكونات الحركة الدولية أو مختلف مكوناتها.

5. آداب مهنة الطب والالتزام بالسرية: نظام السرية المطلقة

ينص القانون الاتحادي للإجراءات الجنائية على أنه لا يجوز إجبار أشخاص مثل طواقم الرعاية الصحية أو موظفي الخدمة المدنية الملزمين بالسرية الطبية على الإدلاء بشهادتهم بشأن أي معلومات يتلقونها أو يطلعون عليها أو تكون لديهم.²⁹³ وعلى نحو أكثر تحديداً، لا يمكن للجراحين أو المتخصصين أن يشهدوا بشأن صحة مرضاهم.²⁹⁴ ويلتزم وكلاء النيابة والقضاة برفض الاعتراف بأي اتصال ينتهك واجب الالتزام بالسرية.

ويجب دائماً التعامل مع السجلات الطبية بكل حرص وفي سرية تامة وفقاً للمبادئ العلمية والأخلاقية. ولا يجوز الكشف عن تلك السجلات لأطراف أخرى إلا بعد صدور أمر بذلك من السلطات القضائية أو الإدارية أو الصحية أو من لجنة التحكيم الطبي الوطني أو لجنة تحكيم تابعة للدولة.

ولقد أصدرت المحاكم الفيدرالية قراراً (في القضايا المدنية) بأن السرية المهنية ترتبط بالحق في الخصوصية. ولا يجوز للأشخاص الملزمين بواجب السرية الطبية الإفصاح عن المعلومات التي يمكنهم الحصول عليها أثناء ممارسة مهنتهم. وبالتالي، فهم ليسوا ملزمين بالإدلاء بشهادتهم.

نيبال

1. نظام الرعاية الصحية في نيبال

تكفل المادة 16 (2) من دستور نيبال المؤقت لسنة 2007 لكل مواطن الحق في الحصول على الخدمات الصحية الأساسية كحق أساسي. وتبص كذلك على أنه يتعين على الدولة توفير الخدمات الصحية الأساسية بالمجان، وهو حق يكمل بشكل مباشر أو غير مباشر بعدد من اللوائح.²⁹⁵ وتحت إشراف وزارة الصحة والسكان، تعد إدارة الخدمات الصحية مسؤولة عن إدارة خدمات الصحة العامة التي تضم تحديداً المستشفيات المركزية والإقليمية ودون الإقليمية والمحلية ومراكز الرعاية الصحية الأولية والمراكز الصحية والمستودعات الطبية والمراكز والعيادات الصحية. ويمكن لأي شخص دخول هذه المؤسسات دون إجراءات رسمية وتقديم معظمها الخدمات الصحية بالمجان. كما أن المستشفيات الخاصة والمستشفيات التي تديرها المنظمات غير الحكومية ودور التمريض وكليات الطب متاحة لأي شخص ولكنها تقاضي رسوماً أعلى.

ويسمح قانون الكوارث الطبيعية (الإغاثة) لسنة 1982 للمنظمات الإنسانية بتقديم الرعاية للجرحى والمرضى بتصريح مسبق من الحكومة (باستثناء ممثلي جمعية الصليب الأحمر النيبالي والكشافة النيبالية، الذين يعتبرون بحكم عملهم أعضاء بلجنة الإغاثة المعنية بالكوارث الطبيعية). وبموجب قانون الكوارث الطبيعية (الإغاثة)، يجوز لجمعيات الإغاثة القيام بأنشطة مثل إجلاء الأشخاص أو البضائع والسلع من مناطق الكوارث إلى مناطق آمنة وحماية الأراضي والمنزل والمصانع والمعابد والأضرحة والأماكن الدينية والأهداف المهمة الأخرى من الدمار أو اتخاذ تدابير السلامة الأخرى اللازمة لحماية حياة الأفراد والممتلكات الشخصية.

وتنص المادة 144 (6) من الدستور المؤقت على أنه في حالات النزاع المسلح أو حالات الطوارئ الأخرى، يجوز لرئيس الدولة، بناءً على توصية من حكومة نيبال (مجلس الوزراء)، «إصدار مثل هذه الأوامر عند الضرورة لتلبية مقتضيات الموقف». ويجب أن تكون الأوامر الصادرة نافذة بقوة القانون طالما أن هناك حالة طوارئ.

لقد وضعت نيبال إطاراً قانونياً وطنياً للطب الإيورفيدي (طب هندوسي تقليدي قديم). ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، «تضم سياسة الحكومة، استناداً إلى الخطط الخمسية، نظام الخدمات الصحية المتكاملة الذي يتم طبقاً له ممارسة الطب الإلوثاوي والإيورفيدي. وتعتبر عيادات الطب الإيورفيدي جزءاً من الخدمات الصحية الأساسية، وهناك قسم مسؤول عن الطب الإيورفيدي بمكتب مدير عام الخدمات الصحية. وطبقاً لبرامج الخدمات الصحية

293 القانون الاتحادي للإجراءات الجنائية، المادة 48 و49.

294 القانون الاتحادي للإجراءات الجنائية، المادة 243-43 مكرراً خامساً.

