



ICRC

في إطار المبادرة العالمية لتجديد الالتزام السياسي بالقانون الدولي الإنساني (المبادرة العالمية بشأن القانون الدولي الإنساني)، تدعوكم اللجنة الدولية للصليب الأحمر (اللجنة الدولية) ونيجيرو وباكستان وإسبانيا وأوروغواي بكل ودٍ إلى المشاركة في:

مسار العمل 5:

المشاورات الأولى مع الدول بشأن المستشفيات: تحقيق حماية مجدية في النزاعات المسلحة

الأربعاء، 28 أيار/مايو 2025

12:00–9:00 و 17:00–13:00 (التوقيت العالمي المنسق +2)

النسق: مشاورة عبر الإنترنت/اجتماع حضوري

وفقاً لنظام ترصد الهجمات على الرعاية الصحية التابع لمنظمة الصحة العالمية، تعرّض أكثر من 2000 مرفق طبي لأضرار أو دُمر أو عُرقلت خدماته الطبية في الفترة بين كانون الثاني/يناير 2023 ونيسان/أبريل 2025. وارتبط العديد من هذه الحالات بالنزاعات المسلحة. ويشير ذلك إلى أنه كثيراً ما تتعرض المستشفيات للهجوم، أو يُساء استخدامها لأغراض عسكرية، أو تتعرض لتدخل عسكري آخر في وظائفها الطبية، بدلاً من التمتع بحماية خاصة. وتكون العواقب الإنسانية مأساوية في معظم الأحيان، إذ لا تشمل فقط وفاة المرضى وأفراد عائلاتهم وأفراد الخدمات الطبية، بل أيضاً إلحاق الضرر بالمستشفيات نفسها وتدميرها، مما يشل قدرتها على العمل في وقت تشتد فيه الاحتياجات الطبية، ويعطل الخدمات الطبية المقدمة إلى السكان المحليين على المدى الطويل.

وتشكل حماية الجرحى والمرضى أحد المبادئ الأساسية للقانون الدولي الإنساني منذ اعتماد اتفاقيات جنيف عام 1864. وبفضل ذلك، والدور المنقذ للحياة الذي تؤديه المستشفيات والمرافق الطبية الأخرى، تتمتع هذه المرافق بحماية خاصة بموجب القانون الدولي الإنساني تتجاوز الحماية العامة التي تتمتع بها الأعيان المدنية. ويعني ذلك أنه يجب احترام المستشفيات وحمايتها في جميع الظروف: يجب السماح لها بتقديم الخدمات الطبية دون التدخل في عملها، ويجب حمايتها من الهجمات، ويجب على أطراف النزاع المسلح اتخاذ تدابير فعالة لتيسير عملها.

وبما أن هذه الحماية ليست مطلقة، فقد وُضعت قواعد القانون الدولي الإنساني لضمان أقصى حماية ممكنة للخدمات الطبية. ويعني ذلك أن أي فقدان للحماية بالنسبة إلى المستشفيات أو المرافق الطبية الأخرى، مع الأخذ في الاعتبار الضرورة العسكرية، لا يمكن أن يحدث إلا في حالات استثنائية نادرة، ويجب على أطراف النزاع المسلح بذل قصارى جهدها للحفاظ على الوظائف الطبية للمرافق.

ولا يمكن أن تفقد المستشفيات الحماية الخاصة التي تتمتع بها إلا إذا استوفيت مجموعة من الشروط مجتمعة. أولاً، لا تُوقف الحماية إلا إذا استخدم مرفق طبي لارتكاب عمل ضار بالعدو، يخرج عن نطاق مهمته الإنسانية؛ وثانياً، يُوجه إنذار تحدد فيه مهلة زمنية معقولة لوقف هذه الأعمال، ولا تُوقف الحماية إلا بعد أن يبقى هذا الإنذار بلا استجابة. وإضافة إلى هذه الشروط الصارمة، فبموجب القانون الدولي الإنساني، لا يؤدي فقدان الحماية الخاصة إلى تحويل المرفق الطبي تلقائياً إلى هدف عسكري. وفي الواقع، حتى عند استيفاء شروط فقدان المستشفى للحماية الخاصة بموجب القانون الدولي الإنساني، يظل الطرف المهاجم ملزماً بضمان الامتثال لقواعد سير الأعمال العدائية، بدءاً بمبدأ التمييز. ولذلك، إذا استنتج طرف في نزاع مسلح أن العدو يستخدم المستشفى لارتكاب أعمال تضر به، فيجب عليه مع ذلك تحديد ما إذا كان

