

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΕΘΝΩΝ, ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΜΣ «ΔΙΕΘΝΕΣ ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ»

Διπλωματική Εργασία

**Η προστασία των τραυματιών και ασθενών αμάχων και οι
σύγχρονες προκλήσεις στη διάρκεια πολύπλοκων ενόπλων
συρράξεων**



Αγγελική Μαλτεζάκη Βαθυπέτρου
Α.Μ. 1213Μ008

Τριμελής Επιτροπή
Επίκουρη Καθηγήτρια Μαρία-Ντανιέλλα Μαρούδα, Επιβλέπουσα
Καθηγητής Στέλιος Περράκης
Διδάκτωρ Βασιλική Σαράντη

Αθήνα, Μάιος 2016

Copyright © Αγγελική Γ. Μαλτεζάκη Βαθυπέτρου, 2016.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τη συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τη συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

Μόνο ένα νοσοκομείο δείχνει τι είναι ο πόλεμος...

Erich Maria Remarque

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής σηματοδοτεί το τέλος μια τριετούς διαδρομής, η οποία ήταν γεμάτη έμπνευση, μαθήματα, υλικά και πνευματικά, όνειρα, μοναδικές στιγμές χαράς, δυσκολίας και πρόκλησης. Οι άνθρωποι που γνώρισα σε αυτά τα τρία έτη, καθηγητές, συμφοιτητές και συνάδελφοι αποτέλεσαν το έναυσμα για το νέο μονοπάτι της ακαδημαϊκής και προσωπικής μου εξέλιξης αλλά και πορείας.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την Επίκουρη Καθηγήτρια και Επιβλέπουσα της εργασίας αυτής, κ. Μαρία-Ντανιέλλα Μαρούδα, η οποία υπήρξε όχι μόνο μέντορας μου, όπως και ο κυριότερος λόγος της ενασχόλησης μου με το Ανθρωπιστικό Δίκαιο. Την ευχαριστώ θερμά που επέμεινε να «με βγάλει έξω από το comfort zone μου» τη κατάλληλη στιγμή αλλά κυρίως την ευχαριστώ για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και τις μοναδικές ευκαιρίες που μου προσέφερε.

Επιπλέον, ξεχωριστές ευχαριστίες, οφείλω στον Καθηγητή και Πρόεδρο, πλέον, κ. Στέλιο Περράκη, ο οποίος μου δίδαξε τι σημαίνει Διεθνές Δίκαιο και ήταν πάντοτε δίπλα μου, σε όλη μου την ακαδημαϊκή πορεία, με τις καθοριστικές του συμβουλές, τις γνώσεις, τα ταξίδια και την εμπειρία του.

Σε αυτό το σημείο, δεν μπορώ να μην ευχαριστήσω ορισμένους ανθρώπους που έπαιξαν καταλυτικό ρόλο, γενικότερα, σε αυτό το ταξίδι και ειδικότερα στην εκπόνηση αυτής της εργασίας. Ευχαριστώ λοιπόν, τον Παναγιώτη, για τις ατελείωτες συζητήσεις περί Ανθρωπιστικού Δικαίου, την επιμονή του και την πολύτιμη παρουσία του και τον Τάσο επειδή πίστεψε σε μένα και γιατί χωρίς εκείνον, πιθανόν να μην είχε ξεκινήσει αυτή η διπλωματική. Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην Χριστιάννα, την Ντίνα, τον Βασίλη, την Αθηνά και την Αλεξάνδρα για την συμβολή τους και την αδιάκοπη ψυχολογική στήριξη.

Τέλος, αλλά πάνω απ όλα, θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου, οι οποίοι με την διακριτική παρουσία τους, συνέβαλαν αλλά και συμβάλλουν στην επίτευξη όλων των ακαδημαϊκών εγχειρημάτων μου και όχι μόνο.

A.M

Αθήνα, 14/5/2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ.....	8
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΜΑΤΟΣ.....	10
ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	11
ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	12
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΛΑΝΟΥ.....	13
ΜΕΡΟΣ Α΄ : ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΜΑΧΩΝ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ.....	15
Κεφάλαιο Πρώτο : Η ιστορική ανάδυση της προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων στο Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο.....	15
I. Η εξέλιξη της προστασίας των τραυματιών και ασθενών έως τον Α΄ΠΠ.....	15
II. Η Διάσκεψη του 1947, οι προτάσεις και οι λόγοι που δεν συμπεριλήφθηκαν οι τραυματίες και ασθενείς άμαχοι στις Συμβάσεις της Γενεύης του 1949.....	20
III. Από τις Συμβάσεις της Γενεύης του 1949... ..	23
IV. ... στα Πρωτόκολλα του 1977.....	25
Κεφάλαιο Δεύτερο : Το περιεχόμενο της υποχρέωσης σεβασμού και προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων.....	28
I. Η προστασία των τραυματιών και ασθενών και το δικαίωμα τους σε ιατρική περίθαλψη.....	28
i) Ορίζοντας τον τραυματία και ασθενή... ..	28
ii) Σεβασμός και προστασία.....	31
II. Η προστασία του υγειονομικού προσωπικού, των υγειονομικών μονάδων και οχημάτων και των υγειονομικών ζωνών, ως απόρροια της προστασίας των τραυματιών και ασθενών.....	33
i) Προστασία του υγειονομικού προσωπικού.....	33
ii) Προστασία των υγειονομικών μονάδων και μεταφορών.....	35
iii) Οι επιθέσεις σε υγειονομικούς (πολιτικούς) στόχους ως παραβιάσεις της αρχής της διάκρισης και της αρχής της αναλογικότητας.....	37
iv) Μέτρα προφύλαξης κατά την επίθεση.....	38
v) Παύση της προστασίας του μη μάχιμου υγειονομικού προσωπικού, των μονάδων και των μεταφορών.....	39
vi) Η προστασία των υγειονομικών ζωνών.....	41

III. Η προστασία των τραυματιών και ασθενών στο Διεθνές Δίκαιο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου	45
i) Η προστασία της υγειονομικής περίθαλψης ως απόρροια του δικαιώματος στην υγεία	45
ii) Η υποχρέωση των κρατών στο σεβασμό και στην προστασία του δικαιώματος της υγείας	48
iii) Το πεδίο εφαρμογής του ΔΔΑΔ στους μη κρατικούς δρώντες.....	50
ΜΕΡΟΣ Β΄ : ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΒΙΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΜΑΧΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΔΑΔ ΣΤΙΣ ΠΟΛΥΠΛΟΚΕΣ ΕΝΟΠΛΕΣ ΣΥΡΡΑΞΕΙΣ.....	52
Κεφάλαιο Πρώτο : Η έκταση, οι αιτίες και οι συνέπειες των παραβιάσεων του δικαιώματος προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων.....	52
I. Το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης ως ένα από τα πρώτα θύματα του πολέμου.....	52
i) Οι τραυματίες και ασθενείς και το υγειονομικό προσωπικό ως στόχοι επιθέσης για πολιτικούς, θρησκευτικούς ή εθνικούς λόγους.....	55
ii) Οι υγειονομικές εγκαταστάσεις ως στόχοι επίθεσης κυρίως για απόκτηση στρατιωτικού πλεονεκτήματος (στρατηγικοί στόχοι).....	61
iii) Οι υγειονομικές μεταφορές ως στόχοι επίθεσης στο πλαίσιο μιας στρατηγικής τακτικής (follow up attacks)	66
II. Ο πόλεμος κατά της τρομοκρατίας (αντιτρομοκρατικές κρατικές πολιτικές) ως βασική αιτία του κατακερματισμού της προστασίας της υγειονομικής περίθαλψης. .	69
i) Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης από το υγειονομικό προσωπικό στους τρομοκράτες ως παράνομη ενέργεια.....	72
III. Οι συνέπειες των επιθέσεων στη δράση και στη πρόσβαση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης	77
i) Η εξ αποστάσεως πολιτική διαχείριση των προγραμμάτων από τις ΜΚΟ (Remote Management).....	79
ii) Η ανάγκη ένοπλης συνοδείας - Montreux Document	81
Κεφάλαιο Δεύτερο: Η Διεθνής Αναγνώριση των παραβιάσεων (soft law) και οι συστάσεις της ΔΕΕΣ για την ασφαλή πρόσβαση των ανθρωπιστικών οργανώσεων και την προστασία των τραυματιών και ασθενών αμάχων	86
I. Οι μηχανισμοί πρόληψης και καταστολής των παραβιάσεων του ΔΑΔ αναφορικά με τη προστασία των αμάχων και του υγειονομικού προσωπικού	86
i) Η ανάδειξη της ανάγκης θέσπισης ποινικών διώξεων κατά των υπευθύνων για τις σοβαρές παραβιάσεις του ΔΑΔ μέσα από τις εκθέσεις του Γενικού Γραμματέα	87
ii) Οι σκόπιμες επιθέσεις κατά των νοσοκομείων και του υγειονομικού προσωπικού ως εγκλήματα πολέμου κατά το Συμβούλιο Ασφαλείας – Άποφαση ΣΑ/HE 2286/2016.....	89

iii) Οι επιθέσεις κατά των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ως σοβαρές παραβιάσεις του ΔΑΔ από τις Εξεταστικές Επιτροπές για το Λίβανο και τη Γάζα (Fact-Finding Commissions)	93
iv) Νοσοκομείο Vukovar : Μια σημαντική συνεισφορά (δικαστικός στιγματισμός) για τις παραβιάσεις του ΔΑΔ	99
II. Συστάσεις των εμπλεκόμενων ανθρωπιστικών δρώντων και της ΔΕΕΣ για την ασφαλή πρόσβαση των ανθρωπιστικών οργανώσεων και την προστασία των τραυματιών και ασθενών αμάχων.....	102
i) Συστάσεις προς τις ένοπλες ομάδες για τις πρακτικές που διευκολύνουν την ιατρική πρόσβαση	106
ii) Συστάσεις για την διευκόλυνση των υγειονομικών μεταφορικών μέσων	109
iii) Συστάσεις για την ασφάλεια των υγειονομικών εγκαταστάσεων.....	113
ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ.....	116
ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ	121
ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ.....	122
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	133

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Η προστασία των τραυματιών και ασθενών στη διάρκεια ενόπλων συρράξεων αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο του Διεθνούς Ανθρωπιστικού Δικαίου, το οποίο έχει ως στόχο να «εξανθρωπίσει το πόλεμο». Σε όλη την ιστορία του, η ανάπτυξη του ΔΑΔ έχει επηρεαστεί τόσο από θρησκευτικές αντιλήψεις όσο και από φιλοσοφικές ιδέες. Οι νόμοι του πολέμου υπήρχαν ανέκαθεν για να περιορίζουν τις καταστροφές που επιφέρει.¹

Οι πρώτες βάσεις του ανθρωπισμού αναζητούνται στις μονοθεϊστικές θρησκείες, στις οποίες θεσπίζονται κανόνες ηθικής συμπεριφοράς τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Από τον Ιουδαϊσμό και την πρακτική του tzedaka², μέχρι τον Χριστιανισμό(παραβολή του Καλού Σαμαρείτη) και το Ισλάμ το οποίο αναγνωρίζει τις βασικές «απαιτήσεις»της ανθρωπότητας.³ Αρκετές μελέτες έχουν, πλέον, δείξει ότι πολλές από τις βασικές αρχές του ΔΑΔ ήταν βαθιά ριζωμένες στην ισλαμική παράδοση.⁴ Αντίστοιχα, στον Ινδουισμό, το έπος Μαχαμπαράτα και οι Νόμοι του Μανού περιείχαν διατάξεις που απαγορεύουν τη δολοφονία ενός αντιπάλου που είχε παραδοθεί και δεν ήταν πλέον σε θέση να πολεμήσει.⁵

Στη συνέχεια, από τον Μεσαίωνα μέχρι και τον 17^ο αιώνα, οι κανόνες του πολέμου στη Ευρώπη κυριάρχησαν μέσα από θρησκευτικούς πολέμους⁶, με κάποια επιρροή, όμως, από στοιχεία της κλασσικής φιλοσοφίας.⁷ Ωστόσο, η πρώτη προσπάθεια

¹ Βλ. Green L.C, « The contemporary law of armed conflict», Manchester University Press, 1993, p.19

² Υποχρέωση ηθική και νομική, Δικαιοσύνη προς το ξένο, τον ορφανό, τη χήρα και των φτωχό.

³ Ο πρώτος χαλίφης, Abu Bakr είχε δώσει τις εξής διαταγή: «Το αίμα των γυναικών, των παιδιών και των ηλικιωμένων δεν θα πρέπει να αμαυρώσουν τη νίκη σας»

⁴ Αν και η στάση του Saladin ήταν ασυνήθιστη σχετικά με την ανθρώπινη μεταχείριση των κρατουμένων και των τραυματιών, μεταξύ των μουσουλμάνων και των χριστιανών, κατά τη διάρκεια των Σταυροφοριών, δεν ήταν ο μόνος που τήρησε τις αρχές του Δικαίου του πολέμου. Τρεις αιώνες μετά, ο Τούρκος Σουλτάνος Mehmet, έδειξε, σε ένα μεγάλο βαθμό, έλεος στο πληθυσμό της Κων/πολής, δεδομένου ότι η πόλη είχε καταληφθεί δια της βίας.

⁵ Βλ. Greenwood C.J, «Historical Development and Legal Basis» in The Handbook of Humanitarian Law in armed conflicts, Ed.Fleck D., Oxford University Press, 1995, p.13, 14

⁶ Τριακονταετής Πόλεμος(1618-1648)

⁷ Μια θεμελιώδη αλλαγή στη στάση των κρατών γενικά με τη διεξαγωγή του πολέμου ήρθε με Εποχή του Διαφωτισμού τον 18^ο αιώνα. Το 1772, ο Jean Jacques Rousseau έγραψε στο *Κοινωνικό Συμβόλαιο* ότι «ο πόλεμος είναι μια σχέση, όχι μεταξύ των ανθρώπων, αλλά μεταξύ των κρατών και τα άτομα είναι εχθροί μόνο συμπτωματικά, όχι ως άτομα, ούτε ως πολίτες, αλλά ως στρατιώτες...και όχι ως μέλη της χώρας τους, αλλά ως υπερασπιστές της... Ο σκοπός του πολέμου είναι η καταστροφή του εχθρικού κράτους, η άλλη πλευρά έχει το δικαίωμα να σκοτώσει τους υπερασπιστές του, ενώ φέρουν όπλα, αλλά από τη στιγμή που τα κατεβάζουν και παραδίδονται, γίνονται για άλλη μια φορά απλοί άνθρωποι, των οποίων τη ζωή κανείς δεν έχει το δικαίωμα να πάρει.» Από αυτό το δόγμα, προκύπτει ότι οι εχθρικές

κωδικοποίησης των νόμων του πολέμου⁸ διαπιστώνεται τον 19^ο αιώνα μετά από δύο σκληρούς πολέμους, τον Κριμαϊκό Πόλεμο(1853-1856) και τον Αμερικανικό Εμφύλιο(1861-1865). Ενδιάμεσως, των δυο πολέμων, έλαβε χώρα και η μάχη στο Σολφερίνο(1859), η οποία αποτέλεσε σημείο καμπής στη γέννηση του Ανθρωπιστικού Δικαίου στη σύγχρονη μορφή του.