295 الفصل الخاص بالعلاج من القانون العام 1964، (Muluki Ain). قانون مكافحة مرض الجدري، 1964؛ قانون الأمراض المعدية، 1964؛ قانون المجلس الطبي في نيبال، 1964؛ قانون الأدوية، 1978؛ قانون مجلس الطب الإيورفيدي في نيبال، 1988؛ قانون مجلس البحوث الصحية في نيبال، 1991؛ قانون بدائل الرضاعة الطبيعية (الرقابة على التسويق)، 1992؛ قانون معهد ب.ب. كويرالا للعلوم الصحية، 1992؛ قانون مستشفى كويرالا التذكاري لعلاج السرطان، 1997؛ قانون الخدمات الصحية في نيبال، 1997؛ قانون مجلس متخصصي الرعاية الصحية في نيبال، 1997؛ قانون مجلس التمريض في نيبال، 1997؛ قانون زرع الأعضاء البشرية (التنظيم والحظر)، 1998؛ قانون مركز سيد غنغلال القومي للقلب، 2001؛ قانون مجلس الصيدلة في نيبال، 2001؛ قانون الأكاديمية الوطنية للعلوم الطبية، 2007؛ قانون باتان للعلوم الصحية، 2008؛ وأخيراً وليس آخراً، قانون أمن متخصصي الرعاية الصحية والمؤسسات الصحية، 2010؛ والقواعد واللوائح التي وضعت أطرها بموجب هذه القوانين. رابط القوانين المذكورة: <http://healthlinknepal.org/acts-regulations>

المدرجة في الخطة الخمسية الخامسة، تُخصّص أربعة مستشفيات للطب الايورفيدي، واحدة في كل منطقة من مناطق التنمية الأربع. وتعمل الوحدة الدوائية الحكومية للطب الايورفيدي على توفير الأدوية غير المكلفة»²⁹⁶.

2. حماية طواقم الرعاية الصحية

تتمتع طواقم الرعاية الصحية في نيبال بالحماية في حالات الطوارئ بموجب قانون حماية متخصصي الرعاية الصحية والمؤسسات الصحية لسنة 2010. وبينما لا تنص التشريعات المحلية صراحةً على حماية خاصة بطواقم الرعاية الصحية خلال النزاعات المسلحة أو حالات الطوارئ الأخرى، يجوز لطواقم الرعاية الصحية طلب مثل هذه الحماية بموجب قانون حماية متخصصي الرعاية الصحية والمؤسسات الصحية. ومع ذلك، يعد أمن الوظيفة محميًا بشكل جيد بموجب قوانين الخدمة ذات الصلة مثل قانون نيبال للخدمات الصحية لسنة 1997.

وهناك عدد من القوانين التي تحدد الأشخاص الذين تنطبق عليهم صفة طواقم الرعاية الصحية. على سبيل المثال، يحدد مجلس نيبال الطبي ومجلس التمريض الاختبارات المؤهلة للأطباء وأعضاء هيئة التمريض بموجب قانون المجلس الطبي لسنة 1964 وقانون مجلس التمريض لسنة 1996 على التوالي. وبالمثل، ينص قانون مجلس الطب الايورفيدي لسنة 1987 وقانون مجلس متخصصي الرعاية الصحية في نيبال لسنة 1997 وقانون مجلس الصيدلة في نيبال لسنة 2000 على إنشاء المجالس اللازمة لتأهيل وتنظيم المهن المعنية. وتعد تلك المجالس المُشكلة بموجب قانون مجلس نيبال الطبي لسنة 1964 وقانون مجلس التمريض لسنة 1996 وقانون مجلس الطب الايورفيدي لسنة 1987 وقانون مجلس متخصصي الرعاية الصحية في نيبال لسنة 1997 وقانون مجلس الصيدلة في نيبال لسنة 2000 هي المسؤولة عن ترخيص أنشطتهم المهنية والرقابة عليها. وبالنسبة للقطاع العام، تعد وزارة الصحة والسكان هي المسؤولة عن ترخيص ومراقبة طواقم الرعاية الصحية العاملة بموجب قانون نيبال للخدمات الصحية لسنة 1997. وتتولى وزارة الصحة والسكان تعيين هؤلاء الموظفين بناءً على توصية من لجنة الخدمة العامة.

وتقوم طواقم الرعاية الصحية بأعمال العلاج والتشخيص والوقاية من الأمراض وأي أنشطة أخرى تتعلق بالصحة. ويشير مصطلح «متخصصو الرعاية الصحية» إلى أي شخص قد حصل على الحد الأدنى من المؤهلات والتصريح أو الترخيص، والمسجل بموجب المجلس المعني بمهنته ويشترك في قطاع الرعاية الصحية. وينص الفصل المعني بالعلاج الطبي من القانون العام لسنة 1964 على المبادئ التوجيهية العامة بشأن من يستطيع تنفيذ أي نوع من العلاج الطبي. كما يحمي حقوق طواقم الرعاية الصحية وينص على مسؤوليتهم عن أي إهمال أو أفعال غير مسؤولة. وتنص المادة 12 (3) (و) من الدستور المؤقت على حماية حرية ممارسة أي مهنة ومزاولة أي عمل كحق من الحقوق الأساسية لمواطني نيبال. وتنص المادة (32) من الدستور المؤقت على ضمان معالجة انتهاكات هذا الحق.