المستشفى يستوفي معيار الهدف العسكري ذي الجانبين. ولا يُنظر في اتخاذ قرار الرد العسكري المتطرف على فقدان الحماية الخاصة إلا بعد توجيه الطرف إنذاراً بلا استجابة. وحتى في هذه الحالة، يجب احترام مبدأي التناسب والاحتياطات.

ومن التحديات الراهنة في تطبيق قواعد حماية المستشفيات في الممارسة العملية أن القانون الدولي الإنساني لا يعرف "الأعمال الضارة بالعدو" أو عواقب هذه الأعمال. وتُحدّد اتفاقيات جنيف بعض الأعمال التي تقرّ صراحةً بأنها لا تلحق الضرر بالعدو، مثل حمل أسلحة خفيفة أو استخدامهما بشكل شخصي بغية الدفاع عن النفس أو عن الجرحى والمرضى؛ واستخدام أفراد مسلحين لحراسة مرفق طبي؛ أو وجود مقاتلين مرضى أو جرحى في مرفق طبي كفوا عن المشاركة في الأعمال العدائية. وفي المقابل، تشمل الأعمال التي تعتبرها الدول ضارة بالعدو استخدام المستشفى باعتباره: قاعدة لشن هجوم؛ أو نقطة مراقبة؛ أو مستودع أسلحة؛ أو مركز قيادة وسيطرة؛ أو مأوى للمقاتلين الأصحاء. وفي الممارسة العملية، يوجد اتجاه مثير للقلق فيما يتعلق باعتبار مجموعة واسعة من الأعمال بأنها ضارة بالعدو. ويكمن تحدّي إضافي في صعوبة التحقق من مزاعم صادرة عن أطراف النزاع المسلح بأن المستشفيات تُستخدم من قبل عدوها لارتكاب أعمال تلحق الضرر بها. ونادراً ما تُرفق مثل هذه المزاعم بمعلومات عن كيفية تحديد وجود عمل ضار بالعدو، والإجراءات المتبعة لتحديد عواقب هذه الأعمال. ويسفر ذلك في الواقع عن وضع خطير يصبح فيه الاستثناء هو القاعدة، مما يفرض على تآكل الحماية الخاصة الممنوحة للمستشفيات.

ويتعلق التحدي العملي الثاني بمسألة الإنذار الواجب توجيهه قبل توقف الحماية الخاصة. فرغم صرامة الالتزام بإصدار مثل هذا الإنذار، ليس من الواضح حالياً ما إذا كانت أطراف النزاع المسلح توجّهه بصورة منتظمة، وكيف تطبق هذه القاعدة عند توجيهه. وعلى سبيل المثال، لا توجد معلومات كافية عما إذا كانت الإنذارات تستوفي شرط التحديد وكيفية استيفائها له، وكيفية تكييف أطراف النزاع المسلح لشكل هذه الإنذارات لضمان إمكانية الحصول عليها، والمعايير التي تحدد الوقت وانقضاء المهلة الممنوحة لوقف الأعمال الضارة بالعدو. ومن المستصوب جداً زيادة الوضوح بشأن التطبيق العملي لهذا الشرط، ومعرفة ما هو ضروري لتمكين هذه الإنذارات من تحقيق غرضها.

ومن التحديات العملية الأخرى أن أطراف النزاع المسلح كثيراً ما تتخذ إجراءات عسكرية رداً على فقدان المستشفى للحماية الخاصة دون اتخاذ خطوات كافية للتحقق مما إذا كان المستشفى قد تحوّل إلى هدف عسكري. وحتى بعد فقدان مرفق طبي للحماية الخاصة، لا يتحوّل إلى هدف مشروع إلا إذا استوفى تعريف الهدف العسكري ذي الجانبين.