Στην εξέλιξη αυτή, καθοριστικό ρόλο διαδραμάτισαν δύο εμβληματικές φιγούρες για την αφοσίωση και την διορατικότητα τους αναφορικά με την περίθαλψη των τραυματιών και ασθενών, η νοσηλεύτρια Florence Nightingale για την συνεισφορά της στον Κριμαϊκό Πόλεμο⁹ και ο Ερρίκος Ντυνάν¹⁰ μέσα από το βιβλίο του «Αναμνήσεις από το Σολφερίνο».¹¹

Οι τραυματίες και ασθενείς μαχητές μαζί με το στρατιωτικό ιατρικό προσωπικό ήταν η πρώτη κατηγορία των «προστατευόμενων προσώπων» που επωφελήθηκαν από την Σύμβαση της Γενεύης του 1864¹². Έκτοτε το νομικό καθεστώς που σχετίζεται με τους τραυματίες και ασθενείς έχει επεκταθεί και στην ειδική προστασία των αμάχων. Από το 1864 έως το 1977, το νομικό πλαίσιο έχει αναθεωρηθεί αρκετές φορές με σκοπό την προσαρμογή του στην εξέλιξη των ένοπλων συγκρούσεων αλλά και την οχύρωση μιας πληρέστερης νομικής προστασίας για τους τραυματίες και ασθενείς.

Παρ όλα αυτά, ήδη από την εποχή του Κριμαϊκού Πολέμου, έως και σήμερα, 150 χρονιά μετά, ο σεβασμός και η εφαρμογή ακόμα και των πιο θεμελιωδών κανόνων του Διεθνούς Ανθρωπιστικού Δικαίου παραμένει διαρκές ζητούμενο¹³, καθώς οι επιθέσεις εναντίον των τραυματιών και ασθενών και του ιατρικού προσωπικού, η παρεμπόδιση της πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη και η σκόπιμη καταστροφή των ιατρικών εγκαταστάσεων σε ένοπλες συγκρούσεις, όχι μόνο συνεχίζονται αλλά έχουν κλιμακωθεί.

πράξεις μπορούν να στρέφονται μόνο κατά των ενόπλων δυνάμεων του αντιπάλου και όχι κατά του άμαχου πληθυσμού που δεν λαμβάνει μέρος στις εχθροπραξίες.

⁸ Κώδικας Lieber (1863) στη διάρκεια του Αμερικανικού Εμφυλίου Πολέμου

⁹ Βλ. Αναλυτικά παρακάτω, στο Εισαγωγικό Κεφάλαιο/Ιστορική Ανάδυση

¹⁰ Τρομοκρατημένος από τον πόνο των τραυματισμένων στρατιωτών, πρότεινε μέσα από το βιβλίο του την ίδρυση σε περίοδο ειρήνης εθνικών συλλόγων ανακούφισης(Ερυθρός Σταυρός) και τη σύναψη μιας Διεθνούς Συνθήκης για την περίθαλψη τραυματιών και ασθενών στο κατά ξηρά πόλεμο (Σύμβαση του 1864).

¹¹ Βλ. Green L.C, « The contemporary law of armed conflict», ο.π p.25

¹² Σύμβαση της Γενεύης του 1864 για την βελτίωση των συνθηκών των τραυματιών των εν εκστρατεία ενόπλων δυνάμεων <https://www.icrc.org/ihl/INTRO/120?OpenDocument>

¹³ Βλ. Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα, «Περί του Ανθρωπιστικού Χώρου στον 21^ο αιώνα, Ανάδυση, διαστάσεις, νομικό πλαίσιο για αποτελεσματική και νομική ανθρωπιστική δράση», Εκδ.Ι. Σιδέρης, 2012, σελ.31

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΜΑΤΟΣ

Προβληματική της παρούσας εργασίας αποτελεί η εξέταση και η αξιολόγηση των εξελίξεων σχετικά με την προστασία των τραυματιών και ασθενών αμάχων κατά τη διάρκεια του 21^{ου} αιώνα αλλά και με τις προκλήσεις που δημιουργούνται στις σύγχρονες ένοπλες συρράξεις.

Αναμφισβήτητα, έχει παρατηρηθεί στη πρόσφατη ιστορία των ενόπλων συρράξεων, ειδικά από το τέλος του 20ου αιώνα και μετά, μια τάση κλιμάκωσης τους στα περισσότερα μέρη του κόσμου. Διεκδικήσεις εκ μέρους των μη κρατικών ένοπλων ομάδων, έχουν πυροδοτήσει το ξέσπασμα των εχθροπραξιών. Έτσι, παρατηρείται μια αυξανόμενη πολυπλοκότητα των ένοπλων συγκρούσεων που συνδέεται με τον κατακερματισμό των ενόπλων ομάδων και τον ασύμμετρο πόλεμο.

Αυτά σε συνδυασμό με την απουσία αποτελεσματικής επίλυσης από τα Διεθνή Όργανα αλλά και τις αυξημένες αντιτρομοκρατικές πολιτικές των κρατών¹⁴, έχουν σαν αποτέλεσμα οι άμαχοι, και ειδικότερα οι τραυματίες και ασθενείς, το υγειονομικό προσωπικό αλλά και τα νοσοκομεία(Βλ. Kunduz) να συνεχίζουν να βρίσκονται εσκεμμένα στο στόχαστρο.¹⁵

Ως εκ τούτου, στα πλαίσια αντιμετώπισης αυτών των ανθρωπιστικών προκλήσεων, έχει ξεκινήσει μια αξιολογη κινητοποίηση από τους εμπλεκόμενους ανθρωπιστικούς δρώντες για την οικοδόμηση και ενός πιο περιεκτικού ανθρωπιστικού συστήματος, το οποίο θα δεσμεύεται από τις ανθρωπιστικές αρχές. Για παράδειγμα, η ΔΕΕΣ με την έκδοση των καινούργιων «commentaries» παρέχει ένα πρακτικό εργαλείο με ακριβή ερμηνεία των κανόνων με βάση μια συνολική αναθεώρηση της πρακτικής των Κρατών, της νομολογίας, αλλά και της δικής της εμπειρίας, επιδιώκοντας να

¹⁴Ως απάντηση σε αυτές τις τρομοκρατικές απειλές, υπάρχει σωρεία επιθέσεων από τα κράτη σε τραυματίες και ασθενείς, σε ιατρικό προσωπικό, σε οχήματα και υγειονομικές εγκαταστάσεις σε περιοχές που βρίσκονται υπό τον έλεγχο των τρομοκρατών.

¹⁵ Όπως θα αναλυθεί παρακάτω, μέσα από την τελευταία έκθεση της ICRC «Health in Danger, 2012-2014», οι υπεύθυνοι για τις επιθέσεις εις βάρος της ιατρικής περίθαλψης στις ένοπλες συρράξεις, δεν είναι μόνο τα κράτη, αλλά οι ένοπλες δυνάμεις των κρατών αποτελούν την κύρια κατηγορία των «δραστών».

προκαλέσει την ευαισθητοποίηση σχετικά με τον νόμο(ΔΑΔ) και την εφαρμογή του – και κατά συνέπεια και με τις παραβιάσεις του-.¹⁶

Αντίστοιχα, μετά από πρωτοβουλία του Γενικού Γραμματέα των Η.Ε,¹⁷ θα συσταθεί στη Κων/πόλη, τον Μάιο του 2016, η πρώτη Παγκόσμια Ανθρωπιστική Διάσκεψη(World Humanitarian Summit) με σκοπό την δέσμευση των κρατών στις ανθρωπιστικές αρχές αλλά και στην προετοιμασία και στην ανταπόκριση των ανθρωπιστικών κρίσεων, καθώς και στην ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών οι οποίες θα βοηθήσουν στην βελτίωση της ανθρωπιστικής δράσης και στην «ελάφρυνση του πόνου».¹⁸

ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Βασική έννοια που πραγματεύεται η εν λόγω εργασία δεν είναι άλλη από τους τραυματίες και ασθενείς αμάχους¹⁹ και την προστασία τους. Σύμφωνα με το σχολιασμό του άρθρου 8 του Πρώτου Πρόσθετου Πρωτοκόλλου(Γ'ΠΠ) για να χαρακτηριστεί ένα άτομο ως τραυματίας και ασθενής, απαιτούνται δύο σωρευτικά κριτήρια : i) πρέπει η κατάσταση του ατόμου να χρήζει ιατρικής περίθαλψης και ii) να απέχει από κάθε εχθροπραξία.²⁰ Με άλλα λόγια, το νομικό καθεστώς των τραυματιών και ασθενών βασίζεται στην ιατρική κατάσταση και στην συμπεριφορά του προσώπου.

Σε αντίθεση με το άρθρο 12 της Πρώτης Σύμβασης της Γενεύης του 1949, το οποίο δεν περιέχει ορισμό για το πότε ένα πρόσωπο θεωρείται τραυματίας ή ασθενής και αναφέρεται μόνο στους τραυματίες και ασθενείς, μέλη των ένοπλων δυνάμεων, άρα

16 Βλ. ICRC, Launch of updated Commentaries on the First Geneva Convention: Speech given by ICRC President, 6 April of 2016, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/en/document/speech-icrc-president-updated-commentaries-first-geneva-convention>

17 Report of the Secretary General on the protection of civilians in armed conflict, UN Doc.S/2015/453, 2015, διαθέσιμο σε : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/2015/453

18 Βλ. ICVA, World Humanitarian Summit, 2016, διαθέσιμο σε : <https://icvnetwork.org/world-humanitarian-summit-0>

19 Ο όρος περιλαμβάνει : i) τους τραυματίες και ασθενείς «μαχητές», οι οποίοι είναι πλέον εκτός μάχης «hors de combat» ii) τους τραυματίες και ασθενείς «άμαχους» και iii) το υγειονομικό προσωπικό, μάχιμο ή μη μάχιμο. (Άρθρο 24 Ι ΣΓ '49 & Άρθρο 8 Γ' ΠΠ , παρ. γ (i, ii, iii))

20 ICRC, Commentary of 1987 on AP I, article 8, para.302-307

μαχητές²¹, το άρθρο 8 του Γ' ΠΠ²² αναφέρεται σε πρόσωπα μάχιμα ή μη μάχιμα και δεν κάνει καμία διάκριση ως προς την προστασία τους.²³

ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η εξέταση και η ανάδειξη του λόγου για τον οποίο η ανθρωπιστική βοήθεια βρίσκεται στο στόχαστρο, με αποτέλεσμα την αδυναμία προστασίας και παροχής υγειονομικής περίθαλψης στα θύματα των συρράξεων.

Επιπλέον, θα γίνει προσπάθεια να απαντηθούν τα εξής ερωτήματα:

Ποιες είναι οι αιτίες των συνεχών παραβιάσεων προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων; Και συνεπώς, ποιος είναι ο λόγος που θεωρείται εχθρός/στόχος ο τραυματίας και ως συνέπεια και το ιατρικό προσωπικό;

Γιατί, η παροχή ιατρικής περίθαλψης, σήμερα, αποτελεί την μεγαλύτερη πρόκληση του Διεθνούς Ανθρωπιστικού Δικαίου;

Κατά πόσο, το υφιστάμενο νομικό πλαίσιο ανταποκρίνεται στις ανάγκες επαρκούς προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων;

Υπάρχει κάποιο νέο στοιχείο, το οποίο αλλάζει τα δεδομένα στις ένοπλες συρράξεις στις οποίες εμπλέκονται τρομοκρατικές οργανώσεις συγκριτικά με τις «παραδοσιακές» διεθνείς συρράξεις, πάνω στις οποίες θεμελιώθηκαν οι κανόνες του ΔΑΔ;

Υπάρχει ένας καθοριστικός λόγος, για τον οποίο οι τραυματίες και ασθενείς «hors de combat» των Κρατών δικαιούνται να λάβουν αμερόληπτη υγειονομική περίθαλψη ενώ οι αντίστοιχοι τραυματίες και ασθενείς των τρομοκρατικών οργανώσεων δεν δικαιούνται;

Ποιος είναι ο λόγος που γίνεται διάκριση μεταξύ των τραυματιών και ασθενών αμάχων αναλόγως σε ποια περιοχή βρίσκονται; Με αλλά λόγια, τι αλλάζει αναφορικά με την υγειονομική περίθαλψη που δικαιούνται να λάβουν τα άτομα αυτά αν

²¹ ICRC, Commentary of 2016 on G C I, article 12, σελ.7

²²Βλ. Στ. Περράκης-Μ.Ντ.Μαρούδα, Κείμενα Διεθνούς Πρακτικής, «Ένοπλες Συρράξεις και Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο», Τόμος 12, Εκδ.Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2001 Άρθρο 8, Γ' ΠΠ 77,παρ.α. « Ο όρος αυτός καλύπτει περιπτώσεις εγκυμοσύνης, νεογέννητα και άλλα πρόσωπα που μπορεί να χρειάζονται άμεση ιατρική βοήθεια ή περίθαλψη, όπως υπερήλικες και μέλλουσες μητέρες και τα οποία απέχουν από κάθε εχθροπραξία.»

