

نوفمبر 2024

# تحت مرمى النيران

## حماية الصحة في النزاعات المسلحة

ماريا جيفارا  
صالحية أحسن  
توم باشفورد  
سليم سلامة  
ألطف موساني

ريتشارد برينان  
إسبيرانزا مارتينيز  
ليونارد روبنشتاين  
هيو جيونغ كيم  
مها العاكوم  
سلطانة أفضل

# المحتويات

تمهيد	1
ملخص تنفيذي	2
القسم 1. المقدمة	3
القسم 2. الاتجاهات في النزاعات العالمية	5
القسم 3. حماية تقديم الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة	16
القسم 4. توصيات لتحسين حماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة	25
القسم 5. الخاتمة	28
المختصرات	29
شكر وعرهان	30
المراجع	32

شهدت السنوات الثلاث الماضية زيادة مثيرة للقلق في تواتر الهجمات على الرعاية الصحية ودمجها وتأثيرها. ففي السودان، وغزة، ولبنان، ارتبطت النزاعات المتصاعدة بتزايد الهجمات على الرعاية الصحية، في حين أن العنف المستمر في ميانمار، وأوكرانيا، وهاتي زاد من إمكانية التعرض للخطر من أجل الحصول على الخدمات الطبية. وقد شهدت منطقة الساحل أيضًا مخاطر كبيرة على المرافق الصحية، والنقل، وحصول المرضى على الرعاية الصحية.

إنَّ الفئات الأشدَّ ضعفًا في مجتمعاتنا هي الأكثر اعتمادًا على الخدمات والبرامج الصحية مثل: الأطفال، والنساء الحوامل، والمصابين بأمراض مزمنة، وكبار السن، والمعاقين. والهجمات على الرعاية الصحية هي في الحقيقة هجمات على الفئات الأشدَّ ضعفًا. ففي النزاعات، عندما تشتدَّ الاحتياجات الصحية في كثير من الأحيان، تترجم الهجمات على الصحة المجتمعات من الحصول على الخدمات الأساسية والمنقذة للحياة في الوقت الذي تكون فيه في أمس الحاجة إليها.

ومن المثير للقلق البالغ أنَّ النُّظم المصمَّمة لحماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة لا تؤدي دورها على أفضل وجه كما يتضح من آلاف الهجمات الموثقة على الرعاية الصحية. كما يكون هناك تحدُّ لمبادئ التناسب والحيطة والتمييز أو يجري إعادة تفسيرها أو تجاهلها بالكامل. وغالبًا ما تعجز الآليات التي وضعها العاملون بمؤسسات الصحة المحلية لحماية المرافق الصحية وسيارات الإسعاف وغيرها من الأصول عن مواجهة قوة نيران الأطراف المتحاربة. كل ذلك يؤدي في أغلب الأحيان إلى حرمان الأفراد من حق الرعاية الصحية - وهو أحد حقوق الإنسان الأساسية الأكثر أهمية.

وتقتضي معالجة هذه الحقائق استجابةً جريئةً وموحدةً. ولا مناص من أن تتخذ وكالات الأمم المتحدة والحكومات والمجتمع المدني، بالتعاون مع مجتمع الرعاية الصحية، موقفًا أكثر حزمًا ضد الهجمات التي تستهدف الخدمات الصحية استهدافًا مباشرًا أو تؤثر عليها. ولا بد من اتخاذ خطوات قوية لتعزيز القانون الدولي الإنساني واحترامه، وإنهاء الإفلات من العقاب على نطاق واسع، وتعزيز حماية الرعاية الصحية في البرامج الصحية والإنسانية.

ويقدِّم هذا التقرير توصيات سياساتية وتشغيلية قابلة للتنفيذ لحماية الصحة في سياق النزاعات المسلحة. ويتطلب التصدي للعنف ضد العاملين في مجال الصحة والمرضى والبنية التحتية على نحو عاجل نهجًا عالميًا جديدًا وعقليةً جماعيةً معادًا تعريفها.



**الدكتور أرون دارزي**

مدير معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية، ورئيس قسم بول هملين للجراحة في إمبريال كوليدج لندن؛ رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش"



**د. ريتشارد برينان**

مدير الطوارئ الإقليمي  
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط  
منظمة الصحة العالمية

## ملخص تنفيذي

ينص القانون الدولي الإنساني على واجب حماية الرعاية الصحية في حالات النزاع، وقد سُئ من خلال المبادئ الإنسانية مثل: التمييز بين المدنيين والمقاتلين، ومفهوم الضرورة، وتناسب الضرر الذي يلحق بالمدنيين مع الميزة العسكرية، والحياد، والإنسانية. وتضمنت هذه المبادئ حماية العاملين في المجال الطبي، والمرافق، ووسائل النقل الطبي، وتوفير الرعاية دون تمييز.

وعلى الرغم من هذه الحماية القانونية، فإنَّ ثمة زيادة مقلقة في الهجمات على الرعاية الصحية؛ وهو ما يمثل انتهاكات جسيمة لحقوق الإنسان، والقانون الدولي الإنساني. فكثيرًا ما تتعرض المستشفيات والعيادات وسيارات الإسعاف للقصف، أو النهب، أو لإعاقة تقديم الخدمات الطبية الأساسية على نحو كبير. ويتعرض العاملون في مجال الرعاية الصحية أيضًا للاعتداءات ويُمنعون من تقديم الرعاية وأحيانًا يُقتلون. وتؤدي هذه الاعتداءات إلى تعطيل الخدمات الصحية الحيوية على نحو خطير؛ مما يستتبع حرمان الفئات السكانية الضعيفة من الرعاية الأساسية، مع ما يترتب على ذلك من آثار كارثية على الصحة العامة، والعاملين في مجال الصحة، ومرافق الرعاية الصحية.

والسؤال المحوري الذي يسعى هذا التقرير إلى تناوله هو كيف يمكننا إعادة ضبط التوازن وإعادة تأكيد مسار الطريق إلى الأمام لدعم مبادئ القانون الدولي الإنساني الأساسية، والضغط لاتخاذ إجراءات كبرى لإنهاء الإفلات من العقاب، وتعزيز الدعم السياسي لإنشاء هيكل تضمن حماية النظم الصحيّة والمدنيين في أثناء الحرب.

### وتشمل التحديات الرئيسية التي تُتناول بالنقاش ما يلي:

1. الاتجاهات في النزاعات العالمية بما يسلط الضوء على حجم الهجمات وطبيعتها وتأثيرها في صحة السكان.
2. آليات الحماية لتقديم الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة التي تحدّد الأطر القانونية القائمة والمسائلة وسياق القانون الدولي الإنساني.
3. تعزيز الصمود والتأهب من خلال بناء القدرات، واستكشاف التدابير الوقائية من خلال التصميم التكيفي. والانخراط بقدر أكبر من الفعالية مع القوات المسلحة، والجهات الفاعلة غير الحكومية، وتعزيز مشاركة المجتمع المحلي و تثقيفه بقدر أكبر، والتحديات التي يطرحها عدم جمع البيانات بكيفية موحدة.

ولا توجد جهة فاعلة، أو حكومة، أو منظمة واحدة، يمكنها بمفردها التغلب على هذه التحديات الجسام. ونتيجة لذلك؛ يقدم هذا التقرير سلسلة من التوصيات ذات الأولوية ويوجهها إلى مجموعة كاملة من أصحاب المصلحة الذين تتوفر لديهم القدرة على منع الهجمات على الصحة والتخفيف من حدتها. وتعتمد هذه التوصيات على الأمل المتجدد في كون وكالات الأمم المتحدة، ومجموعات المجتمع المدني والحكومات بدأت تتحدث على نحو متزايد وبقوة كبرى ضد انتهاكات القانون الدولي الإنساني التي تحدث في النزاعات في شتى بقاع العالم. ويجب أن نستفيد من الزخم الذي أوجده هذا الأمر، وأن نمضي مُدْمًا بالخطوات الموضحة في التقرير لإجبار المجتمع المدني، والحكومات، ووكالات الأمم المتحدة على العمل الآن لإنهاء معاناة الملايين من الناس في شتى بقاع العالم.

## القسم 1. المقدمة

تتزايد الهجمات على الرعاية الصحية في سياق النزاعات المسلحة على مستوى العالم، مع ما يترتب عليها من آثار مدمرة.<sup>1</sup> وربما تمثل هذه الهجمات انتهاكات جسيمة للقانون الدولي الإنساني وجرائم حرب. ولربما أيضًا تتطور إلى انتهاكات خطيرة وجسيمة لحقوق الإنسان للعاملين في المجال الصحي والمرضى؛ مما يؤثر سلبيًا في الحق في الحياة والصحة والحرية.<sup>2</sup>

ويؤكد دستور منظمة الصحة العالمية على الحق في الصحة؛ إذ تنص ديباجته على أن «التمتع بأعلى معايير الصحة التي يمكن بلوغها هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العنصر، أو الدين، أو العقيدة السياسية، أو الحالة الاقتصادية، أو الاجتماعية».<sup>3</sup> وتؤثر الهجمات على الرعاية الصحية في تحقيق هذا الحق الأساسي والعالمية على المستوى الفردي، وعلى مستوى السكان على نطاق أوسع، وتعيقه، وتحول دون التمتع به. ويحدّد العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الذي وقعته وصادق عليه 164 بلدًا، الحق في الحصول على الرعاية الصحية بإنصاف،<sup>4</sup> لكن هذا الحق يصبح عُرضة للخطر أو التدهور في أثناء الهجمات على الرعاية الصحية. وتعجز تدابير الحماية القانونية الملزمة الحالية عن ردع الهجمات التي تستهدف البنية التحتية للرعاية الصحية ونظمها والعاملين فيها.

وتُزهِق الأرواح من خلال الهجمات وعواقبها. وتسبب الهجمات على الرعاية الصحية إصابات وخسائر في الأرواح بكيفية مباشرة في أوساط المرضى والعاملين في المجال الصحي وغيرهم. وحينما يتعرض مرفق رعاية صحية، أو وسيلة نقل/إسعاف، أو النظام الصحي لهجوم، تصبح القدرة على تقديم التدخلات الفورية والمنقذة للحياة عُرضة للخطر؛ مما ينعكس على معدلات الاعتلال والوفيات في أوساط المصابين في الهجوم. وتؤثر الهجمات على الرعاية الصحية في تقديم الرعاية للمصابين بأمراض حادة ومزمنة (مثل الأمراض المعدية وغير المعدية، والحوامل، وحديثي الولادة، والأطفال) لا تتعلق بالإصابات الناجمة عن الهجمات على الرعاية الصحية. ويؤدي ذلك إلى نتائج صحية سيئة كان من الممكن تجنبها إلى حد كبير.

ويمكن أن تُحول الهجمات على الرعاية الصحية دون حصول السكان على الرعاية. ثم إن الحد من توفر قوة عاملة قابلة للاستمرار سيقول من فرص حصول المرضى على الرعاية. ويمكن أن يحدث ذلك من خلال الضربات المستهدفة لمرافق الرعاية الصحية، أو الأضرار الجانبية، أو قتل العاملين الصحيين، أو إصابتهم، أو إعاقة وصولهم إلى العمل، أو تعريضهم للاختطاف، أو الاحتجاز، أو سحب ترخيص مزاوله المهنة كنوع من العقاب لهم.

وتعتمد هذه الورقة تعريف منظمة الصحة العالمية «للهجوم على الرعاية الصحية»، وهو كالتالي: «أي عمل من أعمال العنف اللفظي، أو الجسدي، أو العرقلة، أو التهديد بالعنف يعرقل توفر الخدمات الصحية العلاجية و/أو الوقائية، أو الوصول إليها وتقديمها في حالات الطوارئ».<sup>5</sup> وتشمل أنواع الهجمات نطاقًا واسعًا ولا تقتصر على الهجمات التي تؤدي إلى ضرر جسدي أو مادي (انظر الجدول 1). ويندرج إطار هذه الورقة في سياق النزاعات المسلحة، حيث تم الوصول إلى عتبة النزاع المسلح، سواء أكان دوليًا أم غير دولي؛ وفقًا لاتفاقيات جنيف والبروتوكولين الإضافيين. ومع أن هذه الورقة تقر بأن الهجمات على الرعاية الصحية تحدث في ظروف غير النزاعات المسلحة، مثل فترات الاضطرابات الأهلية، فإن التركيز سينصب على النزاعات المسلحة.

فإن لم تُتخذ التدابير اللازمة، هناك خطر أن تصبح الهجمات على الرعاية الصحية معيارًا جديدًا لتصرف الأطراف في النزاع، ومنها الجيوش الحكومية والجماعات المسلحة غير الحكومية.

## الجدول 1. أنواع الهجمات

الإعاقات تقديم الرعاية الصحية (على سبيل المثال، جسديًا أو إداريًا أو قانونيًا)	الاختطاف
العنف النفسي/التهديد بالعنف/التخويف	التفتيش المسلح، أو العنف لموظفي الرعاية الصحية، أو المرافق أو وسائل النقل
إبعاد موظفي الرعاية الصحية أو المرضى	الاعتقال
إطلاق النار	الاعتداء
الاعتداء الجنسي	العوامل الكيميائية
العنف باستخدام الأسلحة الثقيلة	الاحتجاز
العنف باستخدام الأسلحة الفردية	عسكرة مرفق الرعاية الصحية المدني

المصدر: نظام ترصد الهجمات على مرافق الرعاية الصحية التابع لمنظمة الصحة العالمية<sup>6</sup>

والهدفان اللذان يرمي إليهما هذا التقرير هما وصف حجم الهجمات على الرعاية الصحية المرتبطة بالنزاعات على الصحة العامة اليوم ونطاقها وتأثيرها، واقتراح تدابير عملية لحماية الصحة أثناء النزاعات. ويقدم القسم 2 لمحة موجزة إلى الاتجاهات الحالية في النزاعات العالمية. ثم يبحث في حجم الهجمات على الرعاية الصحية المرتبطة بالنزاعات وطبيعتها واتجاهاتها وتأثيرها في تقديم الخدمات الصحية. ويبين القسم 3 آليات الحماية القائمة للرعاية الصحية في النزاعات المسلحة ويشرحها، ويقدم لمحة عامة إلى الأطر والمعايير القانونية. كما تُعرض خيارات لتعميم حماية الرعاية الصحية في البرامج الصحية والإنسانية، فضلًا عن نهج توسيع نطاق المناصرة والدبلوماسية. ويعرض القسم 4 التوصيات الرئيسية المتعلقة بسياسات الوقاية والتخفيف والمساءلة التي ينبغي النظر فيها. أما القسم 5 فيوجز استنتاجات التقرير.