وينص القسم (3) من قانون أمن طواقم الرعاية الصحية والمنظمات الصحية لسنة 2010 بشكل عام دون الإشارة تحديداً إلى حالات النزاع المسلح أو حالات الطوارئ الأخرى، على أنه لا يجوز لأي شخص أن يقوم بتنفيذ أو يأمر بتنفيذ أي فعل من الأفعال التالية:

- (أ) محاصرة أي موظف من موظفي الرعاية الصحية أو معاملته بخشونة أو إخضاعه لمعاملة مهينة فيما يتعلق بقضايا العلاج الطبي؛
- (ب) تدمير أو إشعال النار في أي مرفق صحي أو ارتكاب أي فعل مماثل.

وينص القسم (4) من القانون على أنه في حال ارتكاب أي شخص أو شروعه في ارتكاب أي فعل ضد موظف من موظفي الرعاية الصحية أو أي مرفق من مرافق الرعاية الصحية بالمخالفة للقسم (3)، فإنه يجوز لموظف الرعاية الصحية أو مرافق الرعاية الصحية أن يطلب من الإدارة المحلية حمايته.

ولا ينص قانون نيبال على أنه يتعين على طواقم الرعاية الصحية أن يفقدوا الحماية المكفولة لهم لمجرد القيام بواجباتهم المهنية أثناء النزاعات المسلحة أو في حالات الطوارئ الأخرى. ومع ذلك، أفيد أنه خلال النزاع المسلح الداخلي، نهت قوات الأمن الحكومية مستشفى ميتيري المحلي بشكل شفهي إلى عدم تقديم الخدمات الصحية لأعضاء (ما كانت تسمى وقتئذ) مجموعة المار المتمردة في المستقبل؛ ووفقاً لتقارير من وسائل الإعلام، تم تحذير متخصصي الرعاية الصحية العاملين في الخدمة الحكومية من توفير الأدوية والمعدات الطبية الأخرى لهم. ومع ذلك، لا توجد حالات على المستوى الوطني حيث تم التحقيق مع طواقم الرعاية الصحية بشأن توفير الرعاية الصحية للطرف الآخر في حالات النزاع المسلح أو حالات الطوارئ الأخرى.

ولتحسين مستوى حماية طواقم الرعاية الصحية أثناء النزاعات ينبغي أن يقر القانون صراحةً بالطابع الحيادي والإنساني للمهن الصحية وينص على احترام وحماية هؤلاء العاملين في جميع الأحوال أثناء أداء واجباتهم. وقبل تعديل القانون المحلي، يجب نشر الوعي عن طريق وسائل الإعلام بشأن تمتع طواقم الصحة بالحماية القانونية وتعريف السكان بالممارسات الجيدة في البلدان الأخرى في هذا المجال.

3. حماية الوحدات الطبية ووسائل النقل

من وجهة النظر الإدارية في نيبال، يجب على الوحدة حتى تصبح مؤهلة كـ «وحدة طبية» أن تحصل على السلطة القانونية والهيكل والموظفين الطبيين المؤهلين مهنيًا والمعدات، فضلًا عن مجال خدمة مستهدفة ومحددة. وعادة ما يكون كبار المتخصصين الطبيين هم المسؤولين عن ترخيص الوحدات الطبية والإشراف عليها. وأثناء حالات الطوارئ والكوارث الطبيعية، تضطلع هذه الوحدات بوظائفها تحت قيادة وإشراف وزارة الداخلية.

ولقد اعتمد مجلس الوزراء الهيكل التنظيمي للوحدات الطبية التابعة للجيش والشرطة المسلحة وشرطة نيبال. ويمكن لوزارة الصحة والسكان في حالات الكوارث وحالات الطوارئ الأخرى أن تشكل الوحدات الطبية وتقوم بنشر طواقم الرعاية الصحية من هيئة الخدمات الصحية في نيبال بموجب الدور القيادي العام لوزارة الشؤون الداخلية. وعند الضرورة، يجوز لجيش نيبال والشرطة المسلحة وشرطة نيبال أيضًا إنشاء وحدات طبية مخصصة.

ولا تعد وسائل النقل الطبية الهدف أو المبتغى لأي نظام يُنظم بشكل محدد وليس هناك أي قواعد أو مبادئ توجيهية محددة مؤهلة لأن تصبح بمثابة نظام. ولا توجد أي سلطة محددة مسؤولة عن وسائل النقل الطبية. ومع ذلك، يجوز للجيش والشرطة في نيبال ووزارة الصحة وجمعية الصليب الأحمر النيبالي القيام بتلك الوظائف في حالات الطوارئ ذات الصلة بالكوارث.