²³ ICRC, Commentary of 1987 on AP I, article 8, para.304

βρίσκονται σε περιοχή που ελέγχεται από ένα Κράτος ή σε περιοχή που ελέγχεται από τρομοκράτες;

Υπάρχει κάποιο σοβαρό επιχείρημα γιατί όταν οι τρομοκρατικές οργανωμένες ένοπλες ομάδες δεν συμμορφώνονται με τους κανόνες, θα πρέπει και το κράτος, αντιτιθέμενο σε αυτές, να αναιρεί τη δική του υποχρέωση στη τήρηση των κανόνων προστασίας του ΔΑΔ αναφορικά με την υγειονομική περίθαλψη;

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΛΑΝΟΥ

Στο Μέρος Α' της εργασίας αναλύονται οι ιστορικές διαστάσεις της προστασίας των τραυματιών και ασθενών και πιο συγκεκριμένα, η ανάγκη της ανάδειξης της προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων. Πως από τη Πρώτη Σύμβαση της Γενεύης του 1949, στην οποία υπήρχαν νομικές ελλείψεις, καθώς κατοχυρώνεται μόνο η προστασία των τραυματιών και ασθενών μαχητών, οδηγούμαστε μέσα από την Διπλωματική Διάσκεψη του 1974-1977 στα Δύο Πρόσθετα Πρωτόκολλα του 1977, όπου επιτυγχάνεται τελικά, να συμπεριληφθεί και το νομικό καθεστώς προστασίας των αμάχων τραυματιών και ασθενών. Επίσης, στο Δεύτερο Κεφάλαιο, καταγράφεται το ισχύον νομικό πλαίσιο i) για την προστασία(αλλά και για την παύση αυτής) των τραυματιών ασθενών μαχητών και αμάχων, όσο και του υγειονομικού προσωπικού, των μεταφορών και των εγκαταστάσεων, σε επίπεδο Διεθνούς Ανθρωπιστικού Δικαίου(ΔΑΔ), και ii) για την προστασία της υγειονομικής περίθαλψης ως απόρροια του δικαιώματος στην υγεία, σε επίπεδο Διεθνούς Δικαίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου(ΔΔΑΔ). Επιπλέον, αναλύεται το πεδίο εφαρμογής του ΔΔΑΔ στους μη κρατικούς δρώντες και το κατά πόσο δεσμεύονται (επιβάλλονται υποχρεώσεις) από αυτό.

Στο Μέρος Β' της εργασίας, στο Πρώτο Κεφάλαιο, αρχικά επιχειρείται η ανάλυση των αιτιών των παραβιάσεων του δικαιώματος προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων και οι σύγχρονες προκλήσεις κατά την εφαρμογή του ΔΑΔ στις πολύπλοκες ένοπλες συρράξεις. Αναλύονται ενδιαφέρουσες μελέτες, οι οποίες συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση των αιτιών των σημερινών επιθέσεων και παραβιάσεων κυρίως από τους μη κρατικούς δρώντες τόσο για πολιτικούς, θρησκευτικούς ή εθνοτικούς λόγους όσο και στο πλαίσιο μιας στρατηγικής τακτικής. Επίσης, αναλύεται ο κατακερματισμός της προστασίας της ιατρικής περίθαλψης μέσα

από τις αντιτρομοκρατικές πολιτικές των κρατών. Με λίγα λόγια, διαφαίνεται ότι ο πόλεμος κατά της τρομοκρατίας αποτελεί μια από τις βασικές αιτίες των επιθέσεων στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης εκ μέρους των Κρατών. Στη συνέχεια, εξετάζεται η αντίληψη/θεωρία που επικρατεί, στη σύγχρονη πραγματικότητα, ότι η παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε τρομοκράτες αποτελεί παράνομη ενέργεια για τη Διεθνή κοινότητα. Εξετάζονται, ακόμα, οι συνέπειες των παραβιάσεων αυτών, όπως και η εξ αποστάσεως πολιτική διαχείρισης της ανθρωπιστικής δράσης ως μια λύση προσαρμογής στην ανασφάλεια και στην άρνηση πρόσβασης που υφίστανται οι ανθρωπιστικές οργανώσεις, αλλά και η ανάγκη ένοπλης συνοδείας ως ένα αμφιλεγόμενο μέτρο που αποτελεί αναγκαία πραγματικότητα.

Στο Δεύτερο Κεφάλαιο, γίνεται προσπάθεια ανάλυσης των παραβιάσεων κατά του δικαιώματος προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων μέσω των μηχανισμών πρόληψης και καταστολής, όπως, ο ΓΓ/ΗΕ, το ΣΑ/ΗΕ και οι Εξεταστικές Επιτροπές για το Λίβανο και τη Γάζα και πως καταλήγουν να αναγνωρίζονται οι σκόπιμες επιθέσεις κατά του υγειονομικού προσωπικού και των λοιπών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ως εγκλήματα πολέμου. Ξεχωριστή μνεία γίνεται στην εργασία για την υπόθεση του νοσοκομείου Vukovar του ΔΠΔΓ ως δικαστικός στιγματισμός για τις παραβιάσεις του ΔΑΔ. Αναφέρονται, επιπλέον, τα μέτρα και οι συστάσεις που έχουν καταγραφεί από την ΔΕΕΣ και άλλους ανθρωπιστικούς δρώντες ως προτάσεις για την ασφαλέστερη παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

ΜΕΡΟΣ Α' : ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΜΑΧΩΝ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ

Κεφάλαιο Πρώτο : Η ιστορική ανάπτυξη της προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων στο Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο

I. Η εξέλιξη της προστασίας των τραυματιών και ασθενών έως τον Α'ΠΠ

Το Διεθνές νομικό πλαίσιο που διέπει τις ένοπλες συγκρούσεις συχνά διατυπώνεται με όρους που αντικατοπτρίζουν τις προσπάθειες των κρατών μελών να εξισορροπήσουν τις αρχές της στρατιωτικής αναγκαιότητας και του ανθρωπισμού.²⁴ Ένας από τους σημαντικότερους κανόνες, αν όχι ο σημαντικότερος, στο πλέγμα των κανόνων που διέπουν το Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο, είναι η προστασία(και ως εκ τούτου και η υγειονομική περίθαλψη) κατά τη διάρκεια μιας ένοπλης σύρραξης των τραυματιών και ασθενών που δεν μετέχουν(άμαχοι) ή δεν μετέχουν πια στις εχθροπραξίες.

Ειδικότερα, η ιατρική περίθαλψη, για μεγάλο χρονικό διάστημα βρισκόταν στα χέρια των ιερέων όλων των θρησκειών. Στην εποχή της Αρχαίας Ελλάδας, ιδρύθηκε για πρώτη φορά, ένα «σώμα» γιατρών, ξεχωριστό από την κοινότητα των ιερέων. Οι γιατροί είχαν βοήθεια από φοιτητές ιατρικής ή από σκλάβους, οι οποίοι παρείχαν νοσηλευτική περίθαλψη²⁵. Ο Ιπποκράτης υποστήριζε στη διδασκαλία του ότι η ασθένεια δεν οφειλόταν στους «δαίμονες», αλλά στην αμέλεια των νόμων της φύσης και είχε φυσική προέλευση.²⁶

Τα πρώτα στρατιωτικά νοσοκομεία ιδρύθηκαν στη Ρώμη και ήταν ο Αύγουστος, ο οποίος ίδρυσε τη στρατιωτική υγειονομική υπηρεσία. Εν συνεχεία, ο Χριστιανισμός δημιούργησε μια εποχή «αγάπης και φιλανθρωπίας», από την οποία οι τραυματίες και ασθενείς ήταν φυσικό να επωφεληθούν. Από εκεί και έπειτα, επικράτησε μια κατάσταση παντελούς άγνοιας. Ωστόσο, υπήρξαν ορισμένα σημαντικά γεγονότα στην

²⁴ Michael N. Schmitt, «Military Necessity and Humanity in International Humanitarian Law: Preserving the Delicate Balance», Virginia Journal of International Law, Volume 50, Issue 4, 2010, σελ. 796

²⁵ Ο L.R. Seymer στη μελέτη του για την περίθαλψη, αναφέρει ότι η νοσηλευτική περίθαλψη τα παλιότερα χρόνια ανατίθετο σε σκλάβους. Αν ο ασθενής δεν ανέκαμπτε, ο σκλάβος επέκειτο σε θάνατο και καθώς υπήρχαν πολλοί σκλάβοι και λίγοι δάσκαλοι, ο θάνατός του ήταν μικρής σημασίας.

²⁶ Βλ. Marcel Junod, «The Centenary of the Red Cross Idea», Voluntary Red Cross Workers, in Revue Internationale de la Croix-Rouge, Vol. XII, No.5, May 1959, p.91

ιστορία της φιλανθρωπίας, όπως η Μεταρρύθμιση στην Αγγλία, η οποία οδήγησε στην εκκοσμίκευση των νοσοκομείων και των νοσηλευτών.²⁷

Στη Γαλλία, η Εκκλησία πήρε μια σταθερή στάση κατά της φτώχειας και της δυστυχίας. Λαμπρή φιγούρα σε μια σκοτεινή περίοδο, ο Saint Vincent of Paul, πρόδρομος του Ερρίκου Ντυνάν, ίδρυσε την Σύνοδο των Αδελφών του Ελέους και παράλληλα, ήταν ο πρώτος, στην ιστορία, ο οποίος έβαλε τάξη στην υγειονομική περίθαλψη. Παρ' όλα αυτά, τα νοσοκομεία συνέχισαν να μην είναι καλά οργανωμένα και οι νοσηλευτές να εργάζονται σε άθλιες συνθήκες.²⁸

Τα μέχρι τότε δεδομένα στη παροχή ιατρικής περίθαλψης σε καιρό πολέμου, έρχεται να αλλάξει, τον 19^ο αιώνα, ο Κριμαϊκός πόλεμος (1853-1856), ο οποίος αποκάλυψε δραματικές αδυναμίες στην αντιμετώπιση των τραυματιών και ασθενών στη μάχη.²⁹ Ο συγκεκριμένος πόλεμος σηματοδοτεί μια σημαντική ιστορική καμπή τόσο στην αντίληψη και τη διεξαγωγή του πολέμου, όσο και στις καινοτομίες που εισάγει αναφορικά με την παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας, εν καιρώ πολέμου.³⁰

Τα ιστορικά αίτια του Κριμαϊκού πολέμου μπορούν να διαιρεθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τις θρησκευτικές και τις πολιτικές (realpolitik). Φαινομενικά, ο πόλεμος προέκυψε από μια σύγκρουση μεταξύ των Γάλλων Καθολικών και της Ρωσικής Ορθόδοξης Εκκλησίας για την κτήση της Εκκλησίας της Γεννήσεως στη Βηθλεέμ. Όμως, κάνοντας μια σύνδεση με την σημερινή πραγματικότητα και την τρομοκρατία και τα όπλα μαζικής καταστροφής, οι τότε θρησκευτικές διαμάχες για την κατοχή των Αγίων Τόπων δεν ήταν τίποτα περισσότερο από ένα πρόσχημα του 19ου αιώνα, καθαρά για λαϊκή κατανάλωση των χωρών³¹ που συμμετείχαν στο Κριμαϊκό Πόλεμο, και για την προώθηση άλλων σημαντικών γεωπολιτικών στρατηγικών στόχων.³²

Οι καινοφανείς μορφές της ανθρωπιστικής βοήθειας που παρήχθησαν κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου, οφείλονται, κατ' αρχάς, στην αναγνώριση του

²⁷ Η Αγγλία ήταν η πρώτη χώρα στην Ευρώπη η οποία άλλαξε τη κατάσταση και δημιούργησε καλύτερες συνθήκες εργασίας για τους νοσηλευτές, οι οποίοι μέχρι τότε στεγάζονταν, τρέφονταν και πληρώνονταν ανεπαρκώς.

²⁸ Βλ. Marcel Junod, «The Centenary of the Red Cross Idea», ο.π, p. 92

²⁹ Novak, Gregor, 'Wounded, Sick and Shipwrecked', in *The Max Planck Encyclopedia of Public International Law*, Oxford University Press, para. 2

³⁰ Βλ. Marty Sulek, «The Last Romantic War- The Crimean War of 1854-1856 and The Genesis of Contemporary Wartime Humanitarian Relief», November 2007, p.2

³¹ Ρωσία, Γαλλία, Οθωμανική Αυτοκρατορία και Μεγάλη Βρετανία

³² Βλ. Marty Sulek, «The Last Romantic War- The Crimean War of 1854-1856 and The Genesis of Contemporary Wartime Humanitarian Relief», ο.π, p. 8

καθοριστικού ρόλου που διαδραμάτισαν, στη διεξαγωγή του, οι βελτιωμένες τεχνολογίες μεταφορών και επικοινωνιών αλλά και ο Τύπος.³³ Οι υγειονομικές υπηρεσίες, στον Κριμαϊκό Πόλεμο, δεν ήταν μόνο ανεπαρκείς σε έκταση, αλλά, επιπλέον, είχαν μπλεχτεί σε μια γραφειοκρατική αναποτελεσματικότητα και αδράνεια, με τρομακτικές συνέπειες για τα θύματα.³⁴

Έτσι, οι επικρίσεις που προέκυψαν από το Τύπο για όλη αυτή τη κατάσταση ώθησαν την βρετανική κυβέρνηση στη δράση και στη δημιουργία ad hoc πολιτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για να βοηθήσουν υποστηρικτικά τις υγειονομικές υπηρεσίες του στρατού, συμπεριλαμβανομένων και των Αδελφών του Ελέους, με πρωτοστάτη, την νοσηλεύτρια Florence Nightingale.³⁵ Η εξέλιξη αυτή αντανακλά την αυξανόμενη αναγνώριση, εκ μέρους του στρατού, της επαγγελματικής κατάρτισης και της συνεισφοράς του πολιτικού υγειονομικού προσωπικού και δη των νοσηλευτριών³⁶, σε όλη τη διάρκεια του Πολέμου.³⁷

Επιπλέον, μια άλλη καινοτομία του Κριμαϊκού ήταν η δημιουργία του Ταμείου για τους Τραυματίες και Ασθενείς Στρατιώτες (Soldiers' Sick and Wounded Fund) το οποίο ξεκίνησε με προτροπή από τους «The Times» του Λονδίνου και τις εκθέσεις του πολεμικού ανταποκριτή William Russell. Το πρωτοφανές ήταν ότι, ενώ μέχρι τότε, οι ιδιωτικές δωρεές που συλλέγονταν για χήρες και ορφανά δεν επηρέαζαν τη στρατιωτική πολιτική, αυτή τη φορά, το συγκεκριμένο Ταμείο προσπάθησε ενεργά να

³³ Σημαντική φιγούρα με καταλυτικό ρόλο για την αντιμετώπιση των φρικαλεοτήτων του Κριμαϊκού, αποτέλεσε ο πολεμικός ανταποκριτής William Russell. Παρακινούμενος από τον πόνο και τη δυστυχία των τραυματιών και ασθενών στρατιωτών έστειλε μια έκθεση στην εφημερίδα «The Times» του Λονδίνου, στην οποία περιέγραφε με ζωηρές λεπτομέρειες τις άθλιες συνθήκες που υπέστησαν οι τραυματίες και ασθενείς στρατιώτες, και τις πολλές ελλείψεις των στρατιωτικών ιατρικών υπηρεσιών των Βρετανών. Η έκθεση αυτή, περισσότερο από κάθε άλλη είδηση για τον πόλεμο, αποτέλεσε τη βάση για μια συντονισμένη κινητοποίηση/ανταπόκριση του κοινού, για την παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας στους Βρετανούς στρατιώτες, που όμοια της δεν είχε ποτέ υπάρξει.