وأخيراً، ثمّة تحدّي آخر يتمثل في الطريقة التي ينبغي بها تفسير قواعد التناسب والاحتياطات عندما يصبح المستشفى عرضة لهجوم. فنظراً إلى وظائف المستشفيات المنقذة للحياة، ووجود عدد كبير من الأشخاص المحميين، بمن فيهم الجرحى والمرضى وأفراد الخدمات الطبية وغيرهم من المدنيين، من المرجح أن يكون الضرر العرضي المباشر للهجوم على مستشفى عالياً جداً. وإضافة إلى ذلك، يجب أن تُوضع الآثار الارتدادية المتوقعة للهجوم في الاعتبار، بما في ذلك فقدان المستشفى لوظائفه الحيوية وعدم قدرته على العمل، عند تقييم التناسب. ومع ذلك، ليس من الواضح اليوم كيف تُقيّم الأطراف المتحاربة هذه العناصر عند مقارنة الضرر المدني العرضي المتوقع بالميزة العسكرية الملموسة والمباشرة المتوقعة من الهجوم. ومن غير الواضح كذلك طبيعة التدابير التي تتخذها الأطراف للتقليل إلى أدنى حدّ من الضرر الذي يلحق بالمرضى وأفراد الخدمات الطبية والمعدات، بما يتماشى مع الالتزام باتخاذ جميع الاحتياطات المستطاعة في الهجوم.

وتُسلّط هذه التحديات مجتمعة الضوء على العديد من التساؤلات التي لا تزال مطروحة اليوم عما هو مطلوب في الممارسة العملية للائتمثال للحماية الخاصة الممنوحة للمستشفيات وأفراد الخدمات الطبية، والوفاء بالالتزام الشامل بجمع الجرحى والمرضى ورعايتهم. وتهدف هذه المشاورة الأولى مع الدول إلى تسليط الضوء على الحلول والتوصيات العملية التي من شأنها أن تسهم في سد الفجوة المثيرة للقلق بين القانون والواقع المرير المتمثل في الضرر والدمار اللذين يلحقان بالخدمات الطبية.

الهدف

نظراً إلى الشواغل القانونية والإنسانية الموضحة أعلاه فيما يتعلق بحماية المستشفيات، ستتاح للدول المشاركة فرصة:

- الإحاطة علماً بالمسائل التي تُوقشت خلال حلقة عمل الخبراء التي عُقدت يومي 26 و27 أيار/مايو 2025، وإبداء الآراء بشأنها.
- تحديد التدابير اللازمة لتحسين احترام وتنفيذ معايير القانون الدولي الإنساني القائمة التي تكفل الحماية للمرافق الطبية.
- بناء فهم مشترك للمفاهيم الرئيسية، مثل الأعمال الضارة بالعدو التي تؤدي إلى فقدان الحماية الخاصة؛ والإنذارات؛ والعلاقة بين الأعمال الضارة بالعدو ومفهوم "الهدف العسكري".
- فهم كيفية تفسير قواعد التناسب والاحتياطات في حال أصبح مستشفى عرضة للهجوم، وذلك للحد من الضرر الواقع، وتمكين الأطراف المتحاربة من مواصلة الوفاء بالتزاماتها بجمع الجرحى والمرضى ورعايتهم.

الخطوتان التاليتان

- ستُعرض نتائج المشاورة مع الدول في التقرير المرحلي العام للمبادرة العالمية بشأن القانون الدولي الإنساني، المقرر نشره في أيلول/سبتمبر 2025.
- ستُجري هذه المشاورة المناقشات خلال الجولة التالية من المشاورات مع الدول وحلقة عمل الخبراء.

المواصفات المطلوبة في المشاركين

- يُرحَّب بمشاركة جميع الدول وتسجيلها لممثلين اثنين كحد أقصى، يكونان على دراية جيدة بالقانون الدولي الإنساني ومسألة حماية المرافق الطبية. وهناك تفضيل قوي لمشاركة المستشارين القانونيين من وزارات الخارجية والدفاع والصحة من العواصم.
- يُرجى التسجيل في موعد أقصاه 12 أيار/مايو 2025 عبر الرابط التالي: <https://forms.office.com/e/XTGWwZiQn9>.