وفيما يتعلق باحترام وحماية الوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية، وبينما لم يرد تعريفها على وجه التحديد بموجب القانون، يمكن القول بأن «احترام» الوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية يعني ألا يتم إعاقتها أثناء أداء واجباتها أو وظائفها و«حمايتها» تعني توفير سبل المعالجة الفعالة في حالة الاضطرابات أو الانتهاكات. ولا يوجد نص قانوني يتعلق بنقص الحماية للوحدات الطبية ووسائل النقل الطبية.

4. حماية الجرحى والمرضى

إن دليل جيش نيبال حول قانون النزاعات المسلحة، الذي يقدم مبادئ توجيهية مرجعية لجيش نيبال، ينص على أنه يجب احترام حياة الأشخاص «العاجزين عن القتال» وأولئك الذين لا يشاركون مباشرة في الأعمال العدائية ومعنوياتهم وسلامتهم البدنية. ويجب في جميع الأحوال حمايتهم ومعاملتهم معاملة إنسانية ودون أي تمييز ضار. ويُحظر قتل أو إصابة أحد أفراد العدو المستسلم أو «العاجز عن القتال». ويجب احترام حياة المقاتلين الأسرى والمدنيين وكرامتهم وحقوقهم ومعتقداتهم الشخصية ضد جميع أعمال العنف والانتقام. ويجب أن يكون لديهم الحق في مراسلة عائلاتهم وتلقي الإغاثة.

كما ينص هذا الدليل على الالتزام بالبحث عن وجمع وإجلاء المرضى والجرحى والموتى دون أي تمييز أو تحيز. يجب أن يحصل الجرحى والمرضى، بأقصى حد ممكن، على الرعاية الطبية التي تتطلبها حالتهم، وعلى أولوية العلاج التي تحددها الأسباب الطبية فقط، ويجب حمايتهم ضد سوء المعاملة أو نهب ممتلكاتهم الشخصية. وينص قانون الكوارث الطبيعية (الإغاثة) على شرط المساعدة الخاصة للجرحى والمرضى غير أنه لم يحدد نوع المساعدة.

كما ينص الدليل نفسه على أن هذه الأحكام تنطبق على أعضاء الجيش. وعلى الرغم من أن أحكامه تعد قانونًا غير رسمي فإن هذا الدليل يقدم مبادئ توجيهية فقط ولا يوجد تشريع خاص يحدد الجهة الملزمة بعلاج وحماية الجرحى والمرضى في حالات النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى. وبصفة عامة، يحظر القانون الدولي لحقوق الإنسان التعذيب والمعاملة غير الإنسانية والمهينة والعقاب. ويحمي الدستور المؤقت كرامة الإنسان ويلغي عقوبة الإعدام ويحظر التعذيب البدني والنفسي. كما يضمن قانون التعويض عن التعذيب لسنة 1996 تعويض الضحايا. ومع ذلك، لا بد من وضع تشريعات وطنية لتنفيذ اتفاقيات جنيف بهدف تحسين الحماية القانونية للجرحى والمرضى. وتتمثل آخر التطورات في قيام المحكمة العليا في نيبال بإصدار أوامر إلى الحكومة لتقديم مشاريع قوانين إلى البرلمان بشأن هذا التنفيذ.

5. حماية الشارات المميزة

يحظر القرار التنفيذي الصادر عن وزارة الصحة والسكان الاستخدام الخادع وإساءة استخدام الشارة المميزة التي أقرتها اتفاقيات جنيف، وينص القرار على فرض غرامات وعقوبات تأديبية أخرى. ويستخدم دليل جيش نيبال حول قانون النزاعات المسلحة أيضًا في فرض إجراءات تأديبية. ومع ذلك، لا زالت التشريعات الملزمة المتعلقة بحماية الاستخدام الصحيح للشارات المميزة في طور الإعداد. ولا يحدد القانون المحلي الجهة المسؤولة عن الرقابة على واستخدام الشارات المميزة، ولكن كلا من وزارتي الدفاع والصحة تعدان مسؤولتين عن حماية الشارة.

6. آداب مهنة الطب والالتزام بالسرية

وفقًا للقسم 7-أ (1) و(2) من قانون المجلس الطبي لسنة 1964، يضطلع المجلس الطبي بمسؤولية اتخاذ إجراءات ضد الممارسين الطبيين الذين ينتهكون آداب مهنتهم وكذلك إلغاء تسجيلهم أو الترخيص لهم على النحو الذي يحدده القانون. وتنص المادة 22 من لائحة المجلس الطبي لسنة 1967 على مدونة مفصلة لقواعد السلوك وآداب المهنة للممارسين الطبيين. وتنص على وجه التحديد على أنه لا يجوز للممارسين الطبيين الإفصاح عن المعلومات السرية التي يقدمها المريض أثناء دورة العلاج إلى أي شخص إلا بأمر من المحكمة.