³⁴ Βλ. Hilaire McCoubrey, ICRC Article, «Before Geneva Law: a British Surgeon in the Crimean War», No.304, February 1995, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/misc/57jmby.htm>

³⁵ Μια από τις πιο σημαντικές φιγούρες στην ιστορία της ανθρωπιστικής βοήθειας σε καιρό πολέμου. Αν και δεν μπορούμε να πούμε ότι είχε άμεση επίδραση στην ανάπτυξη του ανθρωπιστικού δικαίου, το έργο της για την ανάπτυξη μιας στρατιωτικής ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας για τη φροντίδα των τραυματιών και των ασθενών στο πεδίο της μάχης αποτέλεσε σημαντικό συστατικό στοιχείο για την ανάπτυξη της προστασίας των τραυματιών και ασθενών στο ΔΑΔ, αντικείμενο της Ι ΣΓ'49.

³⁶ Μέχρι τότε, δεν υπήρχαν υγειονομικές εγκαταστάσεις (νοσοκομεία) στα οποία να περιλαμβάνονται και οι νοσηλευτές. Οι στρατιωτικοί γιατροί είχαν την δυνατότητα να «καλέσουν» τους νοσηλευτές να εργαστούν στα νοσοκομεία τους, αλλά μπορούσαν και να αρνηθούν.

³⁷ Αυτή η αυξανόμενη αναγνώριση αντικατοπτρίζεται επίσης στη δημιουργία του Ταμείου Nightingale (Nightingale Fund) μετά τον πόλεμο, και την επακόλουθη επιτυχία της στην ίδρυση της νοσηλευτικής ως ένα αναγνωρισμένο επάγγελμα.

πραγματοποιήσει θεμελιώδεις αλλαγές στο τρόπο με τον οποίο οι στρατιωτικές αρχές μεταχειρίζονταν τους τραυματίες και ασθενείς τους³⁸.

Τέλος, αναφορικά με την παροχή Διεθνούς ανθρωπιστικής βοήθειας στη διάρκεια του πολέμου, η πιο ριζοσπαστική και ιστορικά σημαντική καινοτομία του Κριμαϊκού πολέμου προέρχεται από τους Quakers³⁹, οι οποίοι παρείχαν βοήθεια σε αθώους άμαχους, θύματα του πολέμου του αντίπαλου ηττημένου κράτους. Αυτό ήταν μια εντελώς νέα μορφή ανθρωπιστικής βοήθειας στο πόλεμο,⁴⁰ καθώς η νοοτροπία τους για το ουδέτερο καθεστώς του άμαχου πληθυσμού, ανεξαρτήτως εθνικότητας, θα γινόταν η βασική αρχή της παροχής Διεθνούς ανθρωπιστικής βοήθειας στο πόλεμο στον 20^ο αιώνα.⁴¹

Με άλλα λόγια, η γενική αναγνώριση της αδυναμίας παροχής ανθρωπιστικής βοήθειας από τον στρατό μιας χώρας, τόσο στους δικούς του τραυματίες στρατιώτες, όσο και στον άμαχο πληθυσμό, που «προσέφερε» ο Κριμαϊκός, σε συνδυασμό με τις άθλιες συνθήκες των τραυματιών, που αντίκρισε ο Ερρίκος Ντυνάν στο πεδίο της μάχης του Σολφερίνο (1859), όπου περίπου 40.000 Γάλλοι και Αυστριακοί τραυματίες στρατιώτες έμειναν πίσω χωρίς καμία ιατρική περίθαλψη, οδήγησαν στη δημιουργία του Ερυθρού Σταυρού και στη σύναψη της πρώτης Διεθνούς συνθήκης για την περίθαλψη τραυματιών και ασθενών.

Η κωδικοποίηση της προστασίας των τραυματιών και ασθενών άρχισε να εξελίσσεται, ως εκ τούτου, στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, με την δημιουργία της Σύμβασης της Γενεύης, το 1864, για τη βελτίωση της τύχης των τραυματιών και των ασθενών στις ένοπλες δυνάμεις που βρίσκονται σε εκστρατεία. Παρά το γεγονός ότι

³⁸Για πρώτη φορά, στη σύγχρονη ιστορία, μια ιδιωτική πρωτοβουλία/οργάνωση επηρέασε και πραγματοποίησε τέτοιες αλλαγές σε στρατιωτικές επιχειρήσεις για την φροντίδα των τραυματιών και ασθενών.

³⁹ Οι Κουάκεροι ή Χριστιανοί Φίλοι, ήταν μέλη μιας Χριστιανικής Εκκλησίας που φέρει την ονομασία Θρησκευτική Εταιρεία των Φίλων(Religious Society of Friends) Οι ρίζες τους εντοπίζονται στα μέσα του 17ου αιώνα στην Αγγλία και τα γεγονότα του Αγγλικού Εμφυλίου Πολέμου.

⁴⁰ Οι χώρες ανέκαθεν υποστήριζαν και παρείχαν βοήθεια στο δικό τους στρατό και άρα στους δικούς τους τραυματίες. Όλες οι προαναφερθείσες περιπτώσεις της ανθρωπιστικής βοήθειας στο πόλεμο είχαν ένα κοινό: όλες οι δωρεές προορίζονταν για την παροχή βοήθειας του στρατού της χώρας από την οποία προέρχονταν οι δωρητές(Βλ. Μ.Βρετανία)

⁴¹ Βλ. Marty Sulek, «The Last Romantic War- The Crimean War of 1854-1856 and The Genesis of Contemporary Wartime Humanitarian Relief»,.ο.π, p. 37

η Σύμβαση αποτελούταν από δέκα μόνο άρθρα⁴², αποτέλεσε σημείο καμπής στους νόμους και τα έθιμα του πολέμου. Πριν από την εν λόγω Σύμβαση, είχε γίνει μια προσπάθεια περιορισμού της ανώφελης βίας και προστασίας των μη μαχητών με χαρακτηριστική τη περίπτωση του Francis Lieber, το 1863, ο οποίος έγραψε των στρατιωτικό κώδικα για την μεταχείριση των αμάχων σε καιρό πολέμου, γνωστός και ως Κώδικας Lieber, που αποτέλεσε την πρώτη προσπάθεια καταγραφής των κανόνων και εθίμων διεξαγωγής πολέμου και επηρέασε την σύνταξη στρατιωτικών εγχειριδίων σε χώρες της Ευρώπης.⁴³

Σχετικά με την προστασία των τραυματιών και ασθενών, στο άρθρο 79 του Κώδικα, αναφέρεται ότι *«σε κάθε αιχμάλωτο τραυματία εχθρό θα πρέπει να παρέχεται ιατρική περίθαλψη, ανάλογα με την διαθεσιμότητα του ιατρικού προσωπικού»*⁴⁴ Επιπλέον, διεθνή κείμενα, όπως η Διακήρυξη των Βρυξελλών του 1874 και το Εγχειρίδιο της Οξφόρδης του 1880, αν και περιείχαν άρθρα σχετικά με τους τραυματίες και ασθενείς δεν υιοθετήθηκαν ως δεσμευτικά κείμενα,⁴⁵ προετοίμασαν όμως το έδαφος για τις Συμβάσεις της Χάγης του 1899 και 1907.

Εντούτοις, οι προσπάθειες αυτές σημειώνουν σημαντικά βήματα προς μια ενισχυμένη κωδικοποίηση, σε πολυμερές επίπεδο, με την Σύμβαση της Γενεύης του 1864 να πρωτοστατεί, καθώς αποτέλεσε τη πρώτη πολυμερή Σύμβαση, διακηρύσσοντας στο άρθρο 6 ότι *«οι τραυματίες και ασθενείς μαχητές σε όποιο έθνος και αν ανήκουν, θα πρέπει να συλλέγονται και να περιθάλπονται»*.⁴⁶

Το 1906, τα 10 άρθρα της Σύμβασης της Γενεύης του 1864 αναθεωρήθηκαν και αντικαταστάθηκαν από τα 33 άρθρα της Σύμβασης της Γενεύης του 1906.

⁴² Άρθρα που αφορούσαν στην ουδετερότητα, το έμβλημα του Ερυθρού Σταυρού σε λευκό φόντο και την έμφαση στα θύματα και όχι στους νικητές. Βλ. Convention for the Amelioration of the Condition of the Wounded in Armies in the Field. Geneva, 22 August 1864,

⁴³Βλ. Μαρία - Ντανιέλλα Μαρούδα, «Ανθρωπιστικό Δίκαιο που εφαρμόζεται σε ένοπλες συρράξεις,» Κεφάλαιο 17 στον τόμο του Αντωνόπουλου Κ. και Μαγκλιβέρα Κ., (επιμ.), Το Δίκαιο Διεθνούς Κοινωνίας, Εκδ.Νομική Βιβλιοθήκη, 2011, σελ. 520-521.

⁴⁴ Άρθρο 79, Κώδικας Lieber, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/ihl/INTRO/110>

⁴⁵ Άρθρο 35 της Διακήρυξης των Βρυξελλών προβλέπει ότι :

The obligations of belligerents with respect to the service of the sick and wounded are governed by the Geneva Convention of 22 August 1864, save such modifications as the latter may undergo

⁴⁶ Το άρθρο 6 της ΣΓ '64 προβλέπει ότι :

Wounded or sick combatants, to whatever nation they may belong, shall be collected and cared for. Commanders-in-Chief may hand over immediately to the enemy outposts enemy combatants wounded during an engagement, when circumstances allow and subject to the agreement of both parties. Those who, after their recovery, are recognized as being unfit for further service, shall be repatriated. The others may likewise be sent back, on condition that they shall not again, for the duration of hostilities, take up arms. Evacuation parties, and the personnel conducting them, shall be considered as being absolutely neutral.

Στη Σύμβαση του 1906, αντικαθίσταται η αρχή της «ουδετερότητας» του ιατρικού προσωπικού και των μονάδων, από την υποχρέωση «σεβασμού και προστασίας»⁴⁷ σε μια πληθώρα άρθρων.⁴⁸

Μια δεκαετία μετά το τέλος του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, η Σύμβαση της Γενεύης του 1906 με τη σειρά της αντικαταστάθηκε από τη Σύμβαση της Γενεύης του 1929, η οποία καθιέρωσε την προστασία των ιατρικών αεροσκαφών και αναγνώρισε την χρήση των εμβλημάτων της Ερυθράς Ημισελήνου, του Ερυθρού Λέοντα και του Ήλιου, δίνοντας έτσι την «επιλογή» σε ορισμένα κράτη για χρήση εκτός του Ερυθρού Σταυρού.⁴⁹

II. Η Διάσκεψη του 1947, οι προτάσεις και οι λόγοι που δεν συμπεριλήφθηκαν οι τραυματίες και ασθενείς άμαχοι στις Συμβάσεις της Γενεύης του 1949

Κατά τη διάρκεια του Β΄ΠΠ, το υφιστάμενο νομικό πλαίσιο, μέσα από τις προαναφερθείσες Συμβάσεις, αποδείχθηκε ανίκανο να αποτρέψει τις θηριωδίες του. Ήδη από το 1937, ένα αναθεωρημένο προσχέδιο των Συμβάσεων της Γενεύης βρισκόταν στα σκαριά, μετά την 16^η Διεθνή Διάσκεψη του Ερυθρού Σταυρού στο Λονδίνο το 1938, το οποίο και διακοπή λόγω του Β΄ΠΠ. Μετά το πέρας των εχθροπραξιών, αποφασίστηκε από τη ΔΕΕΣ το προσχέδιο του 1937 να αποτελέσει τη βάση για την αναθεώρηση των Συνθηκών, μαζί με τις προσθήκες από την εμπειρία που αποκτήθηκε από τον εξαετή πόλεμο. Για το σκοπό αυτό, συστάθηκε μια Προκαταρκτική Διάσκεψη των Εθνικών Συλλόγων του Ερυθρού Σταυρού, τον Αύγουστο του 1946, η οποία μελέτησε τις προτάσεις και το προσχέδιο.⁵⁰ Τα αποτελέσματα της εν λόγω Διάσκεψης συμπεριελήφθησαν, τον Απρίλη του 1947, στο προσχέδιο που υποβλήθηκε στην ΔΕΕΣ από την Επιτροπή των Κυβερνητικών

⁴⁷ Βλ. Commentary of 1952 on G C I, article 12, para. 135

the word 'respect' ('respecter') means according to the Dictionary of the French Academy, 'to spare, not to attack' (épargner, ne point attaquer), whereas 'protect' (protéger) means 'to come to someone's defence, to give help and support'. These words make it unlawful to kill, ill-treat or in any way injure an unarmed enemy, while at the same time they impose an obligation to come to his aid and give him any care of which he stands in need.

⁴⁸ Βλ. Άρθρα : 6 και 9 ΣΓ '1906, Άρθρο 12(1) Ι ΣΓ '49, Άρθρα 16(1),18(1), 20(1)(3)&21 ΙV ΣΓ '49

⁴⁹ Άρθρα 18 και 19(2) της ΣΓ του 1929 για τη βελτίωση της τύχης των τραυματιών και των ασθενών στις ένοπλες δυνάμεις που βρίσκονται σε εκστρατεία

⁵⁰ Βλ. Jean S.Pictet (1951), « The new Geneva Conventions for the Protection of War Victims », AJIL vol.45(3), σελ.466

Εμπειρογνομόνων για την μελέτη των Συμβάσεων για την προστασία των θυμάτων των συγκρούσεων.⁵¹

Σε αυτό το σημείο, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν οι προτάσεις των Εμπειρογνομόνων αλλά και οι λόγοι που εν τέλει δεν συμπεριλαμβάνεται η προστασία των τραυματιών και ασθενών αμάχων στις Συμβάσεις της Γενεύης του 1949.