طرائق العمل

- ستكون اللغات العربية والصينية والإنكليزية والفرنسية والروسية والإسبانية هي لغات العمل، مع توفير الترجمة الفورية.
- سيُلخّص مضمون المشاورات في التقرير المرحلي الذي سيُنشر في أيلول/سبتمبر. وستُسجّل المناقشات لتيسير إعداد التقرير، ولكن لن يُتاح هذا التسجيل للاطلاع العام، ولن ينسب التقرير أي ملاحظات إلى المشاركين.
- سيُحافظ على طابع المناقشات الشامل والبناء وغير المسيّس والموجّه نحو إيجاد الحلول طوال فترة المشاورة.
- في حين يُشجّع المشاركون على الإشارة إلى الممارسات الوطنية لدولهم خلال المشاورات، يُرجى منهم الامتناع عن مناقشة سياقات محدّدة أو ممارسات دول أخرى.
- لعلّ الدول تودّ أن تمنع النظر في الأسئلة التوجيهية الواردة أدناه عند إعداد نقاط المناقشة.

الأسئلة التوجيهية

تُقدّم الأسئلة التوجيهية التالية لتحديد إطار المناقشات خلال المشاورات مع الدول. ويُرجى العلم بأنه عُمّمت قائمة مماثلة من الأسئلة كجزء من حلقة عمل الخبراء. ويُرحَّب بأن تشارك الدول آراءها بشأن هذه الأسئلة خلال المشاورة؛ ويمكن للدول، إن رغبت، أن تشارك خلال المشاورة ملاحظات وممارسات ذات طابع أعم بشأن حماية المستشفيات في النزاعات المسلحة. وفي الوقت ذاته، نشجّع جميع الدول على مشاركة ردّ خطي يتضمن المزيد من الأفكار بشأن هذه الأسئلة بحلول نهاية حزيران/يونيو 2025 عبر البريد الإلكتروني التالي: gva_ihl_initiative_mailbox@icrc.org. وستُنشر هذه البيانات على الموقع الإلكتروني للجنة الدولية، ما لم يُطلب الحفاظ على السرية صراحة.

ولتيسر الإحالة، يحتوي ملحق هذه الوثيقة على الإطار القانوني بموجب القانون الدولي الإنساني بشأن حماية الجرحى والمرضى، وكذلك بشأن حماية أفراد الخدمات الطبية والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي واستخدام الشارات المميزة.

أولاً: إساءة استخدام المرافق الطبية بما يؤدي إلى فقدان الحماية الخاصة

(أ) الأعمال الضارة بالعدو

بموجب القانون الدولي الإنساني، تتوقف الحماية الخاصة الممنوحة للمرفق الطبي إذا استخدم لارتكاب أعمال ضارة بالعدو، تخرج عن نطاق مهمته الإنسانية، وبعد توجيه الطرف الخصم إنذاراً تحدد فيه مهلة زمنية معقولة لوقف هذه الأعمال ثم يبقى هذا الإنذار بلا استجابة.

- ما هي المؤشرات الواقعية ذات الصلة باستنتاج أن مرفقاً طبيّاً قد استخدم، أو يجري استخدامه، لارتكاب أعمال ضارة بالعدو تخرج عن نطاق مهمته الإنسانية؟
- هل توجد أمثلة مستمدة من الممارسات العسكرية القائمة على تجنب استخدام المرافق الطبية لأغراض عسكرية؟
- كيف يمكن للتواصل أو التنسيق بين الأفراد المسؤولين عن المرافق الصحية وأطراف النزاع أن يساعد في معالجة حالات إساءة استخدام المرافق الطبية لأغراض عسكرية، وما هو الشكل الذي يمكن أن يتخذه هذا التنسيق في الممارسة العملية؟
- كيف يمكن التأكد من أن مقدمي الرعاية الصحية على دراية بما قد يؤدي إلى فقدان الحماية الخاصة؟

(ب) شرط الإنذار

- من يوجه إليه الإنذار، وكيف يمكن التأكد من وصول الإنذار إلى الموجه إليه؟
- ما هي العوامل التي يتعين مراعاتها عند تحديد مهلة زمنية معقولة للإنذار؟
- كيف يمكن للجهة المصدرة للإنذار التأكد من الاستجابة للإنذار، وضمان أن يُخصّص المرفق الطبية للأغراض الطبية حصراً من الآن فصاعداً؟