ملحق 2: قائمة المشاركين

الدولة	لقب الأسرة	الاسم الأول	الوظيفة	الجهة
الأرجنتين	ساندري فيونتينس	انايبلا	مستشار قانوني	وزارة الدفاع
استراليا	كوين	تود	مستشار قانوني	السفارة الكندية في هولندا
استراليا	سكيلين	جيوف	رئيس لجنة القانون الإنساني الدولي	الصليب الأحمر الاسترالي
البرازيل	فريتس دي أوليفيرا	إدواردو	سكرتير ثاني	وزارة العلاقات الخارجية
كندا	ماك جريجور	بروس	مساعد نائب المستشار العملي للعمليات	القوات المسلحة الكندية
شيلي	فيرادا واكر	لويس فالنتين	مستشار القانون الدولي	وزارة الدفاع
كولومبيا	كايسيدو تريوجيلو	أديانا	مستشار قانوني	اللجنة الدولية للصليب الأحمر - كولومبيا
كوت دي فوار	أكو	يايي أبلوي	نائب مدير إدارة التشريع	وزارة العدل
كوبا	كساريس نيبيس	دينس	سكرتير أول	وزارة العلاقات الخارجية
جمهورية الكونغو الديمقراطية	بلاندا	جيرار ماكوين ليليل	أستاذ جامعي ومحام	جامعة كينشاسا والجامعة البروتستانتية في الكونغو
مصر	شكري	دينا	أستاذ الطب الشرعي والسموم	كلية الطب - جامعة القاهرة
إيران	حسيني	أمير حسين	نائب المدير	وزارة الشؤون الخارجية الإيرانية
إيران	محمد أرغي	محمد شهاب الدين	سكرتير	الصليب الأحمر الإيراني
كينيا	نجاو كيماني	ماريان	مدير إدارة بوزارة العدل	مكتب النائب العام ووزارة العدل
ليسوتو	كيسي	تسليسو	موظف بالشؤون القانونية	وزارة الدفاع في ليسوتو
ليبيريا	كوليمان	بيتر	الرئيس	مجلس الشيوخ الليبيري
نيبال	شارما	بيش راج	سكرتير	وزارة الحقوق والعدل والجمعية التأسيسية والشؤون البرلمانية
النيجر	إبراهيم	امادو لامين	مدير إدارة التشريع والتفاوضي	وزارة الصحة العامة
النرويج	إيسلاندا	كجيتل	مستشار الوزير	البعثة النرويجية الدائمة في جنيف
النرويج	هارم	مادس	رئيس إدارة السياسات والقانون الدولي	الصليب الأحمر النرويجي
بيرو	بريسي رودري	مونتيس رودا	مدير عام	وزارة الصحة

حلقة عمل الخبراء بشأن الرعاية الصحية في خطر: الأطر المعيارية الوطنية 29-31 كانون الثاني/يناير 2014

حفاقة عمل الخبراء بشأن الرعاية الصحية في خطر: الأطر المعيارية الوطنية 29-31 كانون الثاني/يناير 2014

الدولة	لقب الأسرة	الاسم الأول	الوظيفة	الجهة
روسيا	خوليوكوف	إيفان	رئيس فرع التعاون الدولي للمديرية الطبية العسكرية الرئيسية	وزارة الدفاع بالاتحاد الروسي
السنغال	ناداي	بابا موسي	مدير مدرسة دكار العسكرية للصحة	وزارة القوات المسلحة السنغالية
صربيا	كاريك	سلافولجيب	رئيس قسم الشؤون القانونية الدولية	وزارة الخارجية الصربية
سري لانكا	أحمد	رياسا أحمد	مدير إدارة الشؤون القانونية	وزارة الصحة وعضو اللجنة الوطنية للقانون الدولي الإنساني
السويد	رودفال	صامويل	مستشار قانوني	وزارة الدفاع السويدية
فنزويلا	فلوريس ألفارادو	ليماغنو	النائب الأول	الجمعية الوطنية
اللجنة الدولية للطب العسكري	نيرينكس	بيير	نائب الأمين العام	اللجنة الدولية للطب العسكري
المجلس الدولي لأعضاء هيئة التمريض	بتون	ديفيد	المدير التنفيذي	المجلس الدولي لأعضاء هيئة التمريض
الجمعية الدولية للقانون العسكري وقانون الحرب	دي كوشيك	ليك	المساعد الإداري	الجمعية الدولية للقانون العسكري وقانون الحرب
الجمعية الدولية للقانون العسكري وقانون الحرب	فان دير فيكين	لودويغ	الأمين العام	الجمعية الدولية للقانون العسكري وقانون الحرب
جامعة جونز هوبكنز	فوتر	كاثرين	باحث مشارك	مدرسة بلومبرغ للصحة العامة بجامعة جونز هوبكنز
منظمة الصحة العالمية	كوزينكس	رودي	منسق وحدة السياسات والممارسة والتقييم	منظمة الصحة العالمية
منظمة الصحة العالمية	ماثيس	صوفي	مدير البرنامج	منظمة الصحة العالمية
الجمعية الطبية العالمية	دو	كزافييه	الرئيس المنتخب	الجمعية الطبية العالمية
الجمعية الطبية العالمية	كوليجريف-جوج	ماري	مدير إدارة الشؤون الدولية وشؤون الاتحاد الأوروبي	الجمعية الطبية العالمية
بلجيكا	دي كوك	كريستيان	رئيس قسم القانون الدولي	وزارة الدفاع البلجيكية
	دايف	جيرار	رئيس وحدة القانون الدولي الإنساني	هيئة الخدمة العامة الاتحادية لوزراء العدل البلجيكية
	جينوت	جاي	مدير عام، أمين لجنة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان	وزارة الشؤون الخارجية البلجيكية
	جيس	جيرت	رئيس الهيئة، إدارة الأزمات	هيئة الخدمة العامة الاتحادية للصحة وسلامة سلسلة الأغذية والبيئة
	جيموس	بنجامين	مستشار، عضو بلجنة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان	هيئة الخدمة العامة الاتحادية لمستشارية رئيس الوزراء
	جولدمان	أليكسيس	مستشار قانوني، عضو بلجنة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان	وزارة الشؤون الخارجية البلجيكية
	يانسن	أليكس	متراب	هيئة الخدمة العامة الاتحادية للشؤون الخارجية