## القسم 2. الاتجاهات في النزاعات العالمية

يعرّف القانون الدولي الإنساني النزاع المسلح بطريقتين: النزاع المسلح الدولي والنزاع المسلح غير الدولي. فأما النزاع المسلح الدولي فيحدث عندما «تلتجأ دولة واحدة أو أكثر إلى استخدام القوة المسلحة ضد دولة أخرى، بغض النظر عن أسباب هذه المواجهة أو شدتها»،<sup>7</sup> وأما النزاع المسلح غير الدولي فهو «مواجهات مسلحة طويلة الأمد تحدث بين القوات المسلحة الحكومية وقوات جماعة مسلحة واحدة أو أكثر، أو بين هذه الجماعات الناشئة على أراضي دولة ما. ويجب أن تصل المواجهة المسلحة إلى الحد الأدنى من الشدة، ويجب أن تظهر الأطراف المشاركة في النزاع حدًا أدنى من التنظيم».<sup>8</sup>

**سجل عام 2024 أكثر من 120 نزاعًا مسلحًا في جميع أنحاء العالم، وشملت هذه النزاعات أكثر من 60 دولة و120 جماعة مسلحة غير حكومية.**



وبموجب هذا التعريف، تشير اللجنة الدولية للصليب الأحمر إلى وجود اتجاه لتزايد النزاعات على مستوى العالم. فبحلول سنة 2024، كان هناك «أكثر من 120 نزاعًا مسلحًا حول العالم، تشمل أكثر من 60 دولة و120 جماعة مسلحة غير حكومية. ومنذ سنة 2000، تضاعف عدد النزاعات المسلحة غير الدولية ثلاثة أضعاف، ليصل إلى 100 نزاع في جميع أنحاء العالم».<sup>9</sup>

وللنزاعات تأثير كبير على المدنيين. ففي سنة 2023، قدّر مشروع بيانات مواقع النزاعات المسلحة وأحداثها (أكليد) أن 14% من سكان العالم يعيشون على مسافة 5 كيلومترات من النزاعات العنيفة.<sup>10</sup> وقد أسفرت النزاعات المسلحة غير الدولية عن معظم العنف الموجه ضد المدنيين، الذين يمثلون ما يصل إلى 90% من ضحايا الحروب.<sup>11</sup>

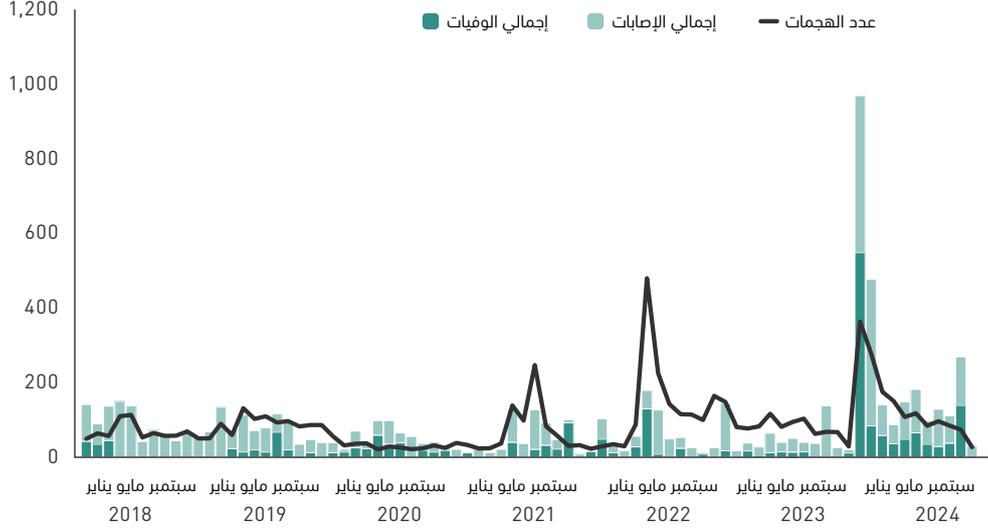
وللنزاعات المسلحة آثار طويلة الأمد، ومن غير المرجح أن تحقق البلدان المتضررة أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة.<sup>12</sup> ولا تنشأ النزاعات المسلحة من فراغ، بل غالبًا ما تتكون في ظروف هشاشة الدولة، والتخلف المزمن، والتدهور الاقتصادي، والحرمان من الحقوق. وتتقاطع هذه النزاعات أيضًا مع أزمات أخرى، مثل: أزمة المناخ، والأوبئة (كما رأينا أخيرًا) وغيرها من حالات تفشي الأمراض. وهذا يؤدي إلى تأثير أوسع على صحة الناس وزيادة العبء على نظام الرعاية الصحية.

### 1.2 حجم الهجمات على الرعاية الصحية وطبيعتها وتوزيعها

لفهم حجم الهجمات على الرعاية الصحية ونطاقها، لا بدّ من جمع البيانات في بيئات متعددة. وفي السنوات الأخيرة، جمعت جهات فاعلة مختلفة مجموعات بيانات بالاستعانة بمنهجيات وأهداف متنوعة، مثل: قاعدة البيانات الأمنية للعاملين في مجال تقديم المعونة، ومنظمة أطباء بلا حدود، واللجنة الدولية للصليب الأحمر، ومنظمة أطباء من أجل حقوق الإنسان، ومنظمة Insecurity Insight، ومنظمة السلامة الدولية للمنظمات غير الحكومية، وآلية الحد الأدنى للإبلاغ عن الانتهاكات الجسيمة المرتكبة ضد الأطفال في أوقات النزاع المسلح، ومبادرات الرصد على الصعيد القطري. وعلى الرغم من اختلاف النُهج؛ فإنّ جميع قواعد البيانات تسلط الضوء على بعض المواضيع المشتركة حول حجم الانتهاكات الجسيمة المرتكبة ضد الأطفال في أوقات النزاع المسلح وطبيعتها. وفي هذا القسم، تُستخدم البيانات المستقاة من نظام ترصد الهجمات على مرافق الرعاية الصحية التابع لمنظمة الصحة العالمية باعتباره مرجعًا رئيسيًا لوصف هذه المواضيع، مع استكمالها بمصادر إضافية.

ومنذ سنة 2018، وثقت منظمة الصحة العالمية أكثر من 7,000 حادثة هجوم على الرعاية الصحية. وقد ارتبطت هذه الهجمات بخسائر في الأرواح لأكثر من 2,200 من العاملين الصحيين والمرضى وأكثر من 4,600 شخص أصيبوا بجروح في 21 بلدًا وإقليمًا من البلدان والأقاليم التي أبلغت عن حالات طوارئ إنسانية معقدة (انظر الشكل 1 أدناه). وانطوت معظم الحوادث على استخدام الأسلحة الثقيلة (أكثر من 2,800 حادثة)، يليها استخدام الأسلحة الفردية (أكثر من 2,020 حادثة)، وعرقلة تقديم الرعاية الصحية (أكثر من 1,600 حادثة). وتعرض أكثر من 400 عامل في المجال الصحي للاختطاف، وأكثر من 650 عاملًا للاعتقال؛ مما فاقم صعوبات تقديم الخدمات الصحية.<sup>13</sup>

### عدد الهجمات على الرعاية الصحية، وما يرتبط بها من وفيات وإصابات، من يناير 2018 إلى يوليو 2024

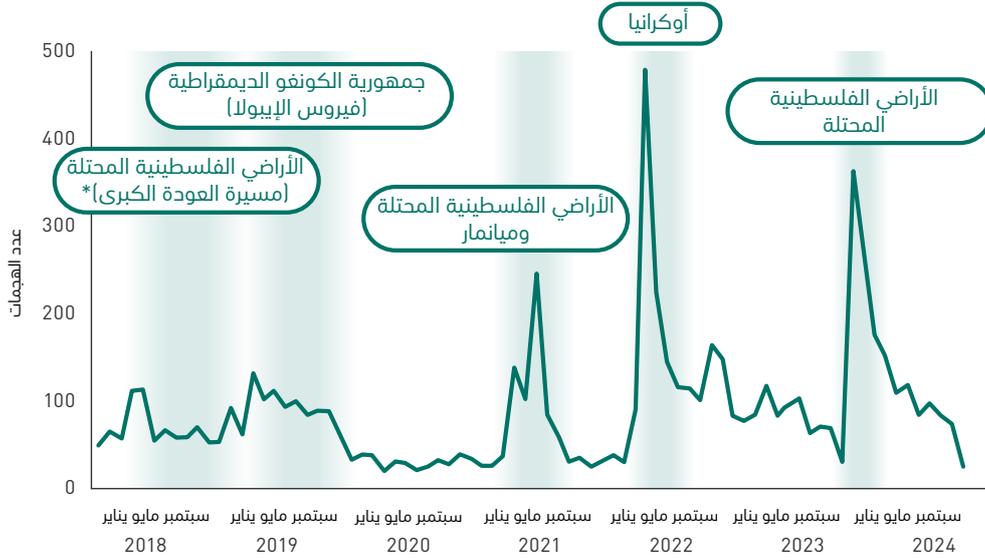


المصدر: نظام ترصد الهجمات على مرافق الرعاية الصحية التابع لمنظمة الصحة العالمية<sup>14</sup>

ويجمع نظام ترصد الهجمات على مرافق الرعاية الصحية البيانات من البلدان التي تعاني من حالات طوارئ إنسانية معقدة.<sup>15</sup> ولا تُمثل جميع هذه البلدان في نظام ترصد الهجمات على مرافق الرعاية الصحية. ويُعزى ذلك إلى الصعوبات التي تعترض الوصول، والتحديات في التحقق من الحوادث، والإحجام عن المشاركة في هذه العملية، والحساسيات السياسية الأخرى التي تعيق جمع البيانات والتحقق منها. وتدعم قواعد بيانات أخرى الصورة القاتمة التي رسمتها منظمة أطباء بلا حدود في أماكن أخرى. فوفقًا لها، من بين 106 مرافق صحية زارتها المنظمة في منطقة تيغراي في إثيوبيا، بين ديسمبر 2020 ومارس 2021، «تعرض ما يقرب من 70% منها للنهب وتضرر أكثر من 30% منها؛ بينما كانت 13% منها فقط تعمل بكيفية طبيعية».<sup>16</sup>

ومنذ إنشاء نظام ترصد الهجمات على مرافق الرعاية الصحية في سنة 2018، لم يكن ثمة اتجاه ثابت في عدد الهجمات. لكن ثمة نمط واضح يُظهر أنه عندما تبدأ النزاعات و/أو تشتدّ حدتها، تزداد الهجمات على الرعاية الصحية (انظر الشكل 2 أدناه)؛ إذ وقعت أكثر الهجمات خلال السنوات الأخيرة بين سنتي 2022 و2024، وهي مرتبطة بالحرب في أوكرانيا وغزة. وهذا يرسم صورة مقلقة للهجمات على الرعاية الصحية باعتبارها «القاعدة» في حالات النزاع، مع تجاهل صارخ لحرمة الرعاية الصحية. ومع ذلك؛ ما إن تستقرّ الأوضاع، فإن بعض البلدان تتوقف عن الإبلاغ عن أي هجمات على الرعاية الصحية على الإطلاق (مثل: العراق، وليبيا).<sup>17</sup>

## الاتجاهات في عدد الهجمات على الرعاية الصحية والمرتبطة بالنزاعات الأخيرة، من يناير 2018 إلى يوليو 2024



المصدر: نظام ترصد الهجمات على مرافق الرعاية الصحية التابع لمنظمة الصحة العالمية<sup>18</sup>

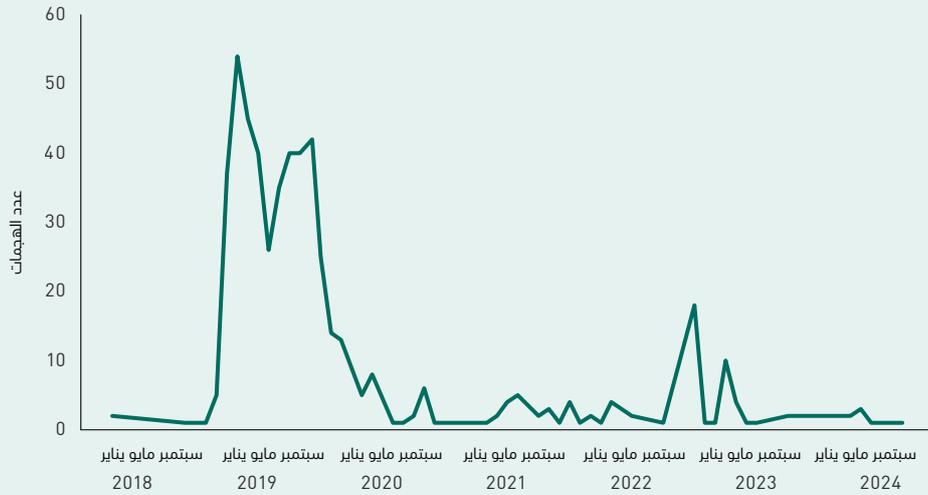
وتتجسد الاختلافات السياقية أيضًا في أنواع الهجمات المبلغ عنها من كل بيئة. فعلى سبيل المثال، في الجمهورية العربية السورية، سجلت التقارير التي تشير إلى العنف باستخدام الأسلحة الثقيلة - التي استأثرت بأكثر عدد من الهجمات في سنة 2018 (87% من جميع الحوادث) - تراجعًا كبيرًا في سنة 2022 (11%). وفي سنة 2023، مع وقوع حالات نزاع متفرقة، ارتفع هذا العدد مرة أخرى (50%).

### دراسة الحالة رقم 1: الهجمات على الصحة في جمهورية الكونغو الديمقراطية

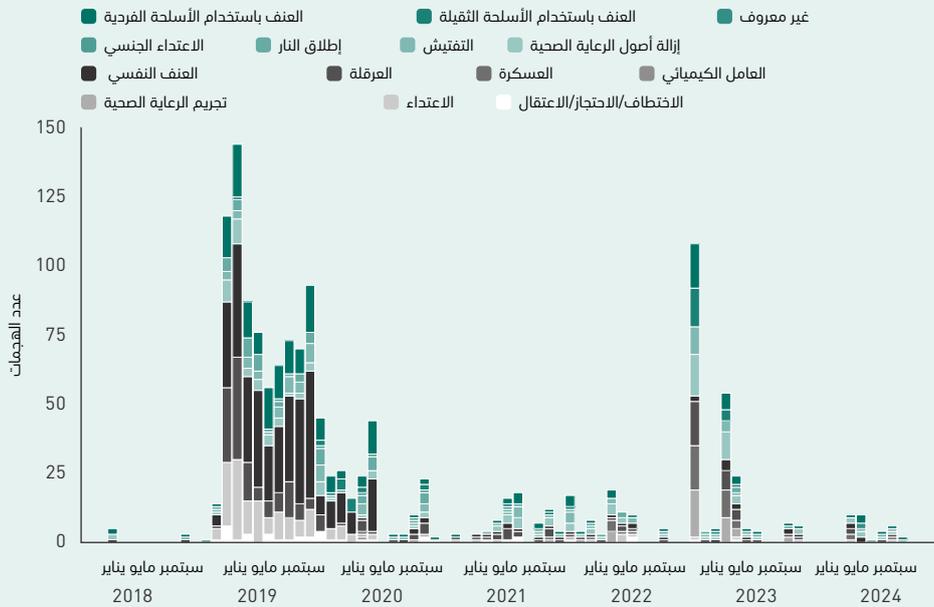
بين سنتي 2018 و2020، واجه شرق جمهورية الكونغو الديمقراطية ثاني أكبر تفشٍ لفيروس إيبولا في التاريخ. وقد أبلغ خلال هذه الفترة عن العديد من حوادث الاعتداء على العاملين الصحيين في مراكز علاج إيبولا.<sup>19</sup> وكان الدافع وراء العديد من هذه الهجمات هو انعدام الثقة، وسوء فهم المرض في بيئة تعاني بالفعل من الهشاشة؛<sup>20</sup> مما أدى إلى ارتفاع نسبة الهجمات الأقل حدة (العنف النفسي، والاعتداء، والعرقلة). ومثلت هذه الأنواع من الهجمات 67% من جميع الهجمات في سنة 2019.

وبعد مرور سنتين على انتهاء تفشي فيروس إيبولا، شهد شرق جمهورية الكونغو الديمقراطية نزاعًا عنيقًا مرتبطًا بعودة ظهور جماعة مسلحة سيئة السمعة غير حكومية. وكانت العسكرية سمة من سمات النزاع، لكن أنماطها كانت مختلفة عن تلك التي وُثِّقت أثناء تفشي إيبولا (انظر الشكل أدناه) - إذ مثلت الهجمات الأقل حدة 27% فقط من جميع الهجمات.<sup>21</sup> وفي الفترة ما بين سنتي 2022 و2023، شكلت الهجمات العالية الحدة (العنف باستخدام الأسلحة الثقيلة والفردية، وإزالة أصول الرعاية الصحية) 37% من جميع أنواع الهجمات. وارتبطت عسكرية الرعاية الصحية بـ68% من الهجمات، مع الإشارة إلى أن الحادثة الواحدة يمكن أن ترتبط بأكثر من نوع واحد من الهجمات.

## الهجمات على الرعاية الصحية في جمهورية الكونغو الديمقراطية على مر الوقت



## أنواع الهجمات في جمهورية الكونغو الديمقراطية مع مرور الوقت



ملاحظة: يمكن أن يرتبط الهجوم الواحد بأنواع متعددة من الهجمات.  
 المصدر: نظام ترصد الهجمات على مرافق الرعاية الصحية التابع لمنظمة الصحة العالمية<sup>22</sup>



## دراسة الحالة رقم 2: الهجمات على الصحة في الأرض الفلسطينية المحتلة

في الأرض الفلسطينية المحتلة، سُجِّلت زيادة كبيرة في عدد الهجمات على الرعاية الصحية في سياق المظاهرات التي شهدتها قطاع غزة بين شهري مارس 2018، وديسمبر 2019،<sup>23</sup> والتي عُرفت بمسيرة العودة الكبرى.<sup>24</sup> وبمجرد انتهاء المظاهرات، تراجعت التقارير عن الهجمات على الرعاية الصحية بكيفية ملحوظة. وفي سنة 2021، ارتفع عدد الحوادث ارتفاعاً طفيفاً نتيجة للنزاع الفلسطيني الإسرائيلي الذي تسارعت وتيرته في شهر مايو.