ثانياً: العلاقة بين الأعمال الضارة بالعدو ومفهوم "الهدف العسكري"

- ما هي العوامل ذات الصلة باستنتاج ما إذا كان مرفق طبي - فقد الحماية الخاصة لاستخدامه في ارتكاب أعمال ضارة بالعدو ولم يتوقف عن هذه الأعمال بعد توجيه الإنذار - يستوفي أيضاً تعريف الهدف العسكري بموجب المادة 52(2) من البروتوكول الإضافي الأول؟ (1) يجب أن يسهم المرفق الطبي، في ظل الظروف السائدة حينذاك، مساهمة فعالة في العمل العسكري؛ (2) ويجب أن يحقق تدميره أو الاستلاء عليه أو تعطيله ميزة عسكرية أكيدة.
- في مثل هذه الظروف، هل يُعتبر مبنى المستشفى ككل هدفاً عسكرياً أم يقتصر ذلك على الجزء من المستشفى المستخدم لارتكاب أعمال ضارة بالعدو؟ وما هي العوامل التي تؤثر على هذا التقييم والقرار؟
- ما هي التدابير التي يمكن اتخاذها، دون تدمير المرفق الطبي، مثل الاستيلاء عليه أو السيطرة عليه، لإنهاء الاستخدام العسكري للمرفق مع الحفاظ على مهمته الطبية؟ وهل توجد ظروف معينة في العمليات العسكرية من شأنها أن تفضي إلى اتخاذ مثل هذه التدابير، وبالتالي تحقيق هذين الهدفين؟

ثالثاً: عندما تصبح المرافق الطبية عرضة للهجوم أو تكون عرضة لضرر عرضي

(أ) تفسير قاعدة التناسب

- عندما يفقد مرفق طبي حمايته الخاصة ويصبح عرضة للهجوم، ما نوع الأثر - المباشر وغير المباشر - الذي يُؤخذ في الاعتبار عند تقييم التناسب؟
- كيف يختلف تقييم التناسب في حالة المرافق الطبية عن حالة الأعيان المدنية الأخرى التي تصبح عرضة للهجوم؟
- لكي يقرّر القائد الامتناع عن شنّ هجوم أو إلغائه أو تعليقه، كيف يجب تقييم عناصر تقييم التناسب - أي الضرر المدني العرضي المتوقع والآثار الارتدادية للهجوم - مقابل الميزة العسكرية الملموسة والمباشرة المتوقعة؟

(ب) تفسير قاعدة الاحتياطات

- عند التخطيط للعمليات العسكرية، ما هي الخطوات التي يمكن اتخاذها لتجنب الآثار غير المباشرة على تقديم الرعاية الصحية، والسعي في كل الأحوال إلى التقليل منها إلى أدنى حد، مثل انقطاع الكهرباء وإمدادات المياه وطرق الوصول للمرضى ومقدمي الرعاية الصحية وتقديم الإمدادات الطبية؟
- هل توجد وسائل وأساليب هجوم معينة (مثل الغارات الجوية أو استخدام الأسلحة المتفجرة الثقيلة) ينبغي تجنبها في الهجمات على المستشفيات امتثالاً للالتزام باتخاذ جميع الاحتياطات المستطاعة، بما في ذلك اختيار وسائل وأساليب الحرب، لتجنب الضرر المدني العرضي أو التقليل منه إلى أدنى حد؟ وما هي الأمثلة على الاعتبارات العسكرية والإنسانية التي قد تقيد اختيار الأسلحة؟
- ما هي النهج التي يمكن من خلالها إدارة عملية إجلاء أفراد الخدمات الطبية والمرضى على أفضل وجه (بمن فيهم المرضى الخاضعين لعمليات جراحية، والمرضى في العناية المركزة، والمرضى الذين يواجهون مخاطر محدّدة أو لديهم احتياجات محدّدة) من أجل ضمان استمرار تقديم الرعاية الصحية؟