Ήδη από την Διάσκεψη του 1937, αρκετοί εμπειρογνώμονες πρότειναν να επεκταθεί η Σύμβαση και στους τραυματίες και ασθενείς αμάχους. Τόνισαν ότι, δεδομένης της ανάπτυξης των εναέριων πολεμικών επιχειρήσεων, μια εμπόλεμη περιοχή εκτίθεται συνολικά σε μια εχθρική ενέργεια και ότι οι άμαχοι είναι, κατά αυτήν την έννοια, το ίδιο εκτεθειμένοι στο κίνδυνο όσο και το στρατιωτικό προσωπικό.⁵²

Παρά το ισχυρό ρεύμα της κοινής γνώμης υπέρ του επιχειρήματος αυτού, η πλειοψηφία της Επιτροπής του 1937, και με τη σειρά της η 16^η Διεθνής Διάσκεψη του Ερυθρού Σταυρού το 1938, αποφάσισε να μην εγκρίνει αυτήν την πρόταση, με το σκεπτικό ότι θα υπερέβαινε το συγκεκριμένο πεδίο εφαρμογής της Σύμβασης. Κρίθηκε προτιμότερο να ασχοληθεί με τους τραυματίες και τους ασθενείς αμάχους μέσω μιας ειδικής Σύμβασης.

Δύο αξιοσημείωτες νέες διατάξεις, ωστόσο, περιελήφθησαν στη Σύμβαση της Γενεύης από την Επιτροπή του 1937: η μία προβλέπει ότι η προστασία των υγειονομικών μονάδων και εγκαταστάσεων, του προσωπικού και του εξοπλισμού τους, δεν παύει να ισχύει όταν οι δραστηριότητές τους επεκτείνονται στον άμαχο πληθυσμό και η άλλη ότι μπορεί να επιτραπεί στις Κοινωνίες Εθελοντικής Βοήθειας να χρησιμοποιούν το διακριτικό έμβλημα κατά την εκτέλεση της κοινωνικής τους εργασίας υπέρ των τραυματιών και των ασθενών αμάχων στη διάρκεια των εχθροπραξιών.⁵³

Επιπλέον, η συστηματική σφαγή και δίωξη που υπέστησαν εκατομμύρια άμαχοι κατά τη διάρκεια του Β'ΠΠ, έδειξε στην ΔΕΕΣ ότι υπάρχει η ανάγκη για διεξοδική αναθεώρηση του ζητήματος της πιθανής επέκτασης της Σύμβασης της Γενεύης στη

⁵¹ Βλ. Commission of Government Experts for the Study of Conventions for the Protection of War Victims, Geneva, April 24 to 26, 1947, Preliminary Documents submitted by the ICRC

⁵² Βλ. ICRC, Report on the Work of The Conference of Government Experts for the Study of the Conventions for the Protection of War Victims, σελ 9

⁵³ Βλ. ICRC Report, ο.π σελ.10

προστασία των τραυματιών και ασθενών αμάχων. Ως εκ τούτου, η Επιτροπή έκρινε απαραίτητο ότι αυτό το ζήτημα πρέπει να επιλυθεί μετά από στάθμιση όλων των επιχειρημάτων υπέρ και κατά μιας τέτοιας απόφασης ενόψει των σοβαρών ευθυνών που προκύπτουν.

Ειδικότερα, τρεις ήταν οι προτάσεις⁵⁴ της ΔΕΕΣ: I) Πλήρη Επέκταση της Συνθήκης της Γενεύης ώστε να προστατεύονται όλοι οι ασθενείς και τραυματίες άμαχοι αλλά και τα πολιτικά νοσοκομεία⁵⁵ II) Υιοθέτηση μιας εξ ολοκλήρου ξεχωριστής Σύμβασης για να ρυθμίσει την προστασία όλων των ασθενών και τραυματιών πολιτών ή III) Μερική Επέκταση της Σύμβασης της Γενεύης του 1949 με ρητή προστασία των τραυματιών και ασθενών αμάχων και του ιατρικού προσωπικού, όχι, όμως, των πολιτικών νοσοκομείων.

Αναφορικά με τις τρεις προτάσεις, η Προκαταρκτική Διάσκεψη των Εθνικών Συλλόγων του Ερυθρού Σταυρού του 1946, παρουσίασε μια διακεκριμένη προτίμηση στη I πρόταση, λόγω του ότι τα πολιτικά νοσοκομεία θα είχαν πανομοιότυπη προστασία με τα στρατιωτικά νοσοκομεία, στο πλαίσιο της Σύμβασης της Γενεύης.

Επίσης, ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα δυο υποερωτήματα,⁵⁶ τα οποία έθεσε η Διεθνής Επιτροπή στη Διάσκεψη του 1946 :

i) Εάν θα πρέπει τα πολιτικά νοσοκομεία να έχουν εξουσιοδότηση για να χρησιμοποιούν το έμβλημα του Ερυθρού Σταυρού σε λευκό φόντο, ως προστατευτικό μέτρο, ή εάν θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα πρόσθετο διακριτό έμβλημα. Σύμφωνα με την Διεθνή Επιτροπή, κατά τη διάρκεια του Β'ΠΠ, ορισμένα εμπόλεμα μέρη ξεχώριζαν τα πολιτικά νοσοκομεία τοποθετώντας ένα κόκκινο τετράγωνο σε λευκό φόντο. Ως απάντηση, η Διάσκεψη θεώρησε ότι τα πολιτικά νοσοκομεία πρέπει να εξουσιοδοτηθούν να χρησιμοποιούν το έμβλημα της Σύμβασης της Γενεύης, και να αποφευχθεί η δημιουργία ενός νέου εμβλήματος, που μπορεί να προκαλέσει σύγχυση.

ii) Δεδομένου ότι τα όρια της προστασίας πρέπει να εξαρτηθούν από το χαρακτήρα των κτηρίων που προστατεύονται, ποιά θα έπρεπε να είναι αυτά τα κτήρια; Θα

⁵⁴ Preliminary Documents submitted by the ICRC, ο.π., σελ 3,4 και 81

⁵⁵ Η Πρόταση I θα είχε το προφανές πλεονέκτημα της απλότητας, δεδομένου ότι δεν θα απαιτούσε μια νέα Σύμβαση. Από την άλλη, θα οδηγούσε σε μια πολύ εκτεταμένη χρήση του εμβλήματος του Ερυθρού Σταυρού, με επακόλουθο τον μεγαλύτερο κίνδυνο κακής χρήσης του.

⁵⁶ Βλ. Preliminary Documents submitted by the ICRC, ο.π., σελ 81

έπρεπε τα πολιτικά νοσοκομεία να περιλαμβάνουν ιατρεία, μαιευτήρια, κλινικές, ορφανοτροφεία, φιλανθρωπικά ιδρύματα, κ.λ.π. ; Στο συγκεκριμένο υποερώτημα, η Διάσκεψη δήλωσε ότι με τον όρο «πολιτικά νοσοκομεία» θα πρέπει να υποδεικνύονται εγκαταστάσεις που στεγάζουν ασθενείς και τραυματίες πολίτες και που είναι εξουσιοδοτημένες από την Κυβέρνηση. Μόνο τέτοιες εγκαταστάσεις θα πρέπει να προστατεύονται από τη Σύμβαση της Γενεύης και να τους επιτρέπεται να χρησιμοποιούν το διακριτικό έμβλημα.

Οι τρεις λύσεις που συνέστησε η Διεθνής Επιτροπή για να καλυφθεί η προστασία των τραυματιών και ασθενών αμάχων, μολονότι, προβλημάτισαν τη Διάσκεψη του 1947, αποφασίστηκε ότι το πεδίο εφαρμογής της Συνθήκης της Γενεύης θα «παραμείνει» στην προστασία των μελών των ενόπλων δυνάμεων.

Έτσι, με πρωτοβουλία της ΔΕΕΣ και πρόσκληση της Ελβετικής κυβέρνησης συγκλήθηκε το 1949 Διεθνής Διάσκεψη στη Γενεύη, για την υιοθέτηση κανόνων προστασίας θυμάτων των ενόπλων συρράξεων και της κατοχής. Συγκεκριμένα, τροποποιήθηκαν οι τρεις Συμβάσεις της Γενεύης (1864,1906,1929) και συμπληρώθηκαν από μια τέταρτη Σύμβαση για την προστασία των αμάχων σε καιρό πολέμου.⁵⁷

III. Από τις Συμβάσεις της Γενεύης του 1949...

Μολονότι, οι 4 Συμβάσεις της Γενεύης αποτέλεσαν καμπή στην ιστορία του ΔΑΔ, οι διατάξεις που αφορούν στην προστασία των τραυματιών και ασθενών αμάχων στις Διεθνείς ένοπλες συρράξεις αποδεικνύονται ανεπαρκείς. Το Κεφάλαιο II της Ι ΣΓ'49 «Περί Τραυματιών και Ασθενών» ενσωματώνει την βασική ιδέα, την οποία προασπίστηκαν οι ιδρυτές του Ερυθρού Σταυρού, ιδέα που κυριάρχησε και στο σύνολο της Σύμβασης της Γενεύης του 1864. *Κάθε στρατιώτης που είναι τραυματίας η ασθενής και ως εκ τούτου βρίσκεται εκτός μάχης, τυγχάνει σεβασμού και προστασίας, ήτοι ανθρωπιστικής μεταχείρισης.*⁵⁸

⁵⁷ Πρόκειται για τις: (I) Σύμβαση για τη βελτίωση της τύχης των τραυματιών και των ασθενών στις εν εκστρατεία ένοπλες δυνάμεις, (II) Σύμβαση για τη βελτίωση της τύχης των τραυματιών, ασθενών και ναυαγών των ενόπλων δυνάμεων στη θάλασσα, (III) Σύμβαση για τη μεταχείριση των αιχμαλώτων πολέμου, (IV) Σύμβαση για την προστασία των πολιτών σε καιρό πολέμου.

⁵⁸ Jean S. Pictet , Commentary on the First Geneva Convention, Geneva, ICRC, 1952, Article 12, p. 132

Αν και, το πεδίο εφαρμογής *ratione personae*, στο άρθρο 12 της I ΣΓ '49 έχει διευρυνθεί, δεν παύει η προστασία να αφορά στους τραυματίες και ασθενείς που ανήκουν στις κατηγορίες που προβλέπονται στο άρθρο 13 της I ΣΓ '49. Η μόνη προστασία που προβλέπεται, για πρώτη φορά, για τους τραυματίες και ασθενείς αμάχους αλλά και για τα πολιτικά νοσοκομεία σε Διεθνείς ένοπλες συρράξεις βρίσκεται στην IV ΣΓ '49 και συγκεκριμένα στα άρθρα 16, 17 και 18.

Το άρθρο 16 της IV ΣΓ '49 στο πλαίσιο της γενικής προστασίας του πληθυσμού έναντι των κρατών που βρίσκονται σε σύγκρουση, αναφέρει ότι *«οι τραυματίαι και ασθενείς ως και ανάπηροι και οι εγκυμονούσαι γυναίκες θα είναι αντικείμενα ιδιαίτερας προστασίας και σεβασμού»*. Σύμφωνα με το άρθρο 18 της IV ΣΓ '49 *«τα πολιτικά νοσοκομεία οργανωθέντα προς περίθαλψιν τραυματιών και ασθενών, αναπήρων και λεχών εις ουδεμίαν περίπτωσηιν δύνανται να αποτελέσουν στόχον επιθέσεως αλλά θα τυγχάνουν πάντοτε σεβασμού και προστασίας εκ μέρους των εν συρράξει Μερών.»* Ενώ η προστασία τους δεν παύει να ισχύει παρά μόνο εάν χρησιμοποιούνται, εκτός των ανθρωπιστικών τους καθηκόντων για την τέλεση πράξεων επιζήμιων για τον εχθρό.⁵⁹ Επιπλέον, η εν λόγω προστασία των πολιτικών νοσοκομείων δεν παύει παρά μόνο αφού έχει δοθεί η δέουσα προειδοποίηση, θέτοντας, σε όλες τις δυνατές περιπτώσεις, ένα εύλογο χρονικό διάστημα ανταπόκρισης, και έχει αγνοηθεί. Ομοίως και το προσωπικό των πολιτικών νοσοκομείων τυγχάνει της ίδιας προστασίας.⁶⁰

Μια από τις σημαντικότερες καινοτομίες των τεσσάρων Συμβάσεων αφορά στο πεδίο εφαρμογής τους, *ratione materiae*. Οι διατάξεις τους πλέον δεν εφαρμόζονται μόνο στις διεθνείς ένοπλες συρράξεις αλλά επεκτείνονται πλέον, με το κοινό άρθρο 3 των τεσσάρων ΣΓ '49 και στις εμφύλιες συρράξεις. Ειδικότερα, το κοινό άρθρο 3(1) παρέχει, στις συρράξεις μη διεθνούς χαρακτήρα, ένα μίνιμουμ εγγυήσεων για *«τα άτομα που δεν λαμβάνουν ενεργό μέρος στις εχθροπραξίες, συμπεριλαμβανομένων των μελών των ενόπλων δυνάμεων που κατέθεσαν τα όπλα τους και εκείνων που έχουν τεθεί εκτός μάχης (hors de combat) λόγω ασθένειας, τραύματος, κράτησης, ή οποιασδήποτε άλλης αιτίας»*. Αυτά τα άτομα *«θα τύχουν ανθρωπιστικής μεταχείρισης χωρίς δυσμενείς διακρίσεις»...* (2) *«Αι τραυματίαι και οι ασθενείς θα περισυλλέγονται και θα περιθάλπονται. Αμερόληπτος ανθρωπιστικός οργανισμός, ως η Διεθνής*

⁵⁹ Βλ. Άρθρο 19(1) της IV ΣΓ '49

⁶⁰ Βλ. Άρθρο 20 της IV ΣΓ '49

Επιτροπή του Ερυθρού Σταυρού, δύναται να προσφέρει τας υπηρεσίες του εις τα εν συρράξει Μέρη...»