ولكن بعد يوم 7 أكتوبر 2023، ارتفع عدد الحوادث إلى مستوى غير مسبوق - ففي الفترة ما بين 7 أكتوبر 2023 و25 سبتمبر 2024، وثقت منظمة الصحة العالمية 1,135 هجوماً على الرعاية الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة (516 في غزة و619 في الضفة الغربية)؛ مما أدى إلى مقتل 790 شخصاً (765 في غزة، و25 في الضفة الغربية) وإصابة 1,082 آخرين (982 في غزة، و100 في الضفة الغربية).<sup>25</sup>

وقد عللت السلطات الإسرائيلية هذه الهجمات جزئياً بالقول: إنَّ حماس استخدمت المستشفيات في غزة لأغراض عسكرية، بما في ذلك استخدامها كمراكز قيادة ولتخزين الأسلحة.<sup>26</sup> وقد نفى هذه الادعاءات العاملون الصحيون وحماس، واعترض عليها بعض المراقبين.<sup>27,28</sup> وبغض النظر عن صحة هذه الادعاءات، فمن الواضح أن الرعاية الصحية والمرافق لا تفقد حمايتها بالكامل بموجب القانون الدولي الإنساني حتى لو استخدمت لأغراض عسكرية. وبموجب القانون الدولي الإنساني، لا تزال مبادئ التناسب والتمييز والاحتياط سارية - فأى هجوم من هذا القبيل يجب أن يكون متناسباً مع التهديد الذي يشكله والميزة العسكرية المكتسبة؛ وأن يميز بين الأهداف العسكرية والأهداف المدنية؛ وأن يطبق جميع الاحتياطات الممكنة لتقليل الضرر الواقع على المدنيين.<sup>29,30,31</sup>

## 2.2 التأثير على الصحة

غالبًا ما يجذب عدد الحوادث التي يبلغ عنها الكثير من الاهتمام، لكن آثارها نادراً ما تسلط عليها الأضواء. ويمكن أن يكون للهجمات على الرعاية الصحية تأثير عميق في إمكانية حصول الناس على الرعاية الصحية على المدى القصير والمتوسط والطويل - ومن ثمَّ على صحتهم ورفاهيتهم. ويشمل تأثير الهجمات الخسائر في الأرواح فيما يخص العاملين الصحيين والمرضى والمارة، والأضرار المباشرة التي تلحق بالمرافق الصحية، وفقدان الإمدادات، وعرقلة الحصول على الرعاية الصحية. أما على المدى الطويل، فيمكن أن تؤدي الهجمات على الرعاية الصحية أيضًا إلى تعطيل تقديم الخدمات. ويمكن أن يكون ذلك بسبب مشكلات ذات صلة، مثل: تغييب العاملين الصحيين لفترات طويلة بسبب تأثير تلك الهجمات على الصحة النفسية، والخوف في المجتمعات المحلية من السعي للحصول على الرعاية الصحية، وزيادة تكلفة التعافي، وإعادة الإعمار.

ووفقًا لنظام ترصد الهجمات على مرافق الرعاية الصحية، كانت الآثار المباشرة الأكثر شيوعًا للهجمات التي تؤثر في العاملين الصحيين - على سبيل المثال، الخسائر في الأرواح، والإصابات، والاختطاف، والاعتقالات، والترهيب (الشكلان 4 و5). وفي سنتي 2018 و2019، أثرت الهجمات في العاملين الصحيين في حوالي ثلثي الحوادث المبلغ عنها. وفي أعقاب النزاعات الأخيرة في أوكرانيا والأرض الفلسطينية المحتلة، زاد عدد الحوادث التي أثرت في المرافق الصحية زيادة كبيرة؛ إذ كان العاملون الصحيون في الخطوط الأمامية للهجمات. وفي سنتي 2022 و2023، تضررت المرافق الصحية في 72% و56% من الحوادث على التوالي، وتضرر العاملون الصحيون في 23% و60% من الحوادث.<sup>32</sup>

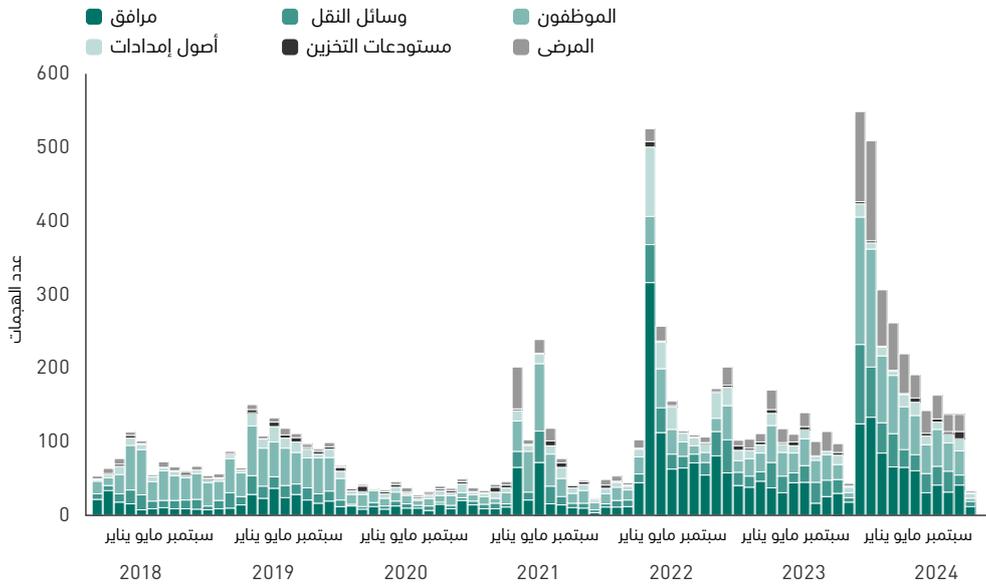
ومنذ سنة 2018، أدت 8,3% من الحوادث إلى فقدان حياة شخص أو أكثر، في حين أدت 21,0% من الحوادث إلى إصابة شخص واحد، أو أكثر من العاملين الصحيين والمرضى. وكذلك تعرض العاملون الصحيون (1,513) والمرضى (209) للاختطاف، أو الاحتجاز، أو الاعتقال؛ مما أدى إلى مزيد من التأثير على تقديم الرعاية الصحية والحصول عليها.<sup>33</sup> وتمثل العواقب الصحية النفسية المترتبة على الاعتداءات على العاملين الصحيين أيضًا عائقًا كبيرًا أمام العاملين الصحيين للعمل في هذه الأماكن، بما في ذلك على المدى الطويل.<sup>35,34</sup>

## تأثرت المرافق الصحية خلال عامي 2022 و2023 في 72% و56% من الحوادث على التوالي، في حين تأثر العاملون الصحيون في 23% و60% من الحوادث.



وخلال الفترة نفسها، أثر أكثر من 50% من الحوادث على المرافق الصحية. ويشمل ذلك التدمير المادي للأصول أو إزالتها، وكذلك عسكرة موارد الرعاية الصحية؛ مما ينشئ طبقة أخرى من المخاطر على المرافق الصحية. وحدثت العسكرة في 4,5% مما أبلغ عنه من حوادث. ومن بين المرافق الصحية المتضررة، كانت 21,5% من المرافق الصحية مراكزًا للرعاية الصحية الأولية.<sup>36</sup>

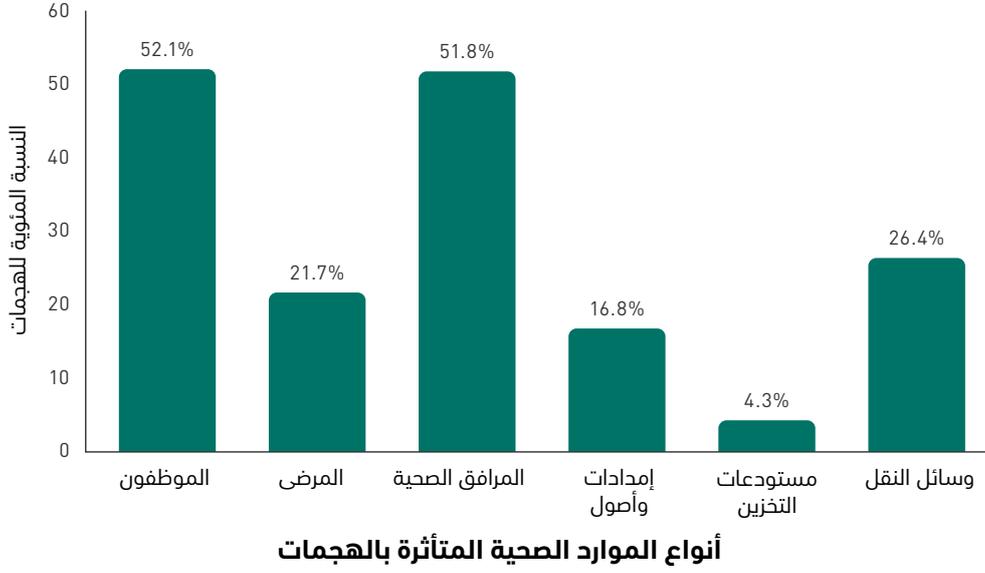
## التأثيرات المباشرة للهجمات على الرعاية الصحية على موارد صحية مختارة، من يناير 2018 إلى يوليو 2024



المصدر: نظام ترصد الهجمات على مرافق الرعاية الصحية التابع لمنظمة الصحة العالمية<sup>37</sup>

ومن المهم فهم السياق الذي يحدث فيه كلُّ هجوم لفهم تأثيره فهمًا كاملاً. فتدمير المرفق الصحي الوحيد العامل في منطقة ما سيكون له أصداء أوسع نطاقًا مقارنةً بتدمير مرفق مماثل في مدينة بها نقاط تقديم خدمات صحية متعددة. ويمكن ملاحظة نفس التأثير عندما يُقتل الطبيب الوحيد المتاح في قرية ما في هجوم؛ مما يحرم المجتمع بأكمله من مقدم خدمات طبية حيوي.

## النسبة المئوية للهجمات التي أثرت بشكل مباشر على أنواع محددة من الموارد الصحية، يناير 2018 - يوليو 2024



المصدر: نظام ترصد الهجمات على مرافق الرعاية الصحية التابع لمنظمة الصحة العالمية<sup>38</sup>

ويمكن أن تؤثر المخاطر الأخرى الناجمة عن النزاع في إمكانية الحصول على الرعاية الصحية، بما في ذلك: الهجرة العامة للعاملين الصحيين إلى خارج المنطقة؛<sup>39</sup> وهجر المرافق الصحية بسبب الخوف، وعدم القدرة على الوصول إلى المرفق؛<sup>40</sup> وتنقل السكان هرباً من النزاع، وما يتبع ذلك من انقطاع في سلسلة الإمداد.<sup>41</sup> وفي حين أنه من الصعب توضيح جميع المخاطر في هذا التقرير، فمن المهم وضع كل هجوم في سياقه لفهم تأثيره على صحة السكان على نحو كامل. وجميع المخاطر مترابطة، ويجب معالجتها معالجة شاملة؛ لضمان الوصول الآمن إلى الرعاية الصحية.

وإضافةً إلى التأثيرات المباشرة على العاملين والمرضى والأصول المادية، هناك نتيجة خطيرة أخرى للهجمات على الرعاية الصحية تتمثل في انخفاض توفر الخدمات الصحية السريرية والعامة، وإمكانية الوصول إليها. فقد تقلصت بشدة وظائف المرافق الصحية، وتوفر الخدمات الصحية في العديد من النزاعات في شتى أنحاء العالم. ولم تكن جميع هذه التعطيلات ناتجة بالكامل عن الهجمات، إلا أن الهجمات كانت في معظم الحالات عاملاً مساهماً رئيسياً في ذلك. وتعد الفئات السكانية الضعيفة، مثل: النساء الحوامل، والأطفال، وكبار السن، والمرضى المصابين بأمراض مزمنة، وذوي الإعاقة، من بين الفئات الأشد تضرراً.

ويتتبع نظام منظمة الصحة العالمية لرصد توافر الموارد والخدمات الصحية بانتظام الأضرار التي لحقت بالمرافق الصحية في الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات، كما يتتبع أداؤها لوظائفها. وفي تحليل لبيانات نظام رصد توافر الموارد والخدمات الصحية من 16 بلدًا صنفها البنك الدولي على أنها متأثرة بالنزاعات،\* تبين أن 17% (بين 2 و89%) من المرافق الصحية تضررت، وأن 19% (بين 4% و100%) كانت تعمل جزئياً أو لا تعمل.<sup>42</sup> ويؤدي تعطيل المرافق الصحية العاملة أثناء النزاع إلى حرمان السكان من الوصول إلى الخدمات الصحية في الوقت الذي هم في أمس الحاجة إليها.

ومن الأمثلة الصارخة على تأثير الهجمات على الرعاية الصحية في الصحة العامة التهديدات التي تشكلها على القضاء على شلل الأطفال في العالم، والانخفاض الشديد في فرص الحصول على الرعاية الصحية في غزة (انظر دراسات الحالات رقم 3 و4 و5).

\* أفغانستان، وبوركينا فاسو، وجمهورية إفريقيا الوسطى، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وإثيوبيا، والعراق، ومالي، وموزمبيق، والنيجر، ونيجيريا، والأرض الفلسطينية المحتلة (غزة)، والصومال، والسودان، وسوريا (الشمال الشرقي)، وأوكرانيا، واليمن.



## دراسة الحالة رقم 3. الهجمات على العاملين في مجال شلل الأطفال في أفغانستان وباكستان - تهديد خطير لجهود القضاء على شلل الأطفال

في أفغانستان وباكستان، وهما آخر بلدين يتوطن فيهما شلل الأطفال في العالم، واجهت جهود القضاء على شلل الأطفال تحديات أمنية كبيرة بسبب العنف الذي تمارسه الجماعات المسلحة. ففي الفترة ما بين سنتي 2012 و2018، شهد كلا البلدين نزاعًا واقتتالًا شديدين؛ إذ استهدفت الهجمات العاملين الصحيين على نحو مباشر. وأدى انعدام الأمن الناتج عن ذلك، وتعذر الوصول إلى حملات شلل الأطفال وانقطاعها إلى زيادة فجوات التحصين بين الأطفال.<sup>43</sup>

وفي السنوات الأخيرة، حدث انخفاض ملحوظ في الهجمات التي تستهدف العاملين في مجال شلل الأطفال. ففي أفغانستان، لم يبلغ عن أي هجمات على العاملين في مجال شلل الأطفال منذ فبراير 2022.<sup>44</sup> عندما أسفر هجوم وحشي عن مقتل ثمانية من العاملين في الخطوط الأمامية. ولا يزال العاملون في المناطق المضطربة آمنين في باكستان، لا سيما على طول الحدود الباكستانية الأفغانية في خيبر بختونخوا وبلوشستان، يواجهون تهديدات من قبل المسلحين. وفي هذه المناطق، نفذت الحكومة الباكستانية استراتيجيات خاصة لنشر أفراد الأمن بقصد حماية فرق شلل الأطفال. لكن الجماعات المسلحة في هذه المناطق حولت تركيزها إلى استهداف موظفي إنفاذ القانون. وأثناء حملات التطعيم ضد شلل الأطفال، تعرّض أفراد الأمن الذين يحرسون فرق التطعيم ضد شلل الأطفال للهجوم.<sup>45</sup> وتعرّض هذه الحوادث سلامة العاملين الصحيين للخطر؛ إذ يتعرضون أحيانًا للإصابة، أو يفقدون حياتهم أثناء تأدية مهامهم خلال هذه الهجمات. كما يمكن أن تتعطل حملات التطعيم بسبب الهجمات؛ مما يترك آلاف الأطفال دون تطعيم، ويسمح للفيروس بالاستمرار في الانتشار.

وحتى 3 أكتوبر 2024، استمر البلدان في توثيق حالات الإصابة، فأبلغت باكستان عن 28 حالة إصابة جديدة وأفغانستان عن 22 حالة حتى الآن.<sup>46</sup> وأدى انعدام الأمن هذا إلى تأخير التقدم نحو القضاء على شلل الأطفال مع انتشار الفيروس عبر الحدود. ومن الضروري ضمان سلامة العاملين في مجال شلل الأطفال ومواصلة حملات التطعيم دون انقطاع في هذه المناطق المضطربة لوقف فيروس شلل الأطفال نهائيًا.

## دراسة الحالة رقم 4. الهجمات على الرعاية الصحية في غزة - تناؤل فرص الحصول على الرعاية الصحية وعواقبها الدائمة على الصحة

وثقت منظمة الصحة العالمية 516 هجومًا على الرعاية الصحية في غزة في الفترة ما بين 7 أكتوبر 2023 و25 سبتمبر 2024. وأثرت الهجمات على 110 منشآت صحية، بما في ذلك الأضرار التي لحقت بـ32 مستشفى من أصل 36 مستشفى (89%)، و115 وسيلة نقل/سيارة نقل للرعاية الصحية. وتعطلت وظائف المرافق الصحية بشدة، حيث لم يعمل أي مستشفى على نحو كامل، ولم يعمل سوى 17 مستشفى من أصل 36 مستشفى (44%) جزئيًا. وانخفضت الطاقة الاستيعابية للأسرّة في جميع أنحاء غزة إلى 1,812 سريرًا مقارنة بنحو 3,500 سرير قبل الحرب<sup>47</sup>.