حافزة عمل الخبراء بشأن الرعاية الصحية في خطر: الأطر المعيارية الوطنية 29-31 كانون الثاني/يناير 2014

الدولة	لقب الأسرة	الاسم الأول	الوظيفة	الجهة
	ماسكيلين	ليزيت	معلق، عضو بلجنة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان	هيئة الخدمة العامة الاتحادية لمستشارية رئيس الوزراء
	رينتزر	باسكال	عضو بلجنة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان	هيئة الخدمة العامة الاتحادية للداخلية
	فان أوست	نادين	مساعدة	هيئة الخدمة العامة الاتحادية للشؤون الخارجية
	فاندرميرش	داميان	رئيس	اللجنة البلجيكية بين الوزارات المعنية بالقانون الدولي الإنساني
الصليب الأحمر البلجيكي	جوريس	كريستيل	نائب الرئيس الوطني	
	كروفر	ادوارد	نائب الرئيس الوطني	
	براينبت	توماس	متدرب في مجال القانون الدولي الإنساني	
	سينزار	فريدريك	مستشار قانوني بالقانون الدولي الإنساني	
	دي جريف	لورا	مستشار قانوني	
	هوست	تور	الأمين العام	
اللجنة الأوروبية	جوريجيها	كريستالينا	رئيس المفوضية	المفوضية الأوروبية- المديرية العامة للمساعدات الإنسانية بالاتحاد الأوروبي
	ليماسون	انطوان	نائب رئيس الوحدة	المفوضية الأوروبية- المديرية العامة للمساعدات الإنسانية بالاتحاد الأوروبي
	لينسو	ماريا	مسؤول السياسات	المفوضية الأوروبية- المديرية العامة للمساعدات الإنسانية بالاتحاد الأوروبي
	شاروك	ديفيد	المحدث باسم رئيس المفوضية	المفوضية الأوروبية- المديرية العامة للمساعدات الإنسانية بالاتحاد الأوروبي
اللجنة الدولية للصليب الأحمر	مورير	بيتر	الرئيس	
	نيلون	فرانسوا	رئيس الوفد	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، بروكسل
	أبراكسين	بيتر	نائب رئيس الوفد	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، بروكسل
	بوفير	أنطوان	مستشار قانوني	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، دائرة الخدمات الاستشارية للقانون الدولي الإنساني
	برانجر	ألكسندر	مستشار قانوني	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الشعبة القانونية
	كاتين	سيلين	مساعد رئيس الوفد	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، بروكسل
	دي جونج	لورا	مساعد قانوني	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، بروكسل
	إيشايا سوافين	بروس	مستشار طبي لمشروع الرعاية الصحية في خطر	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، مكتب مدير العمليات
	جانتييل	بيتر	رئيس مشروع الرعاية الصحية في خطر	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، مكتب مدير العمليات

حلقة عمل الخبراء بشأن الرعاية الصحية في خطر: الأطر المعيارية الوطنية 29-31 كانون الثاني/يناير 2014				
الدولة	لقب الأسرة	الاسم الأول	الوظيفة	الجهة
	جبرار	جينيفيف	مستشار مشروع الرعاية الصحية في خطر	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، دائرة الخدمات الاستشارية المعنية بالقانون الدولي الإنساني.
	كولانوسكي	ستيفان	مستشار قانوني أول	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، بروكسل
	لاير	صوفي	متدربة بإدارة الاتصال	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، بروكسل
	لوج	آن-كاثرين	موظفة إدارية	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، بروكسل
	ملنشيغا	أولجا	موظفة مسؤولة عن التسويق، منسق حملة مشروع الرعاية الصحية في خطر	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، بروكسل، وحدة التسويق الاجتماعي.
	بيلايني	فرانسوا	رئيس الوحدة، رئيس الشعبة	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، دائرة الخدمات الاستشارية المعنية بالقانون الدولي الإنساني.
	سنشور	توماس	مسؤول الاتصال	اللجنة الدولية للصليب الأحمر، إدارة تنفيذ وتعزيز القانون
	فاندراسيش	ماريا تيريزا		اللجنة الدولية للصليب الأحمر، بروكسل
	يوفيت	فرانسوا		
	بوتيكو	ماريا رابيس		
	جيمينيز			
	لاورس	نادين		
	شهيداي شوبين	ناناز		
	فان سيمائز	بول		