جدول الأعمال

28 أيار/مايو 2025

الوقت	بند جدول الأعمال	الجهات التي تقود المناقشة
9:00-9:15	استراحة القهوة	
9:15-9:30	كلمة الترحيب	اللجنة الدولية
9:30-12:00	إساءة استخدام المرافق الطبية بما يؤدي إلى فقدان الحماية الخاصة - الأعمال الضارة بالعدو - شرط الإنذار	عرض تقديمي من اللجنة الدولية والخبراء إسهامات الدول من الحضور
12:00-13:00	وجبة الغداء	
13:00-15:00	فقدان الحماية الخاصة - الأعمال الضارة بالعدو ومفهوم "الهدف العسكري"	
15:00-15:15	استراحة القهوة/الشاي	
15:15-17:00	عندما تصبح المستشفيات عرضة للهجوم أو تكون عرضة لضرر عرضي تفسير قاعدة التناسب والاحتياطات	عرض تقديمي من اللجنة الدولية والخبراء إسهامات الدول من الحضور
17:00	الكلمة الختامية	

سيُقدّم لاحقاً أسماء المتحدثين في كلمة الترحيب والعروض التقديمية والكلمة الختامية.

الملحق

يوضح هذا القسم الإطار القانوني بموجب القانون الدولي الإنساني بشأن حماية الجرحى والمرضى، وحماية أفراد الخدمات الطبية والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي، واستخدام الشارات المميزة.

الجرحى والمرضى

الهجوم أو إلحاق الضرر أو القتل

يجب احترام الجرحى والمرضى في جميع الأحوال؛ ويُحظر بشدة أي اعتداء على حياتهم أو استعمال العنف معهم (المادة 12 من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمادة 12 من اتفاقية جنيف الثانية؛ والمادة 16 من اتفاقية جنيف الرابعة؛ والمادة 10 من البروتوكول الإضافي الأول؛ والمادة 7 من البروتوكول الإضافي الثاني).

ويشكل قتلهم عمداً أو إحداث آلام شديدة أو الإضرار الخطير بالسلامة البدنية أو بالصحة جرائم حرب، باعتبارها انتهاكات جسيمة لاتفاقيات جنيف (المادة 50 من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمادة 51 من اتفاقية جنيف الثانية).

وفي ظروف معينة، قد يشكل الحرمان من الرعاية الطبية معاملة قاسية أو لاإنسانية، أو اعتداءً على الكرامة الإنسانية، وبوجه خاص المعاملة المهينة للإنسان والمحنة من قدره، أو حتى تعذيباً، إذا ما استوفيت المعايير اللازمة.

البحث والجمع

تتخذ أطراف النزاع المسلح جميع التدابير الممكنة للبحث عن الجرحى والمرضى وجمعهم دون إبطاء. وكلما سمحت الظروف، تتخذ الأطراف ترتيبات لإجلاء الجرحى والمرضى أو تبادلهم (المادة 15 من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمادة 18 من اتفاقية جنيف الثانية؛ والمادة 8 من البروتوكول الإضافي الثاني؛ والقاعدة 109 من دراسة اللجنة الدولية عن القانون الدولي الإنساني العربي (دراسة القانون الدولي الإنساني العربي)؛ وانظروا أيضاً المادة 17 من البروتوكول الإضافي الأول، بشأن دور السكان المدنيين وجمعيات الغوث فيما يتعلق بالجرحى والمرضى والغرقى).

الحماية والرعاية

تحمي جميع أطراف النزاع المسلح الجرحى والمرضى من السلب وسوء المعاملة. وتكفل أيضاً تقديم الرعاية الطبية المناسبة لهم بالقدر المستطاع، وبالسرية الممكنة. (المادة 15 من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمادة 18 من اتفاقية جنيف الثانية؛ والمادة 16 من اتفاقية جنيف الرابعة؛ والمادتان 7 و8 من البروتوكول الإضافي الثاني؛ والقاعدة 111 من دراسة القانون الدولي الإنساني العربي).

المعاملة دون أي تمييز

يجب معاملة الجرحى والمرضى دون أي تمييز. والتمييز الوحيد بينهم ينبغي أن يكون مبنياً على أساس حالتهم الطبية فقط. (المادة 12 من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمادة 12 من اتفاقية جنيف الثانية؛ والمادة 7(2) من البروتوكول الإضافي الثاني؛ والقاعدة 110 من دراسة القانون الدولي الإنساني العربي).