واستُخدمت الأسلحة الثقيلة في 59% من هذه الهجمات، وفي 15% منها استُخدمت الأسلحة الفردية، وارتبطت 40% منها بإعاقة مرافق الرعاية الصحية. وتضمنت العوائق تقييد حركة الطواقم الصحية، والمرضى، وسيارات الإسعاف، والإمدادات إلى مرافق الرعاية الصحية داخل غزة. ولا تشمل القيود المفروضة على حركة الموظفين والإمدادات إلى غزة.

وأسهمت الهجمات على الرعاية الصحية مساهمة كبيرة في التدهور الشديد للنظام الصحي في غزة. وحدت كذلك بشدة من قدرة النظام الصحي على تقديم الخدمات الصحية الاعتيادية (مثل تطعيمات الأطفال، وصحة الأمهات، وعلاج الأمراض المزمنة)، أو الاستجابة للاحتياجات الحادة المتزايدة (على سبيل المثال، أكثر من 96,000 إصابة، وتفشي التهاب الكبد الوبائي «أ»، والإسهال، وشلل الأطفال المشتق من اللقاحات، وتزايد معدلات سوء التغذية الحاد)<sup>48</sup>.

وأدى انخفاض تطعيم الأطفال في جميع أنحاء غزة إلى زيادة خطر إصابة الأطفال بأمراض يمكن الوقاية منها. وقد قُدرت نسبة التغطية بالتطعيم ضد شلل الأطفال قبل النزاع بـ99% في 2022، لكنها انخفضت إلى أقل من 90% في أوائل سنة 2024. واكتُشفت أول حالة شلل أطفال في غزة منذ 25 سنة - بسبب سلالة متغيرة مشتقة من اللقاح - في أغسطس 2024؛ مما تطلب حملات تطعيم تفاعلية<sup>49</sup>، وفي حين تتواصل الجهود الرامية إلى استعادة خدمات التطعيم الاعتيادية في جميع أنحاء غزة، لا تزال معدلات التغطية أقل من 90%، ولا يزال خطر حدوث المزيد من حالات التفشي قائمًا.

وتعطلت كذلك الخدمات الاعتيادية والأساسية الأخرى. وهناك حوالي 50,000 امرأة حامل في غزة: من المحتمل أن تحتاج 1,400 امرأة حامل إلى عملية قيصرية؛ لكن الحصول على هذه الخدمات غير مضمون الآن لهؤلاء النساء. ويحتاج أكثر من 1,500 مريض إلى غسيل الكلى، ومن المتوقع حدوث نحو 2,000 حالة سرطان جديدة سنويًا في غزة<sup>50</sup>. ولم يستطع النظام الصحي تلبية احتياجات جميع هؤلاء المرضى، مع توقعات بارتفاع مستويات الوفيات الزائدة بسبب عدم إمكانية الوصول إلى الرعاية<sup>51</sup>.

وكان العبء الأكبر على النظام الصحي هو العدد الهائل من حالات الإصابات - إذ فقد أكثر من 41,000 شخص حياتهم، وأصيب 96,000 شخص منذ بداية الحرب. وتمثل النساء والأطفال ما يصل إلى 67% من الإصابات<sup>52,53</sup>. ولا يزال النظام الصحي الذي يعاني من ضعف شديد غير قادر على الاستجابة بفعالية للعدد الهائل من حوادث الإصابات الجماعية، وحالات الإصابات المتعددة والإصابات الخطيرة. وهذا يعرّض المرضى لخطر فقدان الحياة، والالتهابات، والإعاقة الطويلة الأمد، وغيرها من المضاعفات. وسيحتاج نحو 22,500 جريح إلى خدمات إعادة تأهيل مستمرة ناتجة عن إصابات الحرب - هذا في سياق تضرّر أو تدمير جميع خدمات إعادة التأهيل الثلاثة المخصصة للمرضى الداخليين المخصصين للمرضى المقيمين، وفقدان 39 مختصًا في العلاج الطبيعي حياتهم<sup>54</sup>.

ولم يتمكن النظام الصحي أيضًا من الاستجابة للزيادة السريعة في معدلات سوء التغذية الحاد في غزة. وبحلول سبتمبر 2024، كان من المتوقع أن يعاني 96% من السكان من انعدام الأمن الغذائي عند مستويات الأزمة أو أكثر.<sup>55</sup> وقبل الحرب، لم يكن سوء التغذية الحاد مشكلة صحية عامة في غزة؛ إذ تم تقييم نحو 0,8% من الأطفال دون سن الخامسة على أنهم يعانون من سوء التغذية الحاد.<sup>56</sup> ولكن بحلول مارس 2024، في ظل التدهور السريع للوضع الإنساني، كان أكثر من 31% من الأطفال دون سن الثانية من العمر في شمال غزة يعانون من سوء التغذية الحاد.<sup>57</sup> وبحلول منتصف يونيو 2024، كان مركزان فقط من أصل ثلاثة مراكز استقرار لعلاج سوء التغذية الحاد الوخيم يعملان، مع التأخير في افتتاح مراكز جديدة بسبب العمليات العسكرية الجارية.<sup>58</sup> ومع أن هذه التطورات لم تكن جميعها ناتجة مباشرة عن الهجمات على الرعاية الصحية؛ فإنها تجسّد المزيج المعقد من الاحتياجات الصحية العامة المتزايدة، والتدهور السريع في الوصول إلى الخدمات الصحية؛ وهو ما تسهم فيه الهجمات مساهمة كبيرة.

## 3.2 التحديات المتعلقة بمصادر المعلومات وتحليلها

يوجد حاليًا العديد من الآليات التي تجمع البيانات، وتوفر التحليلات والمعلومات عن الهجمات على الرعاية الصحية. ولكن لم ينجح أيٌّ منها في توفير قاعدة بيانات عالمية وشاملة. وتنجم التحديات عن الاختلافات في التهجُّج والولايات والأهداف المميزة للجهات الفاعلة المعنية؛ ذلك أن كلَّ قاعدة بيانات قد أنشئت لتلبية حاجة محدّدة. ومن بين الآليات المتاحة لجمع البيانات، نظام ترصد الهجمات على مرافق الرعاية الصحية التابع لمنظمة الصحة العالمية، وهو آلية نابعة من طلب الدول الأعضاء رصد معلومات عن الهجمات على الرعاية الصحية ونشرها.<sup>60,59</sup> وتهدف على وجه التحديد إلى توفير تقارير متحقق منها عن الهجمات على الرعاية الصحية التي تحدث في حالات الطوارئ الإنسانية المعقّدة. ويوفر نظام ترصد الهجمات على مرافق الرعاية الصحية ميزة ضمان موثوقية عالية للبيانات التي تُجمع بطريقة محايدة ونزيهة تمامًا. لكن ذلك يعني أن هذا النظام غير قادر على جمع معلومات عن الجناة، أو الدوافع التي تقف وراء الهجوم. ونظرًا للتركيز القوي على التحقق، فإنه يعتمد أيضًا على نطاق أضيق من المصادر مقارنةً ببعض الأنظمة الأخرى.

واتبعت قواعد بيانات أخرى (مثل منظمة Insecurity Insight، والمنظمة الدولية لسلامة المنظمات غير الحكومية، والبيانات عن موقع النزاعات المسلحة وأحداثها) نهجًا مختلفًا. فهي تتيح معلومات في الوقت الفعلي تقريبًا عن الحوادث المختلفة. كما تقدم تقارير عن الجناة، وأنواع الأسلحة المستخدمة، وتأثيرها بناءً على معلومات مفتوحة المصدر. ومع أن قواعد البيانات هذه يكمل بعضها بعضًا، فإنها تستخدم تعريفات مختلفة وعمليات مختلفة فيما يتعلق بالتحقق/جمع البيانات؛ مما يجعل من الصعب مقارنة الأرقام عبر مجموعات البيانات المختلفة.

ويقدّم التقرير السنوي الصادر عن تحالف حماية الصحة في النزاعات بيانات وتحليلات بشأن الهجمات على الرعاية الصحية. ويحدّد التقرير سياق الحوادث التي تؤثر في المرافق الطبية، والعاملين الصحيين، والمرضى في البلدان الأشدّ تضررًا من النزاعات. ومن خلال تقديم رؤى حول أنماط العنف والتحليل الخاص بكل بلد، يُلقى التقرير الضوء على الأثر الإنساني لهذه الهجمات.<sup>61</sup>

إن التحقق من الحوادث أمرٌ مهمٌّ، ولكنه يمثل تحديًا أيضًا. فمن غير المحتمل أن يكون التحقق المستند إلى آليات جمع البيانات الأولية غير قادر على الإبلاغ على نحو متسق في المواقع التي تكون فيها القدرات مستنفدة إلى أقصى حد، والموارد شحيحة، والمخاوف الأمنية قائمة. ويزداد هذا الأمر تعقيدًا بسبب الحاجة إلى الالتزام بأخلاقيات البيانات وضمان سرية المبلّغين لحمايتهم من الانتقام المحتمل. ثمّ إن جمع البيانات وحده ليس كافيًا: فهناك سؤال «ماذا بعد؟» وقواعد البيانات وحدها غير مجهزة لاتخاذ الخطوات التالية الضرورية. فقواعد البيانات التي تعتمد على مصادر البيانات الثانوية - على سبيل المثال، المقالات الإخبارية - تواجه الخطر المتمثل في تجسيد «المثير» أكثر من الأقل إثارة. وفي كلتا الحالتين، قد لا يُمثّل الطيف الكامل للهجمات على الرعاية الصحية.

وعلى الرغم من عدم وجود منهجية مثالية، وقواعد بيانات تجسّد القضايا على نحو شامل ومتسق، فإن جميع الآليات الحالية تشترك في هدف مشترك، ألا وهو توفير المعلومات لحماية الرعاية الصحية من الهجمات بشكل أفضل. وفي حين أنّ علينا أن نواصل العمل على تحسين المنهجيات وتوحيد البيانات، يجب ألا يصرّفنا ذلك عن تحسين التحليلات المتوسطة والطويلة الأجل لتأثير الهجمات على الرعاية الصحية باستخدام البيانات المتاحة. وتجلب الجهات الفاعلة المختلفة والمهام المحدّدة وجهات نظر متكاملة، بحيث يستفيد كلٌّ منها من نجاح الأخرى.

ويمكن عدّ بعض الأدوار والأنشطة متعارضة بعضها مع بعض. فعلى سبيل المثال، الحياد والنزاهة اللازمان لإجراء الترخّص على المستوى الميداني يمكن أن يتعارضا مع آليات المناصرة و/أو المساءلة الصريحة. ومع ذلك، فإن آليات المناصرة و/أو المساءلة مستحيلة دون ترصد فعّال وإنشاء الأدلة.

وبدلاً من وجود استراتيجية واحدة لجمع المعلومات عن الهجمات على الرعاية الصحية وتحليلها، ينبغي أن تدرك الجهات الفاعلة المعنية المختلفة الأدوار المتباينة والمتكاملة التي يؤديها كل منها في حماية الرعاية الصحية.

## القسم 3. حماية تقديم الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة

يعتمد الوصول إلى الرعاية الصحية وتقديمها في النزاعات المسلحة على عوامل عدة: أمن وحماية نظم الرعاية الصحية؛ والبنية التحتية للرعاية الصحية؛ والعاملين؛ وسلاسل الإمداد؛ والنقل. وتتطلب حماية الرعاية الصحية أثناء النزاعات المسلحة الالتزام بالصكوك والأطر والآليات القانونية الراسخة والمتطورة المخصصة للحق في الصحة. وتستلزم أيضًا جعل تدابير الحماية جزءًا أساسيًا من البرامج الصحية والإنسانية، فضلًا عن توسيع نطاق الجهود المبذولة في مجال المشاركة المجتمعية والمناصرة والدبلوماسية.

### 1.3 الأطر القانونية وآليات المساءلة

توفر الأطر القانونية طريقًا إلى المساءلة المحتملة عن الهجمات على الرعاية الصحية. وفي هذا السياق، تشير المساءلة في هذا السياق إلى العواقب المفروضة على الجناة، ومنها الإدانات الجنائية والعقوبات والتكاليف المتعلقة بالسمعة. وينبغي أن تكون هذه العواقب بمثابة رادع لشن الهجمات على الرعاية الصحية. وهذه الأطر القانونية راسخة، لكنها نادرًا ما أدت إلى إدانة المتهمين بشن الهجمات على الرعاية الصحية. وعلى الرغم من وجود عدة آلاف من الاعتداءات الموثقة، لم تتم محاسبة سوى عدد قليل من المتهمين بارتكابها؛ وأدى ذلك إلى تكرار الادعاءات المتعلقة بالإفلات من العقاب.<sup>65,64,63,62</sup>

#### 1.1.3 القانون الدولي الإنساني

تحدّد اتفاقيات جنيف الأربع لسنة 1949 والبروتوكولات الإضافيان الملحقان بها لسنة 1977 التزامات الأطراف في النزاع المسلح بحماية الرعاية الصحية واحترامها في النزاع. ومع أن البروتوكولين الإضافيين لم يصادق عليهما عالميًا، فإن أحكامهما الرئيسية، ومنها: مبادئ التمييز والاحتياطات والتناسب، واحترام أخلاقيات مهنة الطب، اعترُف بأنها ملزمة لجميع الأطراف باعتبارها مسألة من مسائل القانون الدولي الإنساني العرفي.

**يعني احترام الرعاية الصحية في سياق القانون الدولي الإنساني عدم الإقدام على مهاجمتها، أو عرقلة الوصول إليها، أو التدخل في عملها، وكذلك عدم معاقبة مقدمي الخدمات الصحية على تقيدهم بالالتزامات الأخلاقية تجاه الجرحى والمرضى.**



ومن المبادئ الأساسية للقانون الدولي الإنساني أنه «يجب احترام الجرحى والمرضى وحمايتهم».<sup>66</sup> ويعني الاحترام في هذا السياق عدم الاعتداء على الرعاية الصحية، أو إعاقه الوصول إليها، أو التدخل في عملها، بما في ذلك عدم معاقبة مقدمي الخدمات الصحية على تقيدهم بالالتزامات الأخلاقية تجاه الجرحى والمرضى. ويشمل واجب الحماية: الالتزامات الإيجابية بجمع الجرحى والعناية بهم؛ واتخاذ جميع الاحتياطات الممكنة في وسائل الحرب وأساليبها لتجنب إلحاق الضرر بالمدينين، أو على الأقل التقليل منه إلى أدنى حد ممكن؛ والالتزام بمبدأ التناسب في الهجمات.<sup>67</sup>

إن القتل العمد، أو التسبب في إصابات جسدية خطيرة، أو معاناة كبيرة للجرحى والمرضى، والهجوم المتعمد على المرافق الصحية والعاملين الصحيين، وانتهاك مبدأ التناسب يمكن أن يُعدّ جرائم حرب بموجب اتفاقيات جنيف ونظام روما الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية. ويمكن أن تمثل الانتهاكات في الرعاية الطبية، أو الحرمان منها أيضًا تعذيبًا، أو أشكالًا أخرى من المعاملة القاسية واللاإنسانية والمهينة. وعندما تكون جزءًا من هجوم واسع النطاق ومنهجي على السكان

المدينين، يمكن مقاضاة مرتكبيها عليها باعتبارها جرائم ضد الإنسانية؛ ذلك أنه من المحتمل أن تُفهم على أنها ذات طبيعة مماثلة للجرائم المنصوص عليها في نظام روما الأساسي.

### 2.1.3 الحق في الصحة

ينطبق الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن تحقيقه، المنصوص عليه في كلٍّ من دستور منظمة الصحة العالمية، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، في النزاعات المسلحة. ويقتضي من الدولة احترام الحق في الصحة وحمايته وإعماله. ويشمل ذلك أيضًا الحدّ من أسباب اعتلال الصحة، وضمان عدم التمييز في توفر الرعاية الصحية، وإمكانية الوصول إليها، ومقبوليّتها (بما في ذلك الالتزام بأخلاقيات مهنة الطب) وجودة الرعاية الصحية لكل فرد على أراضيها. ويتطلب الحق في الصحة أيضًا أن يشارك كل فرد مشاركة فعالة في القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية والنُظم الصحيّة. ويجب أن تكون الدول أيضًا مسؤولة أمام السكان عن الالتزام بمتطلبات الحق في الصحة.