Σύμφωνα με τον σχολιασμό του κοινού άρθρου 3, το εδάφιο 2 ισχύει για τους τραυματίες και ασθενείς είτε είναι μέλη των ενόπλων δυνάμεων είτε είναι άμαχοι. Τα πρόσωπα που είναι τραυματίες ή ασθενείς, ως αποτέλεσμα της ένοπλης σύγκρουσης, για παράδειγμα, λόγω της συμμετοχής τους σε στρατιωτικές επιχειρήσεις, καθώς και τα πρόσωπα των οποίων η ιατρική τους κατάσταση ή η πρόσβαση σε περίθαλψη επηρεάζεται από τη σύγκρουση, πρέπει να θεωρηθεί ότι εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής της προστασίας των τραυματιών και ασθενών του κοινού άρθρου 3.⁶¹

Όπως προαναφέρθηκε στο σχολιασμό των άρθρων της IV ΣΓ '49, ομοίως και στο κοινό άρθρο 3 ισχύει ότι η υποχρέωση σεβασμού και προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων είναι γενική και δεν υπάρχει ορισμός, ο οποίος να καθορίζει νομικά πότε ένα άτομο εμπίπτει στη κατηγορία του «τραυματία και ασθενή». Παρά το γεγονός ότι παρατηρείται μια σταδιακή προσπάθεια διεύρυνσης της προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων τόσο στις Διεθνείς ένοπλες συρράξεις(άρθρο 16 IV ΣΓ '49), όσο και στις μη διεθνείς (κοινό άρθρο 3 των ΣΓ '49), πολλά ζητήματα είχαν μείνει ανοιχτά από τις τέσσερις συμβάσεις, με αναμφισβήτητα νομικά κενά.

IV. ... στα Πρωτόκολλα του 1977

Ήδη από το 1950, η ΔΕΕΣ ασχολήθηκε με τα νομικά κενά που δημιουργούσαν οι Συμβάσεις της Γενεύης με μια σωρεία κινήσεων προς την εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής προστασίας του άμαχου πληθυσμού. Μετά από πρωτοβουλία της Διεθνούς Επιτροπής, το 1965 υιοθετήθηκε στην 20^η Διεθνή Διάσκεψη του Ερυθρού Σταυρού/Ημισελήνου στη Βιέννη, με το Ψήφισμα XXVIII, μια δέσμη θεμελιωδών αρχών⁶², τις οποίες οφείλουν να σέβονται όλες οι Κυβερνήσεις σχετικά με την προστασία των αμάχων έναντι των κινδύνων του σύγχρονου πολέμου. Οι αρχές προστασίας του εν λόγω Ψηφίσματος επιβεβαιώνονται, το 1968, από αντίστοιχο

⁶¹ ICRC, Commentary of 2016 on common article 3, 2. Scope of Application para.386

⁶² Βλ. Res. XXVIII of 20th International Conference of the Red Cross, p. 568 διαθέσιμο σε : https://www.loc.gov/frd/Military_Law/pdf/RC_Nov-1965.pdf

Ψήφισμα 2444 της Γενικής Συνέλευσης των Η.Ε για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε ένοπλες συρράξεις.⁶³

Η Διεθνής Διάσκεψη του Ερυθρού Σταυρού δεν είχε πρόθεση να ξαναγραφτούν οι Συμβάσεις της Γενεύης, ούτε να αναθεωρηθούν εντελώς, γεγονός που θα συνεπαγόταν τον κίνδυνο αποδυνάμωσης τους. Ως εκ τούτου, θεωρείτο αρκετή η επέκτασή τους με σκοπό την κάλυψη και αποσαφήνιση ορισμένων σημαντικών σημείων.⁶⁴

Η πορεία κορυφώνεται με την Διπλωματική Διάσκεψη για την Επαναβεβαίωση και Ανάπτυξη του ΔΑΔ που εφαρμόζεται σε Ένοπλες Συρράξεις, η οποία συγκλήθηκε στη Γενεύη το 1974 και ολοκλήρωσε τις εργασίες της το 1977, με την ομόφωνη υιοθέτηση δύο Πρωτοκόλλων⁶⁵ που συμπληρώνουν τόσο τις διατάξεις των ΣΓ '49, όσο και των διατάξεων του Δικαίου της Χάγης.

Αν και ο στόχος στη Διπλωματική Διάσκεψη ήταν «η επαναβεβαίωση και η Ανάπτυξη του ΔΑΔ», προκειμένου να δώσει έμφαση στον συμπληρωματικό χαρακτήρα των Πρωτοκόλλων, δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι σε ορισμένα σημεία, τα Πρωτόκολλα του 1977 τροποποιούν την προϋπάρχουσα νομοθεσία και μερικές φορές εισάγουν και αρκετά τολμηρές καινοτομίες.⁶⁶

Το Μέρος II του Πρώτου Πρόσθετου Πρωτοκόλλου ενισχύει σημαντικά τους κανόνες της I και II Σύμβασης της Γενεύης του 1949 για την αμερόληπτη ιατρική περίθαλψη σε καιρό πολέμου. Πιο συγκεκριμένα, τα άρθρα 8 έως 34 επεκτείνουν την νομική προστασία σε όλους τους τραυματίες, ασθενείς και ναυαγούς, είτε είναι μαχητές, είτε άμαχοι, στο πολιτικό υγειονομικό προσωπικό που του έχουν ανατεθεί καθήκοντα από εμπόλεμο Μέρος, στις υγειονομικές μονάδες, καθώς επίσης και στις υγειονομικές μεταφορές.⁶⁷

⁶³ UN General Assembly, Res. 2444 (XXIII) , 1968, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Article.xsp?action=openDocument&documentId=7F99C549B16DF20BC12563CD0051D3BC>

⁶⁴ ICRC, Commentary of the Additional Protocols of 8 June 1977 to the Geneva Conventions of 12 August 1949, p. xxx

⁶⁵ Το Πρώτο Πρωτόκολλο αφορά στην προστασία του άμαχου πληθυσμού από τις επιπτώσεις των Διεθνών ενόπλων συρράξεων (126 άρθρα) και το Δεύτερο Πρωτόκολλο αφορά στην προστασία του άμαχου πληθυσμού από τις επιπτώσεις των ενόπλων συρράξεων μη διεθνούς χαρακτήρα (28 άρθρα)

⁶⁶ Βλ. ICRC, Commentary of the Additional Protocols, p. xxxiv

⁶⁷ Βλ. Αναλυτικά στο Επόμενο Κεφάλαιο

Με εξαίρεση το κοινό άρθρο 3 «Σύμβαση-μινιατούρα» στις Συμβάσεις της Γενεύης του 1949, το Δεύτερο Πρόσθετο Πρωτόκολλο αποτελεί το πρώτο πραγματικό νομικό μέσο για την προστασία των θυμάτων των μη διεθνών ενόπλων συρράξεων.⁶⁸

Όσον αφορά στους τραυματίες και ασθενείς, το Μέρος III του ΠΠ II '77, έχει ως στόχο την ανάπτυξη της θεμελιώδους αρχής ότι οι τραυματίες και ασθενείς θα πρέπει να προστατεύονται στις συρράξεις μη διεθνούς χαρακτήρα, όπως περιέχεται, πολύ συνοπτικά, στο κοινό άρθρο 3(2) των τεσσάρων ΣΓ '49. Επιπλέον, το ΠΠ II '77 αντανακλά πολλές από τα διατάξεις σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που προβλέπονται στο ΠΠ I '77. Ειδικότερα, τα άρθρα 7 έως 12 του ΠΠ II '77 επιβάλλουν υποχρεώσεις για τον σεβασμό και την προστασία τόσο των τραυματιών ή ασθενών μαχητών και αμάχων, όσο και του ιατρικού και θρησκευτικού προσωπικού, καθώς και των ιατρικών μεταφορών και μονάδων.

Σε αντίθεση με τις τέσσερις ΣΓ '49, οι οποίες είναι καθόλα αποδεκτές, το ΠΠ I και το ΠΠ II '77 έχουν επικυρωθεί από 173 και 167 κράτη αντίστοιχα. Παρά το γεγονός ότι κράτη όπως οι ΗΠΑ, το Ισραήλ, το Ιράν, η Σομαλία κ.α δεν έχουν επικυρώσει τα Πρωτόκολλα, η υποχρέωση παροχής ιατρικής περίθαλψης στους τραυματίες και ασθενείς είναι υποχρεωτική βάσει του Διεθνούς Εθιμικού Δικαίου. Σήμερα, οι περισσότερες διατάξεις του ΔΑΔ αποτελούν έθιμο και ως εκ τούτου θεμελιώδεις υποχρεώσεις, όπως η παροχή ιατρικής περίθαλψης, εφαρμόζονται τόσο σε διεθνείς, όσο και σε μη διεθνείς ένοπλες συρράξεις, ανεξαρτήτως εάν ένα πρόσωπο έχει λάβει μέρος σε εχθροπραξίες.⁶⁹

Συμπερασματικά, η ρύθμιση θεμάτων που αφορούν στους τραυματίες, ασθενείς και ναυαγούς των πολεμικών επιχειρήσεων, αποτέλεσε ανέκαθεν ένα σημαντικό τμήμα του Διεθνούς Ανθρωπιστικού Δικαίου. Οι Συμβάσεις της Γενεύης του 1949 αποτελούν τα κείμενα στα οποία οριστικοποιείται η προστασία των συγκεκριμένων προσώπων, ενώ τα δύο Πρόσθετα Πρωτόκολλα επιβεβαιώνουν και συμπληρώνουν το νομικό καθεστώς προστασίας, κατοχυρώνοντας μια ευρύτατη προστασία των τραυματιών και ασθενών αμάχων.

⁶⁸ ICRC, Commentary of the Additional Protocols, para.4337, p.1319

⁶⁹ Βλ. Jean Marie Henckaerts/Louise Doswald-Beck, « Customary International Humanitarian Law», Volume I : Rules, Cambridge University Press, 2007, σελ 399

Κεφάλαιο Δεύτερο : Το περιεχόμενο της υποχρέωσης σεβασμού και προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων

I. Η προστασία των τραυματιών και ασθενών και το δικαίωμα τους σε ιατρική περίθαλψη

ι) Ορίζοντας τον τραυματία και ασθενή...

Η μεταχείριση των ατόμων που περιέρχονται στην εξουσία του αντιπάλου απαιτεί την εφαρμογή βασικών αρχών που διέπουν το Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο, αφού μέσα σε αυτές ολοκληρώνεται το σύστημα προστασίας. Έτσι, η βασική αρχή προστασίας, σεβασμού και ανθρωπιστικής μεταχείρισης όσων δεν μετέχουν πλέον στις εχθροπραξίες, επειδή ετέθησαν εκτός μάχης «hors de combat» αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο των ρυθμίσεων όσον αφορά στους τραυματίες, ασθενείς ή ναυαγούς.⁷⁰ Καθοριστικό ρόλο στην εδραίωση αυτών των αρχών διαδραμάτισε η δημιουργία των τεσσάρων ΣΓ '49 και των δυο ΠΠ '77, καθώς περιλαμβάνουν ένα λεπτομερή κορμό των κανόνων προστασίας των συγκεκριμένων προσώπων.

Παρά το γεγονός ότι το νομικό καθεστώς που αφορά στη προστασία των τραυματιών και ασθενών είναι «διασκορπισμένο» σε διάφορες νομικές διατάξεις, το άρθρο 12 της I ΣΓ '49 αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο χτίστηκε.⁷¹ Ειδικότερα, το εν λόγω άρθρο βασίζεται σε προηγούμενες διατάξεις που περιέχονται στις Συμβάσεις του 1864, 1906 και 1929 της Γενεύης για τους τραυματίες και ασθενείς, ενώ διευρύνει το πεδίο εφαρμογής της διάταξης αναφορικά με την προστασία.⁷² Παρά την αλλαγή διατύπωσης, το άρθρο 12 εξακολουθεί να αποτελεί κεντρική διάταξη σχετικά με την προστασία των τραυματιών και ασθενών μαχητών και πιο συγκεκριμένα, αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο όλης της I ΣΓ '49 όπως συμπέρανε ο Paul des Gouttes.⁷³

Εντούτοις, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι συγκριτικά με το πεδίο εφαρμογής των δυο Πρόσθετων Πρωτοκόλλων και ειδικά του ΠΠ I '77, το πεδίο εφαρμογής του άρθρου 12 είναι περιορισμένο, καθώς ισχύει μόνο κατά τη διάρκεια Διεθνών ένοπλων

⁷⁰ Βλ. Κώστας Χατζηκωνσταντίνου, «Προσεγγίσεις στο Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο», εκδ. Ι. Σιδέρης, Αθήνα, 1999, σελ 160

⁷¹ Βλ. ICRC, Commentary of 2016 on article 12 of GC I '49, σελ.2

⁷² Βλ Άρθρο 13 I ΣΓ '49 για διεύρυνση πεδίου εφαρμογής, συγκριτικά με άρθρο 6 ΣΓ 1864 « wounded and sick combatants» και άρθρο 1 των ΣΓ του 1906 και 1929 « officers, soldiers and other persons attached to armies»

⁷³ Βλ Jean S. Pictet, Commentary on the First Geneva Convention, Geneva, ICRC, 1952, Article 12, p. 133

συρράξεων και προστατεύει μόνο τους τραυματίες και ασθενείς, οι οποίοι είναι μέλη των ενόπλων δυνάμεων,⁷⁴ ανεξαρτήτως σε ποιο μέρος της σύρραξης ανήκουν.⁷⁵

Επιπλέον, στην I ΣΓ '49, γενικά και στο άρθρο 12(1) ειδικά, η υποχρέωσή σεβασμού και προστασίας έχει γενικό χαρακτήρα. « *Τα Μέλη των ενόπλων Δυνάμεων... όταν είναι τραυματία ή ασθενείς δέον να είναι σεβαστά και να προστατεύονται εις πάσα περίπτωσιν* » Δεν περιέχεται κανένας ορισμός του «τραυματία και ασθενή», καθώς κάθε απόπειρα ορισμού θα είχε αναγκαστικά περιοριστικό χαρακτήρα και με αυτόν τον τρόπο θα άφηνε ανοιχτό το περιθώριο σε κάθε είδους παρερμηνείες και καταχρήσεις. Θα λέγαμε ότι η ερμηνεία του όρου «τραυματίας και ασθενής» είναι θέμα κοινής λογικής και καλής πίστης.⁷⁶