أفراد الخدمات الطبية

الحماية والاحترام

يجب دائماً احترام وحماية أفراد الخدمات الطبية المكلفين بأداء واجبات/مهام طبية، ما لم يرتكبوا أعمالاً ضارة بالعدو، تخرج عن نطاق مهمتهم الإنسانية. (المادة 24 من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمادة 15 من البروتوكول الإضافي الأول؛ والقاعدة 28 من دراسة القانون الدولي الإنساني العربي).

لا يفقد أفراد الخدمات الطبية الحماية المكفولة لهم عندما يحملون أسلحة ويستخدمونها للدفاع عن أنفسهم أو لحماية الجرحى والمرضى الموكولين بهم (المادة 22(1) من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمادة 35(1) من اتفاقية جنيف الثانية؛ والمادة 13(2)(أ) من البروتوكول الإضافي الأول). ويظل الجرحى والمرضى الذين هم تحت رعاية أفراد الخدمات الطبية يتمتعون بالحماية حتى وإن فقد هؤلاء الأفراد الحماية الممنوحة لهم.

تقديم الرعاية

لا يجوز لأطراف النزاع المسلح إعاقه تقديم الرعاية بمنع مرور أفراد الخدمات الطبية. ويتعين على الأطراف تيسير الوصول إلى الجرحى والمرضى، وتوفير المساعدة والحماية اللازمين لأفراد الخدمات الطبية. (المادة 15 من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمادة 18 من اتفاقية جنيف الثانية؛ والمادة 17 من اتفاقية جنيف الرابعة؛ والمادة 15(4) من البروتوكول الإضافي الأول).

المتخصصون في الرعاية الصحية

الرعاية غير المتحيّزة

لا يجوز توقيع العقاب على أي متخصص في الرعاية الصحية لقيامه بأنشطة تتفق مع شرف المهنة الطبية، مثل تقديم الرعاية غير المتحيّزة (المادة 16(1) من البروتوكول الإضافي الأول؛ والمادة 10(1) من البروتوكول الإضافي الثاني؛ وانظروا أيضاً المادة 18 من اتفاقية جنيف الأولى، بشأن دور السكان؛ والقاعدة 26 من دراسة القانون الدولي الإنساني العربي).

الوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي

الوحدات الطبية

يجب في جميع الأحوال احترام وحماية الوحدات الطبية، كالمستشفيات والمرافق الأخرى المنظمة والمخصصة حصرياً لأغراض طبية. ولا يجوز الهجوم على الوحدات الطبية أو تقييد الوصول إليها.

ويجب على الأطراف في أي نزاع مسلح اتخاذ تدابير لحماية الوحدات الطبية من الهجمات، مثل التأكد من عدم وقوعها في مناطق مجاورة لأهداف عسكرية. (المادة 19 من اتفاقية جنيف الأولى، والمادة 22 من اتفاقية جنيف الثانية؛ والمادة 18 من اتفاقية جنيف الرابعة، والمادة 12 من البروتوكول الإضافي الأول؛ والمادة 11 من البروتوكول الإضافي الثاني؛ والقاعدة 28 من دراسة القانون الدولي الإنساني العربي).

وتفقد الوحدات الطبية الحماية الواجبة لها إذا استخدمت لارتكاب أعمال ضارة بالعدو تخرج عن نطاق مهمتها الإنسانية، من قبيل إيواء مقاتلين أصحاء أو تخزين أسلحة. غير أنه لا يجوز وقف هذه الحماية إلا بعد توجيه إنذار مناسب تحدّد فيه مهلة زمنية معقولة دون أن يلتفت إليه. (المادتان 21 و22 من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمادة 13 من البروتوكول الإضافي الأول؛ والمادة 11 من البروتوكول الإضافي الثاني؛ والقاعدة 28 من دراسة القانون الدولي الإنساني العربي).

وسائل النقل الطبي

يجب احترام وحماية أية وسيلة نقل مخصصة حصراً لنقل الجرحى والمرضى، وأفراد الخدمات الطبية، و/أو المعدات أو الإمدادات الطبية، شأنها شأن الوحدات الطبية. وإذا وقعت وسائل النقل الطبي في قبضة الطرف الخصم، تقع على هذا الطرف مسؤولية ضمان رعاية الجرحى والمرضى الموجودين فيها. (المادة 35 من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمادتان 38 و39 من اتفاقية جنيف الثانية؛ والمواد 21-31 من البروتوكول الإضافي الأول؛ والمادة 11 من البروتوكول الإضافي الثاني؛ والقاعدتان 29 و109 من دراسة القانون الدولي الإنساني العربي).