### 3.1.3 مصادر القانون الأخرى

يتعين على الجميع الالتزام بقرارات مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة بموجب الفصل السابع من ميثاق الأمم المتحدة. وفي سنة 2016، اعتمد مجلس الأمن القرار رقم 2286 بشأن حماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة. ويدعو هذا القرار القوات المسلحة، وقوات الأمن التابعة للدول إلى دمج التدابير العملية لحماية الرعاية الصحية في تخطيطها العسكري وعملياتها العسكرية. ويحث القرار أيضًا جميع الأطراف في النزاعات المسلحة على اتخاذ تدابير فعالة لمنع الهجمات العنيفة على الرعاية الصحية والتهديدات الموجهة ضدها والتصدي لها. ويشجع القرار على وضع أُطر قانونية محلية لضمان احترام الالتزامات القانونية الدولية، وجمع البيانات عن العرقلة والتهديدات والهجمات المادية على الرعاية الصحية، وتقاسم التحديات والممارسات الجيدة. ويؤكد القرار مسؤولية الدول في وضع حدٍّ للإفلات من العقاب. ويحثُّ الدول على إجراء تحقيقات مستقلة، وكاملة، وسريعة، ونزيهة، وفعالة في انتهاكات القانون الدولي الإنساني فيما يتعلق بالرعاية الصحية.<sup>68</sup>

«القانون غير الملزم»، الذي يشمل الإعلانات والاتفاقيات وتفسيرات الالتزامات غير الملزمة قانونًا، له صلة بالموضوع أيضًا. إن استخدام قنابل الطائرات والمدفعية والقذائف والصواريخ في القرى والبلدات والمدن هو السبب الرئيسي في تدمير الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة. ويدعو الإعلان السياسي لسنة 2022 بشأن تعزيز حماية المدنيين من العواقب الإنسانية الناجمة عن استخدام الأسلحة المتفجرة في المناطق المأهولة بالسكان الدول إلى اتخاذ إجراءات للحد من استخدام هذه الأسلحة.<sup>69</sup> وقد التزمت الدول الموقعة على الإعلان باعتماد سياسات وممارسات لاجتناب إلحاق الضرر بالمدنيين من الأسلحة المتفجرة في المناطق المأهولة بالسكان.

### 4.1.3 آليات المساءلة

#### 1.4.1.3 الملاحقة الجنائية على ارتكاب الجرائم الفظيعة

يمكن للدول الأطراف في نظام روما الأساسي أن تحيل قضايا الفظائع إلى المحكمة الجنائية الدولية عندما تُرتكب هذه الجرائم على أراضيها، أو على أراضي دولة طرف أخرى. ويمكن للدول غير الأطراف أن توافق على اختصاص المحكمة الجنائية الدولية في قضايا الجرائم الفظيعة المرتكبة على أراضيها. ويمكن لمجلس الأمن التابع للأمم المتحدة أن يحيل مثل هذه القضايا التي تنطوي على أفعال يرتكبها أفراد مرتبطون بدولة غير طرف، بغض النظر عن الموافقة.

ويمكن لأنظمة العدالة المدنية والعسكرية المحلية أن تقضي في الجرائم الفظيعة التي يرتكبها مواطنوها وفقاً لما ينص عليه القانون المحلي. وبموجب مبادئ الولاية القضائية العالمية، يمكن المقاضاة على الجرائم الفظيعة في المحاكم الوطنية من قبل أيّ دولة تختار القيام بذلك، بغض النظر عن مكان ارتكاب الجريمة، أو مكان وجود الجاني المزعوم. وفي بعض الحالات، أنشئت محاكم وطنية/دولية مشتركة، أو مختلطة للمقاضاة في مثل هذه القضايا - مثل المحكمة الجنائية الدولية ليوغوسلافيا السابقة.

### 2.4.1.3 آليات الأمم المتحدة المتعلقة بالمساءلة

إنّ لدى الأمم المتحدة آليات عديدة للإبلاغ عن مرتكبي انتهاكات القانون الدولي الإنساني، وقانون حقوق الإنسان من الدول وغير الدول، وممارسة الضغط عليهم. وتشمل هذه الآليات: الإبلاغ و«التسمية والفضح» من قبل لجان التحقيق التي أنشأها مجلس حقوق الإنسان؛ والتقارير القطرية التي يقدمها مكتب مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، والمقرر الخاص المعني بالحق في الصحة؛ وهيئات الأمم المتحدة المنشأة بموجب معاهدات حقوق الإنسان؛ والممثل الخاص للأمين العام المعني بالأطفال والنزاعات المسلحة. إن الهجمات على المستشفيات والمدارس هي واحدٌ من ستة انتهاكات جسيمة تُرتكب ضد الأطفال في حالات النزاعات المسلحة. ويبلغ عن هذه الحالات في التقرير السنوي للأمين العام عن الأطفال والنزاعات المسلحة.

### يمكن لمجلس الأمن التابع للأمم المتحدة فرض عقوبات اقتصادية، وإنشاء ولايات حماية لقوات حفظ السلام التابعة للأمم المتحدة، والأمر بحظر الأسلحة، واتخاذ تدابير قسرية أخرى لإنهاء انتهاكات القانون.



وتتمتع الجمعية العامة للأمم المتحدة ومجلس الأمن بسلطة اعتماد قرارات بشأن نزاعات بعينها. ويمكن للأخير فرض عقوبات اقتصادية، وإنشاء ولايات حماية لقوات حفظ السلام التابعة للأمم المتحدة، والأمر بحظر الأسلحة وغيرها من التدابير القسرية لإنهاء انتهاكات القانون. ويتمتع مجلس الأمن أيضًا بسلطة تخصيص اجتماع لمعالجة العنف ضد الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة.

ويمكن لمحكمة العدل الدولية أن تنظر في القضايا المدنية التي ترفعها دولة ضد دولة أخرى في حال موافقة الدولتين. وفي القضايا المتعلقة بالإبادة الجماعية، تنص اتفاقية دولية على اختصاص المحكمة، بما في ذلك اتفاقية الإبادة الجماعية.

### 3.4.1.3 آليات المساءلة الأخرى

هناك طائفة من آليات المساءلة الأخرى على الصعيد العالمي والإقليمي والوطني، وإن كانت فعاليتها في منع الهجمات على الرعاية الصحية لا تزال ضئيلة.

• **الهيئات الإقليمية.** يمكن لهيئات حقوق الإنسان الإقليمية، مثل المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان، الإبلاغ عن يُشتبه في ارتكابهم أعمال عنف تهاجم الرعاية الصحية والضغط عليهم.

• **التقارير الوطنية.** يمكن للبرلمانات الوطنية أن تجري تحقيقات وجلسات استماع ومناقشات حول الانتهاكات التي ترتكبها حكوماتها. وتصدر وزارة الخارجية الأمريكية تقارير قُطرية سنوية عن ممارسات حقوق الإنسان التي تشمل الهجمات على الرعاية الصحية.<sup>70</sup>

• **الأدوات والضغط الثنائية والدبلوماسية الثنائية.** يمكن للدول التي تربطها علاقات مع دول، أو جماعات مسلحة غير حكومية أن تمارس نفوذها من خلال الاتصالات الخاصة، والقنوات الدبلوماسية، والإدانات العلنية. ويمكنها أيضًا فرض عقوبات مباشرة وقيود تجارية وإجراءات اقتصادية أخرى. وتحظر معاهدة تجارة الأسلحة والعديد من القوانين المحلية عمليات نقل الأسلحة إلى الدول، أو الوحدات العسكرية التي تُستخدم فيها الأسلحة (أو حيثما يوجد خطر استخدامها) لارتكاب انتهاكات للقانون الدولي الإنساني.

## • الآليات الطوعية لتشجيع الامتثال

- تجري اللجنة الدولية للصليب الأحمر اتصالات سرية مع الأطراف في النزاعات لتشجيع الامتثال.
- تتمتع اللجنة الدولية لتقصي الحقائق الإنسانية بسلطة التحقيق في مزاعم الانتهاكات الجسيمة، أو الانتهاكات الخطيرة للقانون الدولي الإنساني. لكن هذه السلطة لم تفعل سوى مرة واحدة منذ إنشاء اللجنة في سنة 1991.

### 5.1.3 الامتثال للأخلاقيات المهنية في مجال الصحة

أعلنت الجمعية الطبية العالمية أن أخلاقيات مهنة الطب في الحرب هي نفسها في وقت السلم.<sup>71</sup> وتشمل الالتزامات الأخلاقية المهمة على نحو خاص في وقت الحرب ما يلي: الحياد في الرعاية؛ وممارسة الحكم المهني المستقل؛ والإحسان؛ وعدم الإضرار («لا تؤذ»).

## 2.3 تعميم حماية الرعاية الصحية - القدرة على الصمود والتأهب

في المناطق المعرضة للنزاعات المسلحة النشطة، أو التي هي عرضة لها، من الأهمية بمكان جعل حماية الرعاية الصحية جزءاً أساسياً من البرامج الصحية والإنسانية. ويشمل ذلك التحليل السياقي المستمر وتقييم المخاطر. ويتضمن أيضًا اتخاذ خطوات لتعزيز قدرة النظم الصحية على الصمود وقدرتها على ما يلي: الحفاظ على الخدمات الصحية الأساسية؛ ومواصلة العمل في ظل الإكراه؛ والاستجابة بفعالية لعبء المرضى المتزايد الناجم عن حوادث الإصابات الجماعية، وتفشي الأمراض، وإغلاق المرافق الأخرى. وتشمل التدابير الرئيسية المطلوبة تلك التي نوقشت في الأقسام التالية.

### 1.2.3 التحليل السياقي وتقييم المخاطر

سيؤدي التحليل السياقي إلى فهم المخاطر المحددة التي تواجهها نظم الرعاية الصحية في مناطق النزاع. وينبغي أن يشمل هذا التحليل تحديد الجهات الفاعلة الرئيسية، ودوافعها، والتهديدات المحتملة لخدمات الرعاية الصحية. ومن المهم أيضًا رسم خرائط الجهات المعنية: فهو يساعد على تحديد جميع الأطراف ذات الصلة، ومنها: الأطراف المتحاربة، والمجتمعات المحلية، والمنظمات الدولية؛ ويساعد على فهم وجهات نظرها وتأثيرها في نظام الرعاية الصحية. ويطبق نظام الأمم المتحدة لتدبير المخاطر الأمنية (الذي يشارك فيه جميع شركاء الأمم المتحدة) عملية تدبير المخاطر الأمنية المستمرة المؤلفة من تسع خطوات داخل البلد لتدبير المخاطر التي يتعرض لها موظفو الأمم المتحدة وأصولها وعملياتها بفعالية. ويمكن للمعلومات المستقاة من تحليل الوضع، وتقييم التهديدات، وتقييم المخاطر الأمنية وغيرها من الأنشطة أن تساعد على تحديد التهديدات التي تواجه الرعاية الصحية.<sup>72</sup>

وينبغي إجراء تقييم للنظم الصحية - مثلًا باستخدام نظام ترصد توافر الموارد والخدمات الصحية<sup>73</sup> - لتقييم القدرات الحالية ومواطن الضعف والقدرة على الصمود في نظام الرعاية الصحية. وتضطلع منظمة الصحة العالمية بنظام رصد توفر الموارد والخدمات الصحية في الأوضاع الإنسانية في 27 بلدًا بالتعاون مع المسؤولين الحكوميين والوكالات التنفيذية. ويُستخدم لرصد الاتجاهات في تشغيل النظم الصحية وإبلاغ متخذي القرار بشأن تقديم الخدمات والأولويات التشغيلية.

## دراسة الحالة رقم 5. برنامج الأمير للمنح الدراسية الطبية للأطباء الفلسطينيين الشباب (قطر)

أنشئ برنامج المنح الدراسية هذا منذ نحو عقدين من الزمن، وهو مبادرة تعاونية تضم ثلاثاً من الجهات المعنية الرئيسية: مؤسسة حمد الطبية، وجمعية الهلال الأحمر القطري، والسلطات الصحية الفلسطينية في غزة والضفة الغربية. ويتمثل الهدف الأساسي المنشود من البرنامج في تنمية طائفة من المهنيين الطبيين من ذوي المهارات العالية لإنشاء خدمات رعاية صحية جديدة في فلسطين، أو الارتقاء بالخدمات القائمة بالفعل إلى مستويات عليا. ويهدف البرنامج أيضاً إلى تعزيز التعليم الطبي في فلسطين من خلال مساهمة الاختصاصيين العائدين.

وقد أسهم البرنامج مساهمة كبيرة في تطوير القيادة الطبية في غزة والضفة الغربية. وغالباً ما يعود الخريجون لتولي أدوار قيادية في مجالاتهم، وغالباً ما يصبحون رؤساء أقسام سريرية.

وقد نجح البرنامج منذ إنشائه في تيسير تخريج وعودة 41 طبيباً من 23 تخصصاً وتخصصاً فرعياً مختلفاً. وحالياً، يخضع 54 طبيباً لتدريبات الإقامة، أو الزمالة في مختلف التخصصات.

وقبل تصعيد النزاع في أكتوبر 2024، عزز البرنامج الاكتفاء الذاتي، وقلل من حاجة المرضى إلى البحث عن الرعاية الطبية في إسرائيل، أو البلدان المجاورة مثل: مصر، والأردن.

ويمتدُّ البرنامج عادةً من أربع إلى سبع سنوات من الإقامة، حسب التخصص، تليها سنتان إلى ثلاث سنوات من التدريب في التخصصات الفرعية (الزمالة). وعادة ما يحصل الخريجون خلال هذه الفترة على شهادة المجلس العربي للتخصصات الطبية، ومؤخراً على شهادة البورد القطري، قبل عودتهم إلى فلسطين.

وقد أحدث برنامج المنح الدراسية تأثيراً عميقاً في الرعاية الطبية في فلسطين من خلال تطوير قوى عاملة ماهرة قادرة على تلبية احتياجات الرعاية الصحية المحلية. ويعزز البرنامج نظام الرعاية الصحية ويعزز أيضاً التعاون الدولي وتبادل المعرفة؛ مما ينهض بالمعايير الطبية في المنطقة.

### 2.2.3 بناء القدرات والتدريب على التأهب

بناء القدرات أمرٌ أساسيٌّ لتعزيز القدرة على الصمود. ويمكن الموظفين من التعبير عن قيمة الرعاية الصحية باعتبارها منفعة عامة، وفهم حقوقهم ومسؤولياتهم، والمشاركة الفعالة في حمايتهم.<sup>74</sup> وينبغي أن يتلقى العاملون في مجال الرعاية الصحية، إلى جانب جميع العاملين في المجال الإنساني، تدريبًا على التأهب لحالات الطوارئ (على سبيل المثال، التدريب على تدبير الإصابات الجماعية)، والبروتوكولات الأمنية، والتحديات الخاصة بتقديم الرعاية الصحية في مناطق النزاع. وقد صمّم العديد من المنظمات الإنسانية برامج تدريبية مصمّمة خصيصًا للعاملين في مجال الرعاية الصحية في البيئات غير الآمنة وقليلة الموارد.\*

وينبغي أن يركز التدريب أيضًا على أخلاقيات مهنة الطب، مع التشديد على القيمة الوقائية للثقة القائمة بين مقدمي الرعاية الصحية والمجتمع. ومن خلال الالتزام بمبادئ الحياد، وعدم الإجحاف والعدل، يفي مقدمو الرعاية الصحية بالتزاماتهم الأخلاقية ويساعدون أيضًا على الحفاظ على قدسية العمل الطبي، والحفاظ على وضعهم الوقائي بموجب القانون الدولي الإنساني.<sup>75,76</sup> وهذا الأساس الأخلاقي، إلى جانب المعرفة بالقانون الدولي الإنساني والمبادئ الإنسانية، يمكن أن يساعد العاملين في مجال الرعاية الصحية على الدعوة الفعالة إلى حماية المدنيين والجرى والمرضى، مع توضيح واجبات ومسؤوليات الجهات الفاعلة المسلحة.

والاستثمار في سلاسل الإمداد القادرة على الصمود ضروريٌّ أيضًا لاستمرار تقديم الخدمات في مواجهة الاضطرابات المرتبطة بالنزاعات المسلحة.

### 3.2.3 تكييف تقديم الخدمات

يجب أن تكون خدمات الرعاية الصحية وبرامجها مصمّمة للسماح بإجراء تعديلات بناءً على السياق الأمني المتطور. وينبغي أن تتضمن خطط الطوارئ المرونة في تخصيص الموارد، والاستراتيجيات التشغيلية، والقدرة على التحول إلى نماذج بديلة لتقديم الخدمات.