Θετική εξέλιξη στη πάροδο του χρόνου, παρ' όλα αυτά, αποτελεί η διατύπωση του άρθρου 12, η οποία επιβάλλει πλέον διττή υποχρέωση στα μέρη, καθώς σε περίοδο ενόπλων συρράξεων αναλαμβάνουν όχι μόνο το σεβασμό και την προστασία τραυματιών, ασθενών και ναυαγών, αλλά και την παροχή περίθαλψης και ανθρωπιστικής μεταχείρισης. Η προσθήκη της πρόνοιας περί ανθρωπιστικής μεταχείρισης, εκτός του σεβασμού και της προστασίας, είναι αναγκαία, αφού ο σεβασμός δεν είναι αρκετός για τον τραυματία, ασθενή ή ναυαγό, ο οποίος έχει τεθεί εκτός μάχης και αν αφεθεί να αντιμετωπίζει, μόνος, τις συνέπειες του τραυματισμού ή της ασθένειας, υπάρχει κίνδυνος ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης του, να υποκύψει.⁷⁷

Αναλυτικότερα, το άρθρο 12, παράγραφος 2, προβλέπει ότι :

« οι τραυματίες και ασθενείς θα τύχουν ανθρωπιστικής μεταχείρισης και περίθαλψης υπό του εν συρράξει Μέρους εις την εξουσία του οποίου θα ευρίσκωνται, άνευ ουδεμίας διακρίσεως δυσμενούς χαρακτήρος βασιζόμενης εις το φύλον, την φυλήν, την εθνικότητα, την θρησκείαν, τας πολιτικάς πεποιθήσεις ή έτερον ανάλογον κριτήριοι. Απαγορεύεται ασυτηρώς πάσα προσβολή εις την ζωήν ή το πρόσωπόν των, και πλην άλλων η εξόντωσις των βαρέως πασχόντων, ο φόνος, ή βάσανος, η ενέργεια επ' αυτών βιολογικών πειραμάτων, η εσκεμμένη εγκατάλειψις των άνευ ιατρικής περιθάλψεως ή

⁷⁴ Το άτομο μπορεί να είναι είτε μέλος των ενόπλων δυνάμεων, είτε να ανήκει σε μια από τις κατηγορίες του άρθρου 13 της I ΣΓ '49.

⁷⁵ Βλ. ICRC, Commentary of 2016 on article 12 of GC I '49, σελ.6

⁷⁶ Jean S. Pictet , Commentary on the First Geneva Convention,1952, ο.π, σελ 136

⁷⁷ Jean S. Pictet , Commentary on the First Geneva Convention,1952, ο.π, σελ 136-137

άνευ περιποιήσεως, η επί σκοπώ έκθεσις των εις κίνδυνο μεταδόσεως ασθενείας ή μολύνσεως επί τούτο δημιουργηθείσης »⁷⁸

Ενώ, λοιπόν, όπως αναφέρθηκε, στη παράγραφο 2 του άρθρου 12 απαγορεύονται οι διακρίσεις και οι πράξεις που συνιστούν « σοβαρές παραβιάσεις» κατά των προστατευόμενων προσώπων, στις παραγράφους 3 και 4 του Άρθρου 12 της Ι ΣΓ '49 προβλέπονται οι μοναδικές εξαιρέσεις⁷⁹ από τον κανόνα της απαγόρευσης των διακρίσεων. Πρόκειται για θετικές διακρίσεις, αφού αποσκοπούν στην αναγνώριση και όχι στην αποστέρηση ορισμένων δικαιωμάτων.⁸⁰

Ως αποτέλεσμα των ανωτέρω ζυμώσεων και της προσπάθειας διεύρυνσης της προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων, το Γ'ΠΠ και συγκεκριμένα το άρθρο 8 κατοχυρώνει μια ευρύτατη προστασία, επιβεβαιώνοντας και συμπληρώνοντας το ήδη υπάρχον νομικό καθεστώς στις διεθνείς ένοπλες συρράξεις. Μέχρι το 1977, σε κανένα από τα διεθνή κείμενα που κάλυπταν τις περιπτώσεις των τραυματιών, ασθενών και ναυαγών, υπήρχε προσδιορισμός της έννοιας των όρων. Έχει γίνει αποδεκτό ότι οι τραυματίες, ασθενείς και ναυαγοί δεν είναι απαραίτητο να ταυτίζονται με την έννοια του «hors de combat». Από την μια πλευρά, ένας μαχητής μπορεί να σταματήσει να μάχεται χωρίς αναγκαστικά να είναι τραυματίας, ενώ από την άλλη, ένας τραυματίας ή ασθενής μπορεί να συνεχίσει να βρίσκεται σε μάχιμη κατάσταση. Το ΠΠΠ δίνει έμφαση στην προϋπόθεση της μη περαιτέρω συμμετοχής στις πολεμικές επιχειρήσεις.⁸¹ Έτσι στο άρθρο 8 βρίσκουμε ορισμό του «τραυματία και ασθενή», ο ορισμός, όμως, αυτός, περιορίζεται ρητά στους σκοπούς του ΠΠΠ I '77.

Το άρθρο 8 του ΠΠΠ I '77, εντούτοις, αναφέρει ρητά ότι , *«τραυματίες και ασθενείς θεωρούνται, τα πρόσωπα, είτε μέλη των ενόπλων δυνάμεων, είτε άμαχοι, οι οποίοι χρήζουν ιατρικής περίθαλψης λόγω τραύματος, ασθένειας ή άλλης σωματικής ή διανοητικής διαταραχής ή αναπηρίας και απέχουν από κάθε εχθροπραξία.»* Επιπλέον, σε αντίθεση με το άρθρο 13 της Ι ΣΓ '49, το άρθρο 8 καλύπτει τις περιπτώσεις που χρήζουν ειδικής προστασίας, όπως τις *«περιπτώσεις εγκυμοσύνης, τα νεογέννητα και άλλα πρόσωπα που μπορεί να χρειάζονται άμεση ιατρική βοήθεια, όπως οι υπερήλικες*

⁷⁸ Ο κατάλογος των απαγορευμένων πράξεων κατά των προστατευόμενων προσώπων στο άρθρο 12(2) δεν είναι εξαντλητικός. Βλ. και άρθρο 50 της Ι ΣΓ '49

⁷⁹ Η 1^η διάκριση αφορά στη μεταβολή της προτεραιότητας στη σειρά παροχής περίθαλψης για λόγους επείγουσας ανάγκης εξαιτίας της σοβαρότητας του προβλήματος (triage) και η 2^η διάκριση αφορά στις γυναίκες που πρέπει « να τυχάνουν της οφειλόμενης εις το φύλον των ειδικής προστασίας»

⁸⁰ Βλ. Κ. Χατζηκωνσταντίνου, ο.π, σελ 163

⁸¹ Βλ. Γάγγας Σ. Διονύσης, « Εισαγωγή στο Διεθνές Δίκαιο των Ενόπλων Συγκρούσεων», Εκδ. Ι . Σιδέρης, Τρίτη Αναθεωρημένη Έκδοση, Αθήνα, 2009, σελ.228

και οι μέλλουσες μητέρες.» Η ένταξη αυτή των νέων κατηγοριών αποτελεί μια σημαντική εξέλιξη καθώς «κλείνει το κενό» που υπήρχε μεταξύ της προστασίας των τραυματιών και ασθενών μαχητών και των τραυματιών και ασθενών αμάχων.⁸²

Συνεπώς, για να χαρακτηριστεί ένα άτομο ως τραυματίας και ασθενής, απαιτούνται δύο σωρευτικά κριτήρια : i) πρέπει η κατάσταση του ατόμου να χρήζει ιατρικής περίθαλψης και ii) να απέχει από κάθε εχθροπραξία.⁸³ Με άλλα λόγια, το νομικό καθεστώς των τραυματιών και ασθενών βασίζεται στην ιατρική κατάσταση και στην συμπεριφορά του προσώπου.

ii) Σεβασμός και προστασία

Στη διάρκεια των ενόπλων συρράξεων, τα κράτη έχουν την διττή υποχρέωση, εκτός από την παροχή ιατρικής περίθαλψης, να παρέχουν στους τραυματίες και ασθενείς και τον ανάλογο σεβασμό και προστασία. Στις διεθνείς ένοπλες συρράξεις, η υποχρέωση σεβασμού και προστασίας των τραυματιών και ασθενών περιέχεται, όπως έχει ήδη γίνει λόγος στο άρθρο 12 της I και II ΣΓ '49, στο άρθρο 16 της IV ΣΓ '49 αλλά και στο άρθρο 10 του ΠΠ I '77. Σε όλα τα ανωτέρω άρθρα αναφέρεται ότι «Όλοι τραυματίες και ασθενείς και ναυαγοί, σε οποιοδήποτε Μέρος και αν ανήκουν, τυγχάνουν σεβασμού και προστασίας». Παράλληλα το άρθρο 10 του ΠΠ I '77, στη παράγραφο 2 συμπληρώνει τις διατάξεις του άρθρου 12, προσθέτοντας ότι «οι τραυματίες και ασθενείς τυγχάνουν ανθρωπιστικής μεταχείρισης σε όλες τις περιστάσεις και λαμβάνουν στο πληρέστερο δυνατό βαθμό και με τη μικρότερη δυνατή καθυστέρηση, την υγειονομική περίθαλψη και φροντίδα που απαιτεί η κατάσταση τους».⁸⁴ Η φράση αυτή υποδεικνύει ότι από κανέναν δεν αναμένεται να πράξει το αδύνατο αλλά θα πρέπει να γίνεται μια προσπάθεια για την παροχή ιατρικής περίθαλψης στο μέγιστο δυνατό, όπως απαιτείται.⁸⁵

Αναφορικά με τις διαδικασίες της αναζήτησης και περισυλλογής των τραυματιών και ασθενών με σκοπό την προστασία τους κατά της λεηλασίας και της κακομεταχείρισης⁸⁶ στις διεθνείς ένοπλες συρράξεις, ενώ οι I και II ΣΓ '49⁸⁷ καλύπτουν πλήρως τις διαδικασίες αυτές για τους τραυματίες και ασθενείς μαχητές, η

⁸² Βλ. Sigrid Mehring, « First do no Harm: Medical Ethics in International Humanitarian Law », Brill Nijhoff, Leiden Boston, 2005, σελ. 90-91

⁸³ ICRC, Commentary on the APs, ο.π, παρα 302-307, σελ 117-118

⁸⁴ Βλ. και Jean Marie Henckaerts/Louise Doswald-Beck, CIHL, Rule 110, σελ 400-403

⁸⁵ Βλ. ICRC, Commentary on the APs, ο.π, para. 451, p.147

⁸⁶ Βλ. και Jean Marie Henckaerts/Louise Doswald-Beck, CIHL, Rules 52, 87, 111

⁸⁷ Βλ. Άρθρο 15 I ΣΓ '49 και Άρθρο 18(1) II ΣΓ '49 «...τα εν συρράξει Μέρη θα λαμβάνουν άνευ χρονοτριβής όλα τα δυνατά μέτρα προς αναζήτησιν και περισυλλογήν των τραυματιών και ασθενών»

IV ΣΓ '49 με το άρθρο 16(2) αφήνει κενό στην προστασία, καθώς τα εμπόλεμα μέρη θα «διευκολύνουν απλά» τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν για την αναζήτηση των νεκρών και των τραυματιών, οι οποίοι είναι υπό την ευθύνη των πολιτικών αρχών και όχι των εμπολέμων.⁸⁸ Το κενό αυτό της IV ΣΓ '49 κλείνει με το άρθρο 10 του ΠΠ I '77.⁸⁹

Αντίστοιχα, στις συρράξεις μη διεθνούς χαρακτήρα, ο σεβασμός και η προστασία αλλά και η αναζήτηση και περισυλλογή που δεν αναλύονται περαιτέρω στο κοινό άρθρο 3 ούτε και στο άρθρο 7 του ΠΠ II '77, μπορούν να εξειδικευτούν μέσα από ειδικές συμφωνίες (special agreements) ανάμεσα στα Μέρη στη σύρραξη. Πρόκειται για μια συνήθη πρακτική της ΔΕΕΣ, ενώ η εφαρμογή τους διευκολύνεται μέσα από τη θέσπιση νοσοκομειακών ζωνών⁹⁰, που συμφωνούνται, κοινοποιούνται και εποπτεύονται, ώστε να αναστέλλονται οι στρατιωτικές επιχειρήσεις μέσα σε αυτές και να διασφαλίζεται η χωρίς εμπόδια πρόσβαση των τραυματιών και ασθενών σε υγειονομικές μονάδες.⁹¹

Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά αξίζει να γίνει στα άρθρα 11 και 85 του ΠΠ I '77, τα οποία και διευρύνουν την έννοια των σοβαρών παραβιάσεων, ως εγκλήματα πολέμου.⁹² Ειδικότερα, πολλές από τις σοβαρές παραβάσεις που προβλέπονται στο ΠΠ I '77 σχετίζονται με την ιατρική περίθαλψη. Για παράδειγμα, το άρθρο 11(4) αναγορεύει σε σοβαρή παραβίαση την προσβολή της σωματικής ή ψυχικής υγείας ή ακεραιότητας. Παράλληλα, το άρθρο 85 (2) περιλαμβάνει τους τραυματίες, ασθενείς και ναυαγούς, οι οποίοι προστατεύονται ως πρόσωπα εναντίον των οποίων μπορεί να διαπραχθούν σοβαρές παραβιάσεις. Ομοίως, το ίδιο άρθρο αναγνωρίζει ρητά ότι συγκεκριμένες πράξεις κατά του ιατρικού προσωπικού, των μονάδων και των μεταφορικών μέσων τα οποία βρίσκονται υπό τον έλεγχο του αντίπαλου μέρους μπορούν να αποτελέσουν σοβαρές παραβιάσεις.

⁸⁸ ICRC, Commentary on the Forth Geneva Convention, Geneva, 1958, σελ 135-136

⁸⁹ Βλ. Jean Marie Henckaerts/Louise Doswald-Beck, CIHL, **Rule 109**, σελ 396-399

⁹⁰ Βλ Άρθρα 23 I ΣΓ '49 για υγειονομικές ζώνες σε Διεθνείς συρράξεις. Με τις ειδικές συμφωνίες του Κοινού Άρθρου 3 έχουν επεκταθεί και στις μη διεθνείς συρράξεις.