الغدر

إن أطراف النزاع المسلح التي تستخدم الوحدات الطبية أو وسائل النقل الطبي بقصد دفع الأطراف المعادية إلى الاعتقاد بأنها تتمتع بالحماية، في حين أنها تستخدمها لشنّ هجمات أو للقيام بأعمال أخرى ضارة بالعدو، ترتكب بذلك أفعال غدر. وتشكل أفعال الغدر هذه جريمة

حرب إذا تسببت بموت أو إصابة أفراد ينتمون إلى طرف عدو (المادتان 37 و85(3)(و) من البروتوكول الإضافي الأول؛ والقاعدة 65 من دراسة القانون الدولي الإنساني العربي).

استخدام الشارات المميزة

حين تُستخدم شارات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والكريستالة الحمراء للحماية، تكون العلامات المرئية للحماية التي تمنحها اتفاقيات جنيف وبروتوكولاتها الإضافية لأفراد الخدمات الطبية وللوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي. ومع ذلك، لا تمنح أي شارة في حد ذاتها هذه الحماية؛ إذ ما يشكل العناصر المكونة للحماية هي حقيقة أن الأشخاص أو الأعيان يستوفون الشروط اللازمة التي تؤهلهم ليكونوا أفراد خدمات طبية وأحياناً طبية وحقيقة أنهم يضطلعون بوظائف طبية (المادة 38 من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمادة 41 من اتفاقية جنيف الثانية؛ والمادة 8(ل) من البروتوكول الإضافي الأول؛ والمادة 12 من البروتوكول الإضافي الثاني؛ والبروتوكول الإضافي الثالث؛ والقاعدة 30 من دراسة القانون الدولي الإنساني العربي).

وأثناء النزاعات المسلحة، يشمل مستخدمو شارة الحماية المعتمدون أفراد الخدمات الطبية والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي العسكرية؛ وأفراد الخدمات الطبية والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي التابعة للجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر المعترف بها من قبل الدول والمرخص لها بمساعدة الخدمات الطبية للقوات المسلحة؛ والوحدات الطبية المدنية المعتمدة من قبل الدول والمرخص لها بعرض الشارة؛ وأفراد الخدمات الطبية في الأراضي المحتلة. وضماناً لتأمين أفضل حماية ممكنة، يجب أن تكون الشارة المستخدمة للحماية كبيرة بالحجم الكافي لضمان رؤيتها، بحيث يتمكن الخصم من التعرف على الوحدات الطبية من مسافة بعيدة في ساحة المعركة. ويجوز أيضاً للوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي استخدام علامات مميزة (مثل الإشارات الضوئية واللاسلكية) (المواد 39-44 من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمادتان 42 و43 من اتفاقية جنيف الثانية؛ والمواد 39-44 من البروتوكول الإضافي الأول؛ والمادة 12 من البروتوكول الإضافي الثاني).

وحين تُستخدم الشارة للدلالة، فإنها تدل على رابط بين الشخص أو العين الذي يحملها وبين مؤسسة من مؤسسات الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. وفي هذه الحالة، ينبغي أن تكون العلامة صغيرة نسبياً (المادة 44 من اتفاقية جنيف الأولى).

ويشكل الهجوم على المباني والمعدات والوحدات الطبية ووسائل النقل الطبي أو الأفراد الذين يحملون الشارات المميزة جريمة حرب.

إساءة استخدام الشارة

يُعتبر أي استخدام للشارة غير الاستخدام المنصوص عليه في القانون الدولي الإنساني بمثابة سوء استخدام (المادة 53 من اتفاقية جنيف الأولى؛ والمواد 37 و38 و85 من البروتوكول الإضافي الأول؛ والمادة 12 من البروتوكول الإضافي الثاني؛ والقاعدة 59 من دراسة القانون الدولي الإنساني العربي).