ويمكن أن يؤدي تطبيق اللامركزية في الخدمات الصحية من خلال المستشفيات الميدانية، والعيادات المتنقلة، ووحدات الأمومة، والخدمات الصحية المجتمعية، والرعاية عن بُعد إلى الحدّ من مخاطر الهجمات على الرعاية الصحية. وثمة خيار آخر يتمثل في نقل الخدمات ذات الصلة التي لا تتطلب رعاية للمرضى الداخليين - مثل خدمات العيادات الخارجية والمختبرات - خارج المستشفيات. وينبغي النظر في الخيارات المخطط لها مسبقًا، مثل نقل المستشفيات والمرافق الصحية الأخرى في مواجهة العمليات العسكرية المتقدمة، أو المتصاعدة. ففي شمال غرب سوريا، اضطر أحد المستشفيات إلى الانتقال ست مرات مع تطور النزاع.<sup>77</sup> وفي جنوب غزة، حدّد مستشفى عام منشآت أخرى، فقام بنقل خدماته ومعداته لاحقًا، في حين حدّد مستشفى ميدانيّ تديره منظمة غير حكومية موقعًا جديدًا انتقل إليه بعد ذلك قبل اجتياح قوات الدفاع الإسرائيلية رفح في مايو 2024.<sup>78</sup>

وعندما يهجر السكان قسرًا، غالبًا ما تحتاج الخدمات الصحية إلى الانتقال معهم، خاصة إذا استقروا في مناطق ذات إمكانية وصول محدودة إلى الرعاية الصحية. ويمكن النظر في خيارات للمستشفيات الميدانية المؤقتة، أو شبه الدائمة، والمراكز الطبية، والوحدات الصحية الأساسية، إضافةً إلى الرعاية الصحية المجتمعية.<sup>79</sup>

وينبغي إعطاء الأولوية للنساء، والأطفال، والمسنّين، والمعاقين، والمصابين بأمراض خطيرة، مع توفير الرعاية الصحية مجانًا لهذه الفئات حيثما أمكن. ويمكن إعادة تشكيل فرق الرعاية الصحية بسرعة لاستهداف هذه الفئات من السكان في وحدات لامركزية على مستوى المجتمعات المحلية حيثما أمكن.

\* يقدم «الكتاب الأحمر»، أو الوثيقة الإرشادية للفرق الطبية المستجيبة لحالات الطوارئ الصحية في النزاعات المسلحة وغيرها من البيئات غير الآمنة، الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، إطارًا عمليًا للفرق الطبية التي تتأهب لحالات الطوارئ الصحية، أو تشارك في الاستجابة لها في النزاعات المسلحة، وغيرها من البيئات غير الآمنة.

### 4.2.3 التدابير الوقائية في المرافق الصحية

ينبغي تصميم مرافق الرعاية الصحية في مناطق النزاع، أو إعادة تجهيزها لتعزيز البنى التحتية المادية لتقليل تعرضها للهجمات. ويشمل ذلك: استخدام مواد مقاومة للانفجارات وهياكل مدعّمة، ووضع المرافق، أو الخدمات الحيوية (مثل غرف العمليات) بكيفية استراتيجية بعيدًا عن المناطق الشديدة الخطورة كلما أمكن ذلك. وينبغي أيضًا أن يتضمن التصميم مناطق آمنة داخل المنشأة، حيث يمكن للمرضى والموظفين الاحتباء فيها أثناء الهجوم.<sup>80</sup>

ولا بد أيضًا من التثبيت من إمكانية التعرف بوضوح على المرفق، ووسائل نقله ومعداته، والمرافق الطبية الأخرى المرتبطة به باعتبارها خدمات رعاية صحية. وينبغي التشجيع على استخدام الشعارات المميزة - مثل: الصليب الأحمر، أو الهلال الأحمر - في حالات النزاع، حيث تمنح هذه الرموز وضًا خاصًا للحماية بموجب القانون الدولي الإنساني، بما يتجاوز الحماية العامة التي يوفرها القانون الدولي الإنساني التي تحظر الهجمات المباشرة على المدنيين.<sup>81</sup>

كذلك، يمكن لدمج أنظمة الإنذار المبكر، مثل: أجهزة الإنذار، أو كاميرات الفيديو، أو الاتصالات اللاسلكية، أن يعزز تأهب المنشأة من خلال السماح للموظفين بالبدء في بروتوكولات الطوارئ بسرعة. وقد يشمل تصميم المحيط المباشر مناطق عازلة وحواجز طبيعية توفر حماية إضافية من الأسلحة المتفجرة، أو نيران الأسلحة الصغيرة. ويمكن أن يؤدي تنفيذ تدابير قوية لترصد الدخول، بما في ذلك نقاط الدخول الآمنة وتسييج المحيط، إلى زيادة منع الدخول غير المصرح به وتقليل خطر الهجمات.

إن دمج تدابير القدرة الهيكلية على الصمود في استراتيجيات التعافي المبكر في الأزمات المستمرة أمر بالغ الأهمية. ومن شأن دمج هذه التدابير في خطط التعافي أن يعزز نهجًا أكثر شمولًا لإعادة بناء المرافق الصحية الأقل عرضة للهجمات في المستقبل. ثم إن تعزيز انفتاح الجهات المانحة على دعم هذه الاستثمارات أمر ضروري لضمان استدامة جهود التعافي وتعزيز التدابير الوقائية للمستقبل.

## 3.3 التواصل والمناصرة والدبلوماسية

### 1.3.3 التواصل مع القوات المسلحة والجهات الفاعلة غير الحكومية

إن التواصل مع كلٍّ من الجهات الفاعلة المسلحة الحكومية وغير الحكومية أمر بالغ الأهمية لضمان حماية الرعاية الصحية في مناطق النزاع. وينبغي أن يشمل هذا التواصل التثقيف بشأن الحق في الصحة، وحياد الرعاية الطبية، واستخدام الشعار، والتزامات جميع الأطراف بموجب القانون الدولي الإنساني، وقانون حقوق الإنسان، والقوانين المحلية ذات الصلة لحماية العاملين في المجال الطبي والمرافق الطبية والمرضى. وقد أعدت اللجنة الدولية للصليب الأحمر برامج تدريبية مصممة خصيصًا للقوات العسكرية، ويمكن توسيع نطاقها وتكييفها مع سياقات مختلفة، كما أن إنشاء قنوات اتصال واضحة بين مقدمي الرعاية الصحية والجهات الفاعلة المسلحة يمكن أن يساعد على التخفيف من سوء الفهم، والحد من مخاطر الهجمات على مرافق الرعاية الصحية.

### 2.3.3 الوعي المجتمعي والتواصل مع المجتمع المحلي

إن شحذ وعي المجتمعات المحلية بأهمية حماية الرعاية الصحية عنصر حيوي في المناصرة والحماية الشاملة لنظام الرعاية الصحية. ويمكن أن تتراوح مشاركة المجتمع المحلي من المشاركة في تصميم برامج الرعاية الصحية وتنفيذها إلى القيام بأدوار فعالة في نشر الرسائل الرئيسية وإنشاء أنظمة الإنذار المبكر.

**شحذ وعي المجتمعات المحلية بأهمية حماية الرعاية الصحية عنصر حيوي في المناصرة والحماية الشاملة لنظام الرعاية الصحية.**



وتُظهر المبادرات التي تقودها المجتمعات المحلية، مثل نظام الرائد المستخدم في سوريا، كيف يمكن للسكان المحليين المساهمة في حماية مرافق الرعاية الصحية.<sup>82</sup> ويمكن للأنظمة التي تستخدم مرافقين مجتمعين لتقديم إنذارات مبكرة من الهجمات أن تحمي الرعاية الصحية وتعزز أيضًا الشعور بالملكية والمسؤولية بين المجتمعات المحلية. وعندما يلتزم مقدمو الرعاية الصحية بالمبادئ الأخلاقية، فإنهم يبنون الثقة مع المجتمع المحلي؛ الأمر الذي له قيمته الوقائية الخاصة. ويعزز هذا السلوك الأخلاقي النظرة إلى الرعاية الصحية على أنها محايدة ونزيهة؛ مما يشجع الجهات الفاعلة المحلية والمقاتلين على احترام هذه الخدمات وحمايتها.

ويمكن تعزيز التواصل المجتمعي من خلال البرامج التشاركية التي تشرك القادة المحليين وأصحاب النفوذ في الدعوة إلى فهم الرعاية الصحية وحمايتها باعتبارها منفعة عامة. ويمكن للحملات العامة توعية المجتمعات المحلية بحقوقها بموجب القانون الدولي الإنساني، وعواقب الاعتداء على مرافق الرعاية الصحية. وينبغي أن تستخدم هذه الحملات اللغات المحلية، والرسائل المناسبة ثقافيًا لضمان الفهم والدعم على نطاق واسع.

### 3.3.3 الاستراتيجيات الدبلوماسية والمناصرة الدولية

إن الجهود الدبلوماسية ضرورية لضمان التزام جميع الأطراف في النزاع بالمعايير الدولية لحماية الرعاية الصحية. ويشمل ذلك إشراك الدول الملتزمة بالقانون الدولي الإنساني في استخدام النفوذ الدبلوماسي بفعالية لحماية الرعاية الصحية في حالات النزاع والدعوة إلى مزيد من الامتثال والمساءلة. ويمكن أن تساعد الاستفادة من منصات، مثل: مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة، ومكتب مفوض الأمم المتحدة السامي لحقوق الإنسان، على وضع حماية الرعاية الصحية في طليعة الخطاب الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني. ويمكن أيضًا استخدام الضغط الدبلوماسي، المنسق بين عدة دول؛ لإصدار بيانات مشتركة، أو تطبيق عقوبات، أو اتخاذ تدابير أخرى ضد المنتهكين.

والتعاون الدولي أيضًا أمر بالغ الأهمية. وتضطلع منظمات، مثل: اللجنة الدولية للصليب الأحمر، ومنظمة الصحة العالمية، وهيئات دولية أخرى بأدوار محورية في الدعوة إلى حماية الرعاية الصحية. وهي تقوم بذلك من خلال المشاركة في الحوار الثنائي والسري، ووضع المعايير، ودعم قدرة النظم الصحية على الصمود. وينبغي الاستفادة من الدبلوماسية المتعددة الأطراف لبناء إجماع عالمي حول الحاجة إلى حماية الرعاية الصحية؛ وذلك باستخدام منصات مثل مجلس الأمن الدولي لإصدار القرارات وإنفاذ الامتثال لها.

وتؤدي تحالفات منظمات المجتمع المدني، مثل تحالف حماية الصحة في حالات النزاع، دورًا متزايد الأهمية في الدعوة إلى حماية الرعاية الصحية في مناطق النزاع. ومن خلال البحث وإعداد التقارير والمناصرة الاستراتيجية، يمكن لهذه التحالفات أن ترفع أصوات المجتمعات المتضررة، وتدعو أيضًا إلى المساءلة والامتثال للقانون الدولي الإنساني، وتشجيع التغييرات في السياسات الرامية إلى حماية العاملين الصحيين والمرافق الصحية والمرضى في مناطق النزاع. ولا بد أيضًا من التواصل مع الجهات المانحة لتأمين التمويل المصممة خصيصًا لحماية الرعاية الصحية في مناطق النزاع. كما أن توفير التمويل المرن، أو التمويل المخصص بمرونة يسمح بالقدرة على التكيف في الاستجابة للاحتياجات الصحية المتغيرة في البيئات المتقلبة وغير الآمنة. ويضمن اطلاع الجهات المانحة بانتظام على الحالة الأمنية، وإظهار أثر مساهماتها في حماية الرعاية الصحية الشفافية ويعزز الدعم المستمر. ويمكن أن يؤدي ذلك في نهاية المطاف إلى حماية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية.

### 4.3.3 التواصل الاستراتيجي

التواصل الاستراتيجي الفعال مهم في التأثير على الجهات المعنية، وحشد الدعم الدولي لحماية الرعاية الصحية. ويشمل ذلك الاستعانة بالبيانات، ودراسات الحالات والشهادات؛ لبناء سردية مقنعة تلقى صدى لدى الخبراء القانونيين وعامة الناس. فعلى سبيل المثال، يمكن استخدام التوثيق المنهجي للهجمات على الرعاية الصحية - مثلًا، كما فعلت منظمة الصحة العالمية في جنوب الصحراء الكبرى، والتقرير السنوي المفصل الصادر عن تحالف حماية الصحة في حالات النزاع -

لدعم جهود المناصرة وإبلاغ توصيات السياسات العالمية. ويمكن أن يوفر جمع البيانات الموثوقة أيضًا تصورًا أكبر عن حجم المشكلة، مع القيام بمزيد من العمل لتقييم أثر الهجمات على الأرواح التي تُزهِق وكذلك من حيث الموارد والخسائر الاقتصادية والنكسات الإنمائية اللاحقة.

وينبغي أن يستفيد التواصل الاستراتيجي من الشخصيات البارزة، والمنظمات الدولية، والمنصات الإعلامية الدولية لتقوية الرسالة على الصعيد العالمي. ويجب أن يضمن التواصل أيضًا فهمًا واسع النطاق وإعطاء الأولوية لحماية الرعاية الصحية في مناطق النزاع.

### 5.3.3 الصحة والسلام

إن الطريقة الأكثر فعالية لحماية الرعاية الصحية في النزاعات، في نهاية المطاف، هي منع الحروب قبل اندلاعها - والوصول بها إلى نهاية سريعة وعادلة عند اندلاعها. وتتطلب معالجة الأسباب الجذرية للنزاعات - مثل الحرمان من الحقوق، وعدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية، وسوء الحكم، والصراعات على السلطة، والانقسامات الثقافية والعرقية والدينية - جهودًا متضافرة تتجاوز القطاع الصحي. ومع ذلك، يمكن أن يسهم المهنيون الصحيون، بطريقتهم المتواضعة، في بناء الثقة والتماسك الاجتماعي والقدرة على الصمود على مستوى المجتمع المحلي وخارجه. فمن خلال التمسك بحق مجتمعاتهم المحلية في الصحة دون تمييز، والالتزام بأخلاقيات مهنة الطب في جميع الأوقات، والوفاء بمسؤولياتهم المهنية بطريقة تراعي النزاعات، يمكنهم المساهمة في آفاق تحقيق السلام والحفاظ عليه واستدامته.

## القسم 4. توصيات لتحسين حماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة

التوصيات التالية مقترحة كخطوات قوية لمنع الهجمات على الرعاية الصحية والتخفيف من آثارها. وهي موجهة إلى طائفة كاملة من الجهات المعنية التي هناك حاجة إلى تأثيرها لحماية الرعاية الصحية في النزاعات. وتشمل هذه الجهات: الحكومات، ووكالات الأمم المتحدة، والمنظمات الدولية، والمنظمات غير الحكومية، ومنظمات المجتمع المدني، والهيئات المهنية، والخبراء والممارسين في القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان.

### 1.4 التدابير العالمية والإقليمية

#### 1.1.4 عقد تحالف عالمي لحماية الرعاية الصحية في النزاعات

إنشاء تحالف من الدول الأعضاء الملتزمة، ووكالات الأمم المتحدة، والمنظمات الدولية، والمنظمات غير الحكومية، ومنظمات المجتمع المدني لممارسة الضغط الدبلوماسي، وتنسيق الإجراءات لحماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة. وسيعمل التحالف على تسهيل تقاسم البيانات، وفحص أساليب جمع البيانات بانتظام، وتجميع الموارد، وتعزيز التدابير القوية لحماية الرعاية الصحية، والدعوة إلى المزيد من المساءلة. ويمكن أن تشمل الأولويات الأولية الدعوة المكثفة في مواجهة الهجمات الجارية، والتواصل الدبلوماسي من قبل الدول الأعضاء مع المحكمة الجنائية الدولية. ويمكن إنشاء مجموعات إقليمية فرعية، مثل: مجموعات فرعية للشرق الأوسط، وإفريقيا، وأوروبا.

#### 2.1.4 إنشاء منصب مقرر خاص للأمم المتحدة معني بحماية الصحة في النزاعات المسلحة

ينبغي أن تحث الدول الأعضاء مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة على إنشاء منصب مقرر خاص معني بحماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة. وستمثل المسؤوليات الرئيسية لهذا المقرر الخاص في رصد حماية الرعاية الصحية في النزاعات، والإبلاغ عنها، والدعوة إلى حمايتها، وتيسير التعاون الدولي لحماية الصحة. فإن لم يكن المجلس في وضع يسمح له بإنشاء مثل هذا المنصب، فالخيار البديل أن ينشئ الأمين العام ممثلًا خاصًا لحماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة.