ملحق 3: برنامج حلقة العمل

مشروع الرعاية الصحية في خطر

«الأطر المعيارية الوطنية لحماية عملية توفير الرعاية الصحية»

حلقة عمل الخبراء الخاصة باللجان الوطنية للقانون الدولي الإنساني وموظفي الخدمة المدنية

بروكسل

29-31 كانون الثاني/يناير 2014

البرنامج

الأربعاء 29 كانون الثاني/يناير

تسجيل المشاركين

8.45 – 9.15

جلسة تمهيدية

كلمات استهلاكية: السيد/ ديديه ريندرز، نائب رئيس الوزراء ووزير الشؤون الخارجية؛ السيد/ بيتر مورير، رئيس اللجنة الدولية للصليب الأحمر؛ السيدة/ كريستيل يوريس، نائب رئيس الصليب الأحمر البلجيكي

كلمة السيدة/ كريستالينا جورجيفا، المفوضة الأوروبية للتعاون الدولي والمساعدات الإنسانية والاستجابة للأزمات

9.15 – 10.45

عرض مشروع الرعاية الصحية في خطر
السيد/ بيير جنتيل، رئيس المشروع، اللجنة الدولية للصليب الأحمر

عرض حلقة العمل (الأهداف والإطار والمنهجية)
السيد/ أنطوان بوفيه، المستشار القانوني، اللجنة الدولية للصليب الأحمر

استراحة القهوة

10.45 – 11.15

عرض الدراسات القطرية

بلجيكا: السيد/ جيرت جيس
كولومبيا: السيدة/ أدريانا كايسيدو تروجيللو
كينيا: السيدة/ ماريان ناجو-كيماي
نيبال: السيد/ بريش راج شارما

11.15 – 12.15

استراحة الغداء

12.15 – 13.15

مقدمة للجلسة الأولى: كيفية جعل الحماية القانونية للجرحى والمرضى والطواقم الطبية ومرافق الرعاية الصحية ووسائل النقل الطبية أكثر فعالية ملاحظات تمهيدية: السيد/ الكسندر براتجر، المستشار القانوني، اللجنة الدولية للصليب الأحمر.

هدف الجلسة:

– تقديم نظرة عامة عن حماية الجرحى والمرضى والطواقم الطبية ووحدات الرعاية الطبية ووسائل النقل الطبية بموجب التشريعات الوطنية وفتح النقاش حول كيفية جعل هذه الحماية أكثر فعالية.

13.30 – 13.15

الوثائق المرجعية:

– وثيقة المعلومات الأساسية
– صحيفة الوقائع الخاصة بدائرة الخدمات الاستشارية التابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر: «احترام وحماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وفي الحالات التي لا يغطيها القانون الدولي الإنساني»

مجموعات العمل

هدف الجلسة:

– تقسيم المشاركين إلى أربع مجموعات. وستبدأ كل مجموعة المناقشة حول كيفية جعل حماية الجرحى والطواقم الطبية ووحدات الرعاية الطبية ووسائل النقل الطبية أكثر فعالية من خلال الإجابة على الأسئلة التالية: (تحدد الأسئلة في وثيقة منفصلة)

15.15 – 13.30

استراحة القهوة

15.45 – 15.15

الجلسة العامة: عرض نتائج مجموعات عمل الجلسة الأولى

16.15 – 15.45

مقدمة للجلسة الثانية: طرق تحسين عملية الاستخدام السليم من الناحية القانونية للشارات المميزة وذلك بموجب اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية، والعلامات المميزة الأخرى التي تستخدمها البعثة الطبية ملاحظات تمهيدية: السيد/ أنطوان بوفيه، المستشار القانوني، اللجنة الدولية للصليب الأحمر

هدف الجلسة:

– تقديم نظرة عامة عن حماية الجرحى والمرضى والطواقم الطبية ووحدات الرعاية الطبية ووسائل النقل الطبية بموجب التشريعات الوطنية وفتح النقاش حول كيفية جعل هذه الحماية أكثر فعالية.

16.30 – 16.15

الوثائق المرجعية:

– وثيقة المعلومات الأساسية
– صحيفة الوقائع الخاصة بدائرة الخدمات الاستشارية التابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر: «احترام وحماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وفي الحالات التي لا يغطيها القانون الدولي الإنساني»

مجموعات العمل

هدف الجلسة:

– تقسيم المشاركين إلى أربع مجموعات. وستبدأ كل مجموعة المناقشة حول كيفية جعل حماية الجرحى والطواقم الطبية ووحدات الرعاية الطبية ووسائل النقل الطبية أكثر فعالية من خلال الإجابة على الأسئلة التالية: (تحدد الأسئلة في وثيقة منفصلة)