#### 3.1.4 تحسين توثيق الهجمات على الرعاية الصحية بما في ذلك تأثيرها على الصحة العامة

ينبغي أن تواصل مختلف آليات ومنصات جمع البيانات تحسين منهجياتها؛ استنادًا إلى الولايات والأهداف التنظيمية. وينبغي تعزيز مصادر البيانات وأنظمة التحقق وتوحيدها - قدر الإمكان - لتبادل البيانات. وينبغي أن تدعم الجهات المانحة الجهود المبذولة لتوثيق تأثير الهجمات على الرعاية الصحية في الصحة العامة، والبحوث التشغيلية لتعزيز قاعدة الأدلة للتدابير الوقائية. ويمكن للشركاء الأكاديميين أن يظطلعوا بدور مهم في تحسين منهجيات جمع البيانات، وتوثيق الأثر على الصحة العامة، وإجراء البحوث التشغيلية.

#### 4.1.4 تكثيف الدبلوماسية واستدامتها ابتغاء حماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة

ينبغي للحكومات، ووكالات الأمم المتحدة، والمنظمات الدولية، وهيئات حقوق الإنسان أن تبذل جهودًا دبلوماسية صارمة مع الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية التي ثبت اعتداؤها على الرعاية الصحية، أو يشتبه في اعتدائها عليها. وحيثما لا تنجح هذه الجهود، ينبغي النظر في اتخاذ تدابير قانونية سليمة مثل: التشهير العلني، والفيود التجارية، والعقوبات. وينبغي تشجيع الحكومات على ممارسة الولاية القضائية العالمية فيما يتعلق بانتهاكات القانون الدولي المرتبط بحماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة. وينبغي أن تتعاون البرلمانات الوطنية، ووزارات العدل، والهيئات القانونية الدولية، ومنظمات حقوق الإنسان في سبيل تقديم المسؤولين عن انتهاكات القانون الدولي الإنساني إلى العدالة.

### 2.4 التدابير الوطنية

#### 1.2.4 بناء القدرات في مجال الدبلوماسية الصحية والإنسانية

وضع وتنفيذ برامج تدريبية للعاملين في مجال الرعاية الصحية والمجموعات الأخرى ذات الصلة للنهوض بالمهارات في مجال مناصرة الرعاية الصحية باعتبارها منفعة عامة عالمية، وفي التعامل مع تعقيدات النزاعات المسلحة. ويمكن أن يشمل هذا التدريب دورات بشأن التفاوض على الحصول على الرعاية الصحية، وحماية الصحة، وبناء الثقة والتواصل. وتعدّد مؤسسات مختلفة عددًا قليلًا من الدورات التدريبية والندوات حول هذه المواضيع، ولكن ينبغي وضع منهج أكثر رسمية والترويج له - على سبيل المثال، من قبل منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع الشركاء الأكاديميين والتشغيليين.

#### 2.2.4 دمج القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان في المناهج

##### التعليمية

تشجيع وزارات التعليم على دمج التثقيف في مجال القانون الإنساني، وحقوق الإنسان في التعليم الثانوي والعالي - بما في ذلك للعاملين في مجال الرعاية الصحية - بدعم فني من الهيئات الدولية. ولضمان التنسيق والاتساق في التعليم على الصعيد العالمي، ينبغي تطوير مواد تعليمية موحدة حول القانون الدولي الإنساني، والقانون الدولي لحقوق الإنسان، وأخلاقيات مهنة الطب، بالتعاون مع منظمات عالمية مثل: اللجنة الدولية للصليب الأحمر، ووكالات الأمم المتحدة. وينبغي لوزارات الدفاع أن تضمن تدريب أفراد القوات المسلحة تدريبًا شاملاً على التزاماتهم بموجب القانون الدولي الإنساني وتزويدهم بإرشادات عملية حول كيفية حماية الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة. وحيثما توجد ثغرات، ينبغي وضع السياسات والبرامج ذات الصلة وتنفيذها؛ وحيثما توجد سياسات قائمة، ينبغي مراجعتها وتعزيزها.

#### 3.2.4 معالجة الصدمات الجسدية والنفسية الاجتماعية التي يتعرض لها العاملون

##### الصحيون

وضع برامج دعم شاملة للعاملين في مجال الرعاية الصحية لتدبير الصدمات الناجمة عن النزاع. ووضع سياسات تضمن حصول العاملين في مجال الرعاية الصحية على الحماية الكافية، ومنها الدعم النفسي والرعاية الصحية النفسية. وهذا الأمر مهم على نحو خاص للعاملين الصحيين المحليين الذين غالبًا ما يعملون في الخطوط الأمامية لفترات طويلة ويتعرضون لضغوط هائلة. واعتماد الأطر القائمة، حيثما أمكن، مثل تلك المبينة في «واجبنا في الرعاية»: دعوة عالمية للعمل من أجل حماية الصحة النفسية للعاملين في مجال الصحة والرعاية<sup>83</sup>.

## 3.4 التدابير المحلية

### 1.3.4 تعزيز قدرة النُظُم الصحيّة على الاستجابة لحالات الطوارئ والصمود

السهر على اشتغال خطط التأهب والاستجابة لحالات الطوارئ على خيارات لاستمرار الخدمات في سياق النزاع المسلح واحتمال تعطل النظام. ويمكن أن تشمل هذه الخيارات أنظمة الإنذار المبكر لاحتمال تعطل الخدمات الصحية، ولامركزية الخدمات الصحية، وحالات الطوارئ للنقل السريع للمرافق/الخدمات والإيواء. ويمكن استكمالها بالتخزين المسبق للإمدادات الطبية في مواقع مختلفة بقصد السماح بإعادة التوزيع السريع. وينبغي للسلطات الصحية أن تولي الأولوية لتعزيز البنية التحتية للمرافق الصحية، أو تحديثها، أو إعادة تجهيزها لتحمل الآثار المادية للنزاع المسلح. وتشمل الخيارات تعزيز الهياكل فوق الأرض للحماية من الانفجارات ونيران الأسلحة الصغيرة، وإنشاء مخابئ تحت الأرض. وفي الأحوال المثالية، ينبغي أن تتضمن أي عمليات تحديث، أو إعادة تجهيز مواد مقاومة للحريق ومقاومة للانفجارات للحفاظ على العمليات أثناء الهجمات.

### 2.3.4 زيادة مشاركة المجتمع المحلي في حماية الرعاية الصحية

يمكن أن يرتبط أفراد المجتمع المحلي بموضوع الرعاية الصحية من عدة منظورات: فقد يكونون ضحايا (على سبيل المثال، من خلال الخسائر في الأرواح، أو الإصابات التي يتعرضون لها كمرضى أثناء الهجوم، أو فقدان إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية بسبب هجوم)، أو جناة (كما هو موثق خلال النزاعات الأخيرة وتفشي الأمراض)، أو حماة (باعتبارهم مناصرين ومفاوضين لحماية الرعاية الصحية). وتؤدي المجتمعات المحلية دورًا محوريًا في الاستجابة لجميع حالات الطوارئ الصحية والإنسانية وحلها. ومن شأن المشاركة المجتمعية القوية والمفتوحة أن تخفف من المخاطر المتمثلة في أن يكون أفراد المجتمع المحلي ضحايا وجناة في حالات الطوارئ الصحية والإنسانية، مع إشراكهم أيضًا باعتبارهم مساهمين أقوياء في حماية الرعاية الصحية.

## القسم 5. الخاتمة

المديون الأبرياء، على مر التاريخ، هم الأكثر تأثراً بوحشية الحرب. ومع أن الهجمات على الرعاية الصحية لطالما كانت سمة من سمات النزاعات المسلحة، فإن الإدراك الكامل لحجمها وتأثيرها على الصحة العامة لم يتضح إلا في السنوات الأخيرة؛ نتيجة أمور منها زيادة التوثيق والإبلاغ المتسق. كما تحسّن فهمنا لتأثيرها المباشر في العاملين الصحيين والمرضى والنظم الصحيّة، إلى جانب ما تسببه من تعطيل للخدمات الصحية والحصول على الرعاية.

وعلى الرغم من تحسّن الفهم، فإن ما لم يتغير هو الإفلات من العقاب المرتبط بالهجمات على الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، خلال الأعوام 2022-2024، كان هناك أكبر عدد من الحوادث منذ بدء الإبلاغ عن هذه الظاهرة. والجهود الدبلوماسية المبذولة بحسن نية منعدمة التأثير على نحو متزايد، وإن كان استمرارها أمراً واجباً. وفي حين أنه وُثِّق آلاف الهجمات، لا تزال المساءلة نادرة للغاية؛ ولذلك تستمر الهجمات. ونتيجة لذلك، اضطرّ العاملون الصحيون، والعاملون في المجال الإنساني، والمجتمعات المحلية إلى تطوير تعديلات محلية محدّدة لتقديم الخدمات الصحية بقصد حماية الرعاية الصحية والتخفيف من أثر الهجمات.

ولحماية الحق في الصحة والرعاية الصحية على نحو فعال، يجب علينا تنفيذ استراتيجيات شاملة لتحقيق ما يلي:

- تعزيز آليات المساءلة.
- تعزيز الوعي بالقانون الدولي الإنساني والحق في الصحة.
- بناء القدرة على الصمود والتأهب.
- تعزيز تحسين المشاركة والمناصرة والدبلوماسية.

وتتناول التوصيات الواردة في هذا التقرير الوقاية، والتخفيف، والمساءلة، والمسؤولية على الصعيد العالمي والإقليمي والوطني والمحلي. وهي تهدف إلى توفير إطار استراتيجي لتوجيه واضعي السياسات، ومنظمات حقوق الإنسان، والدول الأعضاء، ووكالات الأمم المتحدة بشأن العمل المستقبلي. ومن خلال الالتزام بهذه المبادئ التوجيهية، يمكن لهذه الجهات الفاعلة أن تؤدي دوراً محورياً في تعزيز حماية الرعاية الصحية في خضم النزاعات المسلحة. ويمكنها كذلك أن تسهر على أن تكون التدخلات المستقبلية فعالة ودائمة لسنوات قادمة.

<b>ACLED</b>	Armed Conflict Location and Event Data
<b>AHC</b>	Attacks on healthcare
<b>HeRAM</b>	Health Resources and Services Availability Monitoring System
<b>HRL</b>	Human Rights Law
<b>IAC</b>	international armed conflict
<b>ICRC</b>	International Committee of the Red Cross
<b>IHL</b>	International Humanitarian Law
<b>NIAC</b>	non-international armed conflict
<b>oPt</b>	Occupied Palestinian territory
<b>SSA</b>	Surveillance System for Attacks on Health Care
<b>UN</b>	United Nations
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>WISH</b>	World Innovation Summit for Health

## شكر وعرهان

ترأس الفريق الاستشاري للمنتدى المعني بهذه الورقة **ريتشارد برينان**، المدير الإقليمي لحالات الطوارئ في المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية.

وكتب هذه الورقة ريتشارد برينان، منظمة الصحة العالمية، بالتعاون مع كل من: **إسبيرانزا مارتينيز**، الجامعة الوطنية الأسترالية؛ **وليونارد روبنشتاين**، كلية جونز هوبكنز بلومبرغ للصحة العامة؛ **وهيو جونج كيم**، منظمة الصحة العالمية؛ **ومها العاكوم**، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش»؛ **وسلطانة أفضل**، مؤسسة قطر؛ **وماريا جيفارا**، منظمة أطباء بلا حدود؛ **وصالحة أحسن**، جامعة كامبريدج؛ **وتوم باشفور**، جامعة كامبريدج؛ **وسليم سلامة**، «ويش»؛ **وألطف موساني**، منظمة الصحة العالمية.

وتتقدم بالخالص الشكر لأعضاء الفريق الاستشاري لمنتدى «ويش» 2024 حول حماية الصحة في النزاعات المسلحة، الذين أسهموا برؤاهم الفريدة في هذه الورقة البحثية:

- **الدكتورة نوب السويدي**، وزارة الخارجية، قطر
- **الدكتور كارل بلانشيت**، جامعة جنيف
- **الدكتورة ماريا جيفارا**، منظمة أطباء بلا حدود
- **الدكتور هيو جونج كيم**، منظمة الصحة العالمية
- **الدكتورة جميلة محمود**، مركز صنواي للصحة الكوكبية في ماليزيا
- **الدكتورة إسبيرانزا مارتينيز**، الجامعة الوطنية الأسترالية
- **روسيللا ميتشيو**، الجامعة الوطنية الأسترالية
- **الدكتورة فاليري نكامغانغ بيمو**، مؤسسة بيل وميليندا غيتس
- **الدكتور هيثم قوس**، الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر
- **شهناز رشيد**، منظمة الإنسانية أولاً
- **الدكتور ليونارد روبنشتاين**، جامعة جونز هوبكنز
- **الدكتور زاهر سحلول**، منظمة ميدغلوبال
- **نينا سكولار**، وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا)
- **الدكتور مسفن تيكلو تسيما**، لجنة الإنقاذ الدولية
- **كريستينا والي**، منظمة Insecurity Insight
- **سامان ضياء ظريفي**، منظمة أطباء من أجل حقوق الإنسان

ونود أن نشكر أعضاء فريق عمل منظمة الصحة العالمية على مساهمتهم بخبراتهم في هذا التقرير:

- **الدكتور علي أردلان**، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية
- **الدكتورة ريانا بو حقة**، منظمة الصحة العالمية في قطر
- **جيم كامبل**، منظمة الصحة العالمية
- **ميرديث فيندت-نيولين**، منظمة الصحة العالمية
- **الدكتور عوض مطرية**، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية
- **محمد شيراز**، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية
- **الدكتورة إنكا فايسبيكر**، منظمة الصحة العالمية

وأخيرًا، نود أن نشكر **ديدي تومسون** من فريق «ويش»؛ على دعمها وتوجيهاتها التحريرية في إعداد هذا التقرير.

وأيُّ أخطاء أو سهو فهو من مسؤولية المؤلفين.

- 1 Safeguarding Health in Conflict and Insecurity Insight. *Critical Condition: Violence against health care in conflict*, Baltimore: Safeguarding Health in Conflict Coalition; 2023.
- 2 Meier BM et al. Monitoring Attacks on Health Care as a Basis to Facilitate Accountability for Human Rights Violations. *Health and Human Rights*, 2021. 23(1): p. 55-70.
- 3 World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization; 2005. [apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf](https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf). [Accessed 16 August 2024].
- 4 Meier BM et al. Monitoring Attacks on Health Care as a Basis to Facilitate Accountability for Human Rights Violations. *Health and Human Rights*, 2021. 23(1): p. 55-70.
- 5 International Committee of the Red Cross, Rule 25. Medical Personnel.
- 6 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 7 International Committee of the Red Cross. *ICRC 2024 Opinion Paper – How is the term 'Armed Conflict' defined in international humanitarian law?* ICRC, 16 April 2024. [www.icrc.org/en/document/icrc-opinion-paper-how-term-armed-conflict-defined-international-humanitarian-law](http://www.icrc.org/en/document/icrc-opinion-paper-how-term-armed-conflict-defined-international-humanitarian-law). [Accessed 27 August 2024].
- 8 United Nations Office for Disaster Risk Reduction. *Non-International Armed Conflict (NIAC)*. [www.undrr.org/understanding-disaster-risk/terminology/hips/so0002](http://www.undrr.org/understanding-disaster-risk/terminology/hips/so0002). [Accessed 27 August 2024].
- 9 International Committee of the Red Cross. *ICRC 2024 Opinion Paper – How is the term 'Armed Conflict' defined in international humanitarian law?* ICRC, 16 April 2024. [www.icrc.org/en/document/icrc-opinion-paper-how-term-armed-conflict-defined-international-humanitarian-law](http://www.icrc.org/en/document/icrc-opinion-paper-how-term-armed-conflict-defined-international-humanitarian-law). [Accessed 27 August 2024].
- 10 Armed Conflict Location and Event Data. *Conflict Exposure: Overview*. [webpage]. [acleddata.com/conflict-exposure/#overview](http://acleddata.com/conflict-exposure/#overview). [Accessed 27 August 2024].
- 11 Kaldor M. *New and Old Wars: Organised violence in a global era*. Newark, UK: Polity Press; 2013.
- 12 Garry S and Checchi F. Armed Conflict and Public Health: Into the 21st century. *Journal of Public Health*, vol. 42, no. 3, pp. e287-e298, 2019.

- 13 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 14 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 15 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 16 Medecins Sans Frontieres. *Health facilities targeted in Tigray*, 18 March 2021. [News]. [www.doctorswithoutborders.ca/health-facilities-targeted-in-tigray](http://www.doctorswithoutborders.ca/health-facilities-targeted-in-tigray). [Accessed 27 August 2024].
- 17 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 18 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 19 Wadoum REG et al. The 2018–2020 Ebola Outbreak in the Democratic Republic of Congo: A Better Response Had Been Achieved Through Inter-State Coordination in Africa. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2021; 14: 4923–4930.
- 20 Green A. DR Congo Ebola virus treatment centres attacked. *The Lancet*, vol. 393, no. 10176, p. 1088, 2019.
- 21 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 22 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 23 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].

- 24 World Health Organization. Attacks on health care during the Great March of Return in Gaza. 11 April 2019. [Online]. <https://joomla.emro.who.int/opt/news/attacks-of-health-care-during-the-great-march-of-return-in-gaza.html>. [Accessed 27 August 2024].
- 25 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 26 New York Times. A Tunnel Offers Clues to How Hamas Uses Gaza’s Hospitals. *New York Times*. 12 February 2024. [www.nytimes.com/interactive/2024/02/12/world/middleeast/gaza-tunnel-israel-hamas.html](http://www.nytimes.com/interactive/2024/02/12/world/middleeast/gaza-tunnel-israel-hamas.html). [Accessed 21 September 2024].
- 27 Ngendakumana PE. 500 medical workers killed during Israel’s military assault on Gaza, UN says. *Politico*. 26 June 2024. [www.politico.eu/article/500-healthcare-workers-killed-during-israel-military-assault-on-gaza-hospital-un-charity-says](http://www.politico.eu/article/500-healthcare-workers-killed-during-israel-military-assault-on-gaza-hospital-un-charity-says). [Accessed 21 September 2024].
- 28 Loveluck L et al. The case of al-Shifa: Investigating the assault on Gaza’s largest hospital. *The Washington Post*. [www.washingtonpost.com/world/2023/12/21/al-shifa-hospital-gaza-hamas-israel](http://www.washingtonpost.com/world/2023/12/21/al-shifa-hospital-gaza-hamas-israel). [Accessed 21 September 2024].
- 29 Loveluck L et al. The case of al-Shifa: Investigating the assault on Gaza’s largest hospital. *The Washington Post*. [www.washingtonpost.com/world/2023/12/21/al-shifa-hospital-gaza-hamas-israel](http://www.washingtonpost.com/world/2023/12/21/al-shifa-hospital-gaza-hamas-israel). [Accessed 21 September 2024].
- 30 International Committee of the Red Cross. *ICRC 2024 Opinion Paper – How is the term ‘Armed Conflict’ defined in international humanitarian law?* ICRC, 16 April 2024. [www.icrc.org/en/document/icrc-opinion-paper-how-term-armed-conflict-defined-international-humanitarian-law](http://www.icrc.org/en/document/icrc-opinion-paper-how-term-armed-conflict-defined-international-humanitarian-law). [Accessed 27 August 2024].
- 31 Schmitt M. *Israel-Hamas 2023 Symposium – The legal protection of hospitals during armed conflict*. Lieber Institute, West Point. [online article] 29 December 2023. [lieber.westpoint.edu/legal-protection-hospitals-during-armed-conflict](http://lieber.westpoint.edu/legal-protection-hospitals-during-armed-conflict). [Accessed 21 September 2024].
- 32 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 33 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 34 Bou-Orm IR et al. Provision of Mental Health and Psychosocial Support Services to Health Workers and Community Members in Conflict-affected Northwest Syria: A mixed-methods study. *Conflict and Health*, vol. 17, no. 46, 2023.

- 35 Chandini MA et al. It is because of the love for the job that we are still here: Mental health and psychosocial support among health care workers affected by attacks in the Northwest and Southwest regions of Cameroon. *PLoS Global Public Health*, vol. 3, no. 11, 2023.
- 36 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 37 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 38 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 39 Burnham G. Doctors leaving 12 tertiary hospitals in Iraq, 2004–2007. *Social Science & Medicine*, vol. 69, no. 2, pp. 172–177, 2009.
- 40 Druetz T. Effects of Terrorist Attacks on Access to Maternal Healthcare Services: A national longitudinal study in Burkina Faso. *BMJ Global Health*, vol. 5, no. 9, 2020.
- 41 World Health Organization. *Disruption of Access to Medicines and Medical Devices in Ukraine, February–June 2022*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
- 42 World Health Organization. *Health Resources and Services Availability Monitoring System (HeRAMS) – World overview*. [webpage] [herams.org/session/create](http://herams.org/session/create). [Accessed 30 September 2024].
- 43 Verma A et al. Insecurity, polio vaccination rates, and polio incidence in northwest Pakistan. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*. 29 January 2018. [www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.1711923115](http://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.1711923115). [Accessed 8 October 2024].
- 44 Al-Mandhari A. Statement condemning killing of 8 polio health workers in Afghanistan. [News release] World Health Organization. 24 February 2022. [www.emro.who.int/media/news/statement-condemning-killing-of-8-polio-health-workers-in-afghanistan](http://www.emro.who.int/media/news/statement-condemning-killing-of-8-polio-health-workers-in-afghanistan). [Accessed 8 October 2024].
- 45 Ahmed S et al. Police officers gunned down while protecting vaccination workers in Pakistan. *Journal of Infection and Public Health*. Vol. 10, Issue 2, March–April 2017, pages 249–250. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2016.07.001> [Accessed 8 October 2024].
- 46 Global Polio Eradication Initiative. *Polio This Week*. [webpage]. [polioeradication.org/about-polio/polio-this-week](http://polioeradication.org/about-polio/polio-this-week). [Accessed 8 October 2024].

- 47 World Health Organization. *oPt Emergency Situation Update, Issue 46*. 25 September 2024. [www.emro.who.int/images/stories/Sitrep\\_46b.pdf](http://www.emro.who.int/images/stories/Sitrep_46b.pdf). [Accessed 4 October 2024].
- 48 World Health Organization. *oPt Emergency Situation Update, Issue 46*. 25 September 2024. [www.emro.who.int/images/stories/Sitrep\\_46b.pdf](http://www.emro.who.int/images/stories/Sitrep_46b.pdf). [Accessed 4 October 2024].
- 49 World Health Organization. Humanitarian pauses vital for critical polio vaccination campaign in the Gaza Strip, 16 August 2024. [Press statement]. [www.who.int/news/item/16-08-2024-humanitarian-pauses-vital-for-critical-polio-vaccination-campaign-in-the-gaza-strip](http://www.who.int/news/item/16-08-2024-humanitarian-pauses-vital-for-critical-polio-vaccination-campaign-in-the-gaza-strip). [Accessed 4 October 2024].
- 50 World Health Organization. *oPt Emergency Situation Update, Issue 46*. 25 September 2024. [www.emro.who.int/images/stories/Sitrep\\_46b.pdf](http://www.emro.who.int/images/stories/Sitrep_46b.pdf). [Accessed 4 October 2024].
- 51 London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Crisis in Gaza: Scenario-based Health Impact Projections. Report One: 7 February to 6 August 2024*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2024. [gaza-projections.org/#:~:text=It%20aims%20to%20inform%20decision-%20makers%20by%20generating%20scientific%20estimates](http://gaza-projections.org/#:~:text=It%20aims%20to%20inform%20decision-%20makers%20by%20generating%20scientific%20estimates). [Accessed 4 October 2024].
- 52 World Health Organization. *oPt Emergency Situation Update, Issue 46*. 25 September 2024. [www.emro.who.int/images/stories/Sitrep\\_46b.pdf](http://www.emro.who.int/images/stories/Sitrep_46b.pdf). [Accessed 4 October 2024].
- 53 World Health Organization. Joint statement by UNICEF, WHO, UNFPA and UNRWA on Women and newborns bearing the brunt of the conflict in Gaza. [News statement] [www.who.int/news/item/03-11-2023-women-and-newborns-bearing-the-brunt-of-the-conflict-in-gaza-un-agencies-warn](http://www.who.int/news/item/03-11-2023-women-and-newborns-bearing-the-brunt-of-the-conflict-in-gaza-un-agencies-warn). [Accessed 5 October 2024].
- 54 World Health Organization. *Estimating Trauma Rehabilitation Needs in Gaza using Injury Data from Emergency Medical Teams*. Occupied Palestinian Territory: World Health Organization; 2024. [cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/rehab-injury-estimate-gaza---final.pdf](http://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/rehab-injury-estimate-gaza---final.pdf). [Accessed 4 October 2024].
- 55 Integrated Food Security Phase Classification. Gaza Strip: IPC Acute Food Insecurity Special Snapshot, 1 May – 30 September 2024 (25 June 2024). *ReliefWeb*. [reliefweb.int/report/occupied-palestinian-territory/gaza-strip-ipc-acute-food-insecurity-special-snapshot-1-may-30-september-2024-published-25-june-2024](http://reliefweb.int/report/occupied-palestinian-territory/gaza-strip-ipc-acute-food-insecurity-special-snapshot-1-may-30-september-2024-published-25-june-2024). [Accessed 5 October 2024].
- 56 United Nations Children's Fund. *Children's lives threatened by rising malnutrition in the Gaza Strip*. 19 February 2024. [press release]. [www.unicef.org/press-releases/childrens-lives-threatened-rising-malnutrition-gaza-strip](http://www.unicef.org/press-releases/childrens-lives-threatened-rising-malnutrition-gaza-strip) [Accessed 5 October 2024].
- 57 United Nations Children's Fund. *Acute malnutrition has doubled in one month in the north of Gaza strip*. 15 March 2024. [press release] <https://www.unicef.org/>

press-releases/acute-malnutrition-has-doubled-one-month-north-gaza-strip-  
unicef. [Accessed 5 October 2024].

- 58 United Nations Children's Fund. *Gaza Strip: Almost 3000 malnourished children at risk of dying*. 11 June 2024. [press release]. [www.unicef.ch/en/current/news/2024-06-11/gaza-strip-almost-3000-malnourished-children-risk-dying](http://www.unicef.ch/en/current/news/2024-06-11/gaza-strip-almost-3000-malnourished-children-risk-dying). [Accessed 5 October 2024].
- 59 World Health Organization. *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) – Methodology Version 1.0*. Geneva: World Health Organization; 2019. [www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(-ssa\)](http://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(-ssa)) [Accessed 27 September 2024].
- 60 World Health Organization. *WHA65.20 WHO's response, and role as the health cluster lead, in meeting the growing demands of health in humanitarian emergencies*. Sixty-Fifth World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2012.
- 61 Safeguarding Health in Conflict and Insecurity Insight. *Critical Condition: Violence against health care in conflict*, Baltimore: Safeguarding Health in Conflict Coalition; 2023.
- 62 Hakki L et al. Breaking the Silence: Advocacy and accountability for attacks on hospitals in armed conflict. *International Review of the Red Cross*. 2020, 102 (915), 1201–1226.
- 63 Sussman AL. Ending Violence Against Health Care in Conflict. *Hopkins Bloomberg Public Health*. 12 October 2022. [magazine.publichealth.jhu.edu/2022/ending-violence-against-health-care-conflict](http://magazine.publichealth.jhu.edu/2022/ending-violence-against-health-care-conflict). [Accessed 1 October 2024].
- 64 The Lancet. Targeting Health Care in Conflict: The need to end impunity. [editorial]. *The Lancet*. 2023;401;1825.
- 65 Office of the High Commissioner for Human Rights. *Targeting health care in conflict: the need to end impunity*. 6 May 2023. [press release] [www.ohchr.org/en/press-releases/2024/05/impunity-attacks-medical-facilities-and-health-workers-must-end-says-un](http://www.ohchr.org/en/press-releases/2024/05/impunity-attacks-medical-facilities-and-health-workers-must-end-says-un). [Accessed 8 October 2024].
- 66 British Red Cross. *International humanitarian law*. [webpage] [www.redcross.org.uk/about-us/what-we-do/protecting-people-in-armed-conflict/international-humanitarian-law](http://www.redcross.org.uk/about-us/what-we-do/protecting-people-in-armed-conflict/international-humanitarian-law). [Accessed 8 October 2024].
- 67 Crawford E and Pert A. *International Humanitarian Law*. Second Edition. 2022, Cambridge: Cambridge University Press. 135.
- 68 United Nations. *Security Council resolution 2286 (2016)*. <https://digitallibrary.un.org/record/827916?ln=en&v=pdf>. [Accessed 21 September 2024].
- 69 United Nations. *Political Declaration on Strengthening the Protection of Civilians from the Humanitarian Consequences Arising from the Use of Explosive Weapons in Populated Areas*. 2022. [ewipa.org/the-political-declaration](http://ewipa.org/the-political-declaration). [Accessed 27 September 2024].

- 70** US Department of State. Country Reports on Human Rights Practices. [www.state.gov/reports-bureau-of-democracy-human-rights-and-labor/country-reports-on-human-rights-practices/](http://www.state.gov/reports-bureau-of-democracy-human-rights-and-labor/country-reports-on-human-rights-practices/) [Accessed 27 September 2024].
- 71** World Medical Association. *WMA Statement in Times of Armed Conflict and Other Situations of Violence*. [www.wma.net/policies-post/wma-regulations-in-times-of-armed-conflict-and-other-situations-of-violence](http://www.wma.net/policies-post/wma-regulations-in-times-of-armed-conflict-and-other-situations-of-violence). [Accessed 27 September 2024].
- 72** United Nations. *UNSMS Security Policy Manual – Policy on Security Risk Management* – Chapter IV, Security Management, Section A - Security Risk Management. [policy.un.org/sites/policy.un.org/files/files/documents/2020/Oct/spm\\_-\\_chapter\\_iv\\_-\\_section\\_a\\_-\\_security\\_risk\\_management\\_2.pdf](http://policy.un.org/sites/policy.un.org/files/files/documents/2020/Oct/spm_-_chapter_iv_-_section_a_-_security_risk_management_2.pdf). [Accessed 21 September 2024].
- 73** World Health Organization. *HeRAMS Annual Report 2023*. Geneva: World Health Organization; 2024. [cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/herams/herams\\_annual\\_report\\_2023.pdf](http://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/herams/herams_annual_report_2023.pdf). [Accessed 22 September 2024].
- 74** United Nations. *Security Council resolution 2286 (2016)*. p5. <https://digitallibrary.un.org/record/827916?ln=en&v=pdf>. [Accessed 21 September 2024].
- 75** Physicians for Human Rights. Attacks on Health Care/Medical Impartiality: A physician's ethical responsibility to provide care during times of war is identical to that during times of peace. [webpage] [phr.org/issues/health-under-attack/medical-impartiality](http://phr.org/issues/health-under-attack/medical-impartiality). [Accessed 8 October 2024].
- 76** Physicians for Human Rights. Impartial Provision of Medical Care. Factsheet. [phr.org/wp-content/uploads/2022/03/PHR-Medical-Impartiality-Fact-Sheet-updated-2022.pdf](http://phr.org/wp-content/uploads/2022/03/PHR-Medical-Impartiality-Fact-Sheet-updated-2022.pdf). [Accessed 8 October 2024].
- 77** Personal communication, work colleague, northwest Syria, 2 March 2023.
- 78** Personal communication, work colleague, Rafah, southern Gaza, 13 February 2024.
- 79** Sphere Association. *The Sphere Handbook - Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*. 4th ed. 2018. <https://spherestandards.org/handbook>. [Accessed 27 September 2024].
- 80** International Committee of the Red Cross. *ICRC Hospital Design and Rehabilitation Guidelines, Volume 1: Models of Care and Volume 2: Functional Space Catalogue*.
- 81** Medecins Sans Frontieres. *The Practical Guide to Humanitarian Law*. Geneva: Medecins Sans Frontieres. [guide-humanitarian-law.org/content/article/3/distinctive-or-protective-emblems-signs-and-signals](http://guide-humanitarian-law.org/content/article/3/distinctive-or-protective-emblems-signs-and-signals). [Accessed 8 October 2024].
- 82** World Health Organization. *Prevention and protection against attacks on health care: Good practices*. Geneva: World Health Organization; 2023. [iris.who.int/](http://iris.who.int/)

bitstream/handle/10665/375802/9789240019461-eng.pdf. [Accessed 8 October 2024].

- 83** Abdul Rahim HF et al. *Our Duty of Care: A global call to action to protect the mental health of health and care workers*. Qatar: World Innovation Summit for Health; 2022. [wish.org.qa/wp-content/uploads/2024/01/QFJ9259-02-Our-Duty-Of-Care-WEB.pdf](https://wish.org.qa/wp-content/uploads/2024/01/QFJ9259-02-Our-Duty-Of-Care-WEB.pdf). [Accessed 8 October 2024].

# شركاء البحوث

وزارة الصحة العامة  
Ministry of Public Health  
دولة قطر • State of Qatar



تتقدم مبادرة « ويش » بخالص الشكر والتقدير لوزارة الصحة العامة على الدعم الكبير



Cicely Saunders  
International  
Better care at the end of life