18.00 – 16.30

العشاء / كوكتيل

18.45

الخميس 30 كانون الثاني / يناير

9.00 – 10.00	جلسة عامة: عرض نتائج مجموعات عمل الجلسة الثانية
10.00 – 10.30	مقدمة للجلسة الثالثة: كيفية الحماية القانونية لآداب مهنة الطب والالتزام بالسرية في حالات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى؟ ملاحظات تمهيدية: د. كزافييه دو، الرئيس المنتخب، الجمعية الطبية العالمية هدف الجلسة: - تقديم نظرة عامة عن آداب مهنة الطب والالتزام بالسرية أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى
10.30 – 11.00	استراحة القهوة
11.00 – 12.30	مجموعات العمل هدف الجلسة: - تقسيم المشاركين إلى أربع مجموعات. وستبدأ كل مجموعة المناقشة حول آداب مهنة الطب والتزام السرية أثناء النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى، من خلال الإجابة على الأسئلة التالية: (تحدد الأسئلة في وثيقة منفصلة)
12.30 – 13.30	استراحة الغداء
13.30 – 14.15	جلسة عامة: عرض نتائج مجموعات عمل الجلسة الثالثة
14.15 – 14.30	مقدمة للجلسة الرابعة: طرق القمع الفعال والمعاقبة على انتهاكات القانون فيما يتعلق بالرعاية الصحية ملاحظات تمهيدية: السيدة/ كريستينا بيلانديني، رئيس دائرة الخدمات الاستشارية المعنية بالقانون الدولي الإنساني، اللجنة الدولية للصليب الأحمر هدف الجلسة: - تقديم نظرة عامة عن القمع الجنائي والمعاقبة على الانتهاكات المرتكبة ضد الجرحى والمرضى والطواقم الطبية ووحدات الرعاية الطبية ووسائل النقل الطبية الوثائق المرجعية: - وثيقة المعلومات الأساسية - صحيفة الوقائع الخاصة بدائرة الخدمات الاستشارية التابعة للجنة الدولية للصليب الأحمر: «احترام وحماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة وفي الحالات التي لا يغطيها القانون الدولي الإنساني»
14.30 – 16.00	مجموعات العمل هدف الجلسة: - تقسيم المشاركين إلى أربع مجموعات. وستبدأ كل مجموعة المناقشة حول القمع وفرض عقوبات بشأن الانتهاكات المرتكبة خلال النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الأخرى من خلال الإجابة على الأسئلة التالية: (تحدد الأسئلة في وثيقة منفصلة)
16.00 – 16.30	استراحة القهوة
16.30 – 17.30	جلسة عامة: عرض نتائج مجموعات عمل الجلسة الرابعة

الجمعة 31 كانون الثاني / يناير

عرض للنتائج والتوصيات بواسطة الرئيسين المشاركين	9.00 – 9.45
مناقشة النتائج والتوصيات	9.45 – 10.30
استراحة القهوة	10.30 – 11.00
مناقشة نوع «الأداة» التي يوصي بها الخبراء	11.00 – 11.45
متابعة حلقة العمل: السيد/ بيير جنتيل، رئيس المشروع	11.45 – 12.15
ملاحظات ختامية بواسطة الرئيسين المشاركين	12.15 – 12.45

رئاسة حلقة العمل

يرأس حلقة العمل بشكل متشارك كل من:

السيد/ فرانسو سينشود، رئيس شعبة الدمج وتعزيز القانون، اللجنة الدولية للصليب الأحمر
السيد/ بنيامين جيوس، مستشار بمستشارية رئيس الوزراء ورئيس مجموعة العمل بشأن حماية الممتلكات الثقافية والاتصال، اللجنة البلجيكية المشتركة بين الوزارات للقانون الإنساني
وسيرأس مجموعات العمل كل من:

السيد/ بيير جنتيل للمجموعة الناطقة بالفرنسية
السيدة/ كريستينا بيلانديني للمجموعة الناطقة بالإسبانية
السيد/ الكسندر براتجر للمجموعة الأولى الناطقة باللغة الإنجليزية
السيد/ ستيفان كولانوفسكي، المستشار القانوني، وفد اللجنة الدولية للصليب الأحمر ببروكسل، للمجموعة الثانية الناطقة باللغة الإنجليزية

المهمة

اللجنة الدولية للصليب الأحمر منظمة محايدة ومستقلة وغير متحيزة، لها مهمة إنسانية خالصة تتمثل في حماية حياة وكرامة ضحايا النزاع المسلح وحالات العنف الأخرى وتقديم المساعدة لهم.

وتسعى اللجنة الدولية جاهدة أيضًا إلى درء المعاناة عن البشر بنشر أحكام القانون الدولي الإنساني والمبادئ الإنسانية العالمية وتعزيزها. أنشئت اللجنة الدولية في عام 1863 وقد انبثقت عنها اتفاقيات جنيف والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. وهي توجّه وتنسق الأنشطة الدولية التي تنفذها الحركة أثناء النزاعات المسلحة وحالات العنف الأخرى.

ويحمي القانون الدولي شارتي الصليب الأحمر والهلال الأحمر وهما شارتان لا تنطويان على أي مضمون ديني.