⁹¹ Βλ. Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα, «Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο», ο.π, σελ 102

⁹² Βλ. Άρθρα 85 (5) και 11(4) ΠΠ I '77 και Καταστατικό της Ρώμης, Άρθρο 8(2)(α)

Π. Η προστασία του υγειονομικού προσωπικού, των υγειονομικών μονάδων και οχημάτων και των υγειονομικών ζωνών, ως απόρροια της προστασίας των τραυματιών και ασθενών

ι) Προστασία του υγειονομικού προσωπικού

Η διασφάλιση της προστασίας των τραυματιών και ασθενών προϋποθέτει ότι το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να είναι σε θέση να ασκεί τα καθήκοντα του ουδέτερα και ανεξάρτητα, χωρίς φόβο για την ζωή του. Ουσιαστικά, η προστασία του ιατρικού προσωπικού είναι επικουρική, καθώς χορηγείται για να εξασφαλιστεί η προστασία των προσώπων, στα οποία εστιάζει ως επί τω πλείστον το ΔΑΔ, ήτοι τους τραυματίες και ασθενείς.⁹³ Η ασυλία του προσωπικού έγκειται σε δύο βασικά κριτήρια : i) θα πρέπει να αναγνωρίζεται και να του έχουν ανατεθεί καθήκοντα από ένα Μέρος στη σύρραξη⁹⁴ και ii) θα πρέπει να του έχουν ανατεθεί αποκλειστικά ιατρικά καθήκοντα.⁹⁵

Η εν λόγω ασυλία του υγειονομικού προσωπικού, των μονάδων και των μεταφορών που ανήκουν στις υγειονομικές υπηρεσίες κατοχυρώνονται τόσο από τις ΣΓ '49, όσο και από τα Πρωτόκολλα. Πιο συγκεκριμένα, στις διεθνείς ένοπλες συρράξεις, βάσει της I ΣΓ '49 το καθεστώς του ιατρικού προσωπικού περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες⁹⁶ : i) το μόνιμο υγειονομικό προσωπικό των Ενόπλων Δυνάμεων και τους στρατιωτικούς ιερείς,⁹⁷ ii) το βοηθητικό ιατρικό προσωπικό, το οποίο αποτελείται από βοηθούς, νοσοκόμους, τραυματιοφορείς, οδηγούς κλπ⁹⁸ και iii) το προσωπικό των Εθνικών Συλλόγων Ερυθρού Σταυρού/Ημισελήνου/Κρυστάλλου⁹⁹. Παράλληλα, το άρθρο 20 της IV ΣΓ'49 αναφέρει «*ότι τα πρόσωπα (προσωπικό) που ασχολούνται*

⁹³ Βλ Commentary on the APs, ο,π, σελ 124

⁹⁴ Το πρόβλημα δεν ανακύπτει με το ιατρικό προσωπικό των Ε.Δ, καθώς του ανατίθενται καθήκοντα ex officio από την αρμόδια αρχή. Η συγκεκριμένη ρήτρα είναι σημαντική για το πολιτικό ιατρικό προσωπικό, καθώς δεν προστατεύονται όλοι οι γιατροί που ανήκουν σε αυτό. Εάν το Μέρος στο έδαφος του οποίου εργάζεται, του αναθέσει ιατρικά καθήκοντα, συνεπώς ο γιατρός συμβάλλει στη προστασία των τραυματιών και ασθενών, άρα είναι χρήσιμος, τότε προστατεύεται και ο ίδιος.- Εδώ αποδεικνύεται η επικουρική προστασία-παραγωγικός χαρακτήρας της προστασίας του ιατρικού προσωπικού σε σχέση με την προστασία των τραυματιών και ασθενών. Βλ Commentary on the APs, ο,π, παρα. 353, σελ 125

⁹⁵ Αυτό σημαίνει ότι το ιατρικό προσωπικό δεν μπορεί να ασχολείται με διαφορετικές δραστηριότητες, εφόσον του έχουν ανατεθεί ιατρικά καθήκοντα. Αυτό είναι ένα αναγκαίο προληπτικό μέτρο για την αποτροπή καταχρήσεων του εμβλήματος για στρατιωτικούς σκοπούς. Βλ Commentary on the APs, ο,π, παρα. 354, σελ 125

⁹⁶ Βλ. και The Handbook of Humanitarian Law in Armed Conflicts, ed. Dieter Fleck, Oxford University Press, 1995, para 625, p.309

⁹⁷ Βλ. Άρθρο 24 I ΣΓ '49

⁹⁸ Βλ. Άρθρο 25 I ΣΓ '49

⁹⁹ Βλ. Άρθρο 26 I ΣΓ '49 και Άρθρο 8(γ)(ι) ΠΠ I '77

αποκλειστικά με τη λειτουργία και τη διοίκηση των πολιτικών νοσοκομείων¹⁰⁰...θα τυγχάνουν σεβασμού και προστασίας». Στο ίδιο άρθρο προβλέπεται ότι σε κατεχόμενα εδάφη και σε ζώνες πολεμικών επιχειρήσεων, το εν λόγω προσωπικό θα αναγνωρίζεται τόσο από ένα δελτίο ταυτότητας, όσο και (εν ώρα καθήκοντος) από ένα περιβραχιόνιο με το διακριτικό έμβλημα του Ερυθρού σταυρού/ημισελήνου.

Ενώ, λοιπόν, οι ΣΓ '49 παρέχουν προστασία στο στρατιωτικό και θρησκευτικό υγειονομικό προσωπικό και σε μέλη των πολιτικών νοσοκομείων, το ΠΠ Ι '77 στα άρθρα 8(γ) και 15 του ΠΠ Ι '77 περιλαμβάνει, αντίστοιχα, τον ορισμό αλλά και τη προστασία όλου του μη μάχιμου (πολιτικού) υγειονομικού προσωπικού, μόνιμου ή προσωρινού,¹⁰¹ και του προσωπικού των οργανώσεων πολιτικής άμυνας¹⁰² που έχουν ορισθεί από ένα εμπόλεμο Μέρος.

Από την άλλη πλευρά, στις ένοπλες συρράξεις μη διεθνούς χαρακτήρα, το κοινό άρθρο 3 σιωπά ως προς τη προστασία του ιατρικού προσωπικού και απλά θεσπίζει την αρχή ότι οι τραυματίες και ασθενείς θα πρέπει να προστατεύονται. Παρά το γεγονός ότι η εφαρμογή της αρχής αυτής συνεπάγεται ότι ο σεβασμός και η προστασία των οφείλεται στη ύπαρξη του ιατρικού προσωπικού, ήταν απαραίτητο να διορθωθεί αυτή η παράλειψη, προκειμένου να ενισχυθεί η προστασία των μέσωσ διαφύλαξης των τραυματιών και των ασθενών.¹⁰³ Αυτή η διόρθωση επέρχεται στο άρθρο 9 του ΠΠ ΙΙ '77.

Προστασία της ιατρικής υπηρεσίας σημαίνει, εν ολίγοις, ότι σε καμία περίπτωση δεν τιμωρείται οποιοδήποτε άτομο για την εκτέλεση ιατρικών δραστηριοτήτων συμβατών με την ιατρική ηθική, ανεξάρτητα από το πρόσωπο που ωφελείται από αυτές. Επιπλέον, δεν υποχρεούται σε εκτέλεση πράξεων ή εργασία ή αποχή από πράξεις, οι οποίες απαιτούνται από τους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας ή άλλους ιατρικούς κανόνες που σκοπό έχουν την ωφέλεια των τραυματιών και ασθενών. Ακόμα, κανένα άτομο δεν διώκεται για την άρνηση ή αδυναμία του να παράσχει πληροφορίες

¹⁰⁰ Στο Άρθρο 20(1) IV ΣΓ '49 συμπεριλαμβάνονται και « τα πρόσωπα που ασχολούνται με την αναζήτηση, διακομιδή, μεταφορά και την περίθαλψη των τραυματιών και ασθενών πολιτών, των ανάπηρων και των λεχών»

¹⁰¹ Βλ Άρθρο 8(κ) ΠΠ Ι '77 «Μόνιμο υγειονομικό προσωπικό» αποτελούν τα άτομα που έχουν αποκλειστική αποστολή σε υγειονομικούς σκοπούς (συλλογή, μεταφορά, περίθαλψη τραυματιών και ασθενών) για απροσδιόριστο διάστημα. «Προσωρινό υγειονομικό προσωπικό» αποτελούν τα άτομα που έχουν αποκλειστική αποστολή σε υγειονομικούς σκοπούς(βοηθοί, νοσοκόμοι, τραυματιοφορείς, οδηγοί) για περιορισμένα διαστήματα, κατά τη διάρκεια του συνόλου αυτών των διαστημάτων.

¹⁰² Βλ Άρθρο 8(γ)(ι) και Άρθρο 61(α)(vi) και (γ) ΠΠ Ι '77

¹⁰³ Βλ Commentary on the APs, ο,π, παρα. 4658 σελ 1418

αναφορικά με τους τραυματίες ή ασθενείς που τελούν ή τέλεσαν υπό την ιατρική του επίβλεψη.¹⁰⁴

Σε περίπτωση σύλληψης από τον αντίπαλο, το μόνιμο ιατρικό προσωπικό δεν περιέρχεται στο καθεστώς του αιχμάλωτου πολέμου, αλλά μπορεί να κρατηθεί, με σκοπό να παρέχει υγειονομική φροντίδα στους τραυματίες και ασθενείς των φίλων δυνάμεων που έχουν επίσης συλληφθεί. Μόλις, η κράτηση του ιατρικού προσωπικού για την περίθαλψη των αιχμαλώτων πολέμου δεν είναι πλέον απαραίτητη, θα πρέπει να επαναπατρίζονται χωρίς απολύτως καμία διάκριση.¹⁰⁵

ii) Προστασία των υγειονομικών μονάδων και μεταφορών

Υγειονομικές μονάδες θεωρούνται *«οι εγκαταστάσεις και οι μονάδες, στρατιωτικές και πολιτικές, οι οποίες έχουν σκοπό την έρευνα, τη συλλογή, τη μεταφορά και την περίθαλψη των τραυματιών, των ασθενών και των ναυαγών και την πρόληψη των ασθενειών... Μπορεί να είναι σταθερές ή κινητές, μόνιμες ή προσωρινές.»*¹⁰⁶

Επιπρόσθετα, το άρθρο 8(3) του ΠΠ Ι '77 διευρύνει τον ορισμό των υγειονομικών μονάδων συγκριτικά με το άρθρο 19 της Ι ΣΓ '49. Πλέον, ο όρος περιλαμβάνει όλες τις στρατιωτικές και πολιτικές εγκαταστάσεις που προορίζονται για ιατρικό σκοπό, όπως τα νοσοκομεία και άλλες παρόμοιες μονάδες, κέντρα μεταγγίσεως αίματος, κέντρα και ινστιτούτα προληπτικής ιατρικής και υγειονομικές και φαρμακευτικές αποθήκες.

Υγειονομικές μεταφορές θεωρούνται *«οι μεταφορές δια ξηράς, ύδατος ή αέρος τραυματιών, ασθενών, ναυαγών, υγειονομικού προσωπικού, θρησκευτικού προσωπικού, υγειονομικού εξοπλισμού ή υγειονομικών εφοδίων.»*¹⁰⁷

Οι υγειονομικές μονάδες και τα μεταφορικά τους μέσα *«θα τυγχάνουν σεβασμού και προστασίας κατά πάντα χρόνο και δεν θα αποτελούν αντικείμενο επίθεσης.»* Η προστασία ισχύει για τις μη μάχιμες (πολιτικές) υγειονομικές μονάδες εφόσον: i) ανήκουν σ ένα από τα εμπόλεμα μέρη, ii) είναι αναγνωρισμένες και εξουσιοδοτημένες από την αρμόδια αρχή ενός από τα εμπόλεμα μέρη και iii) είναι

¹⁰⁴ Βλ. Άρθρο 16 ΠΠ Ι '77-Τηρούνται όμως οι κανονισμοί για την υποχρεωτική γνωστοποίηση μεταδοτικών ασθενειών.

¹⁰⁵ Βλ. Άρθρα 19, 28, 30, 31 Ι ΣΓ '49

¹⁰⁶ Βλ. Άρθρο 8(ε) ΠΠ Ι '77

¹⁰⁷ Βλ. Άρθρο 8(στ) ΠΠ Ι '77- Τα υγειονομικά μεταφορικά μέσα για την πραγματοποίηση των μεταφορών μπορεί να είναι : οχήματα(ασθενοφόρα), πλοία, αεροσκάφη

εξουσιοδοτημένες από ουδέτερο Κράτος, από αναγνωρισμένη και εξουσιοδοτημένη εταιρεία βοήθειας ενός τέτοιου Κράτους ή από αμερόληπτο Διεθνή Ανθρωπιστικό Οργανισμό.¹⁰⁸

Προκειμένου να καταστεί σαφής, στις διεθνείς ένοπλες συρράξεις, η αναγνώριση και η προστασία τόσο των υγειονομικών μονάδων και μεταφορών¹⁰⁹, όσο και του υγειονομικού προσωπικού¹¹⁰ που τις αποτελούν, θα πρέπει να σηματοδοτούνται με το διακριτικό έμβλημα του Ερυθρού Σταυρού ή της Ερυθράς Ημισελήνου¹¹¹ ή μετά το 2005 του Ερυθρού Κρυστάλλου.¹¹² Πρόκειται για την ορατή απεικόνιση της ασυλίας που παρέχεται, προκειμένου να σηματοδοτεί στους μαχητές την παρουσία τραυματιών και ασθενών και υγειονομικού προσωπικού ή μονάδων. Επιπρόσθετα, στις συρράξεις μη διεθνούς χαρακτήρα, σημαντική εξέλιξη αποτελεί το άρθρο 12 του ΠΠ ΙΙ '77, το οποίο αναγορεύει τη χρήση του εμβλήματος, καθώς στο κοινό Άρθρο 3 δεν περιέχονται διατάξεις σχετικά με τα εμβλήματα. Συνεπώς, η χρήση του εμβλήματος προσφέρει προστασία από τις εχθροπραξίες, εφόσον η παρουσία του προσωπικού και των μονάδων δεν είναι σε άμεση εγγύτητα με τους στρατιωτικούς στόχους¹¹³. Με λίγα λόγια, προστατεύει όσους το προστατεύουν σε περίοδο ένοπλων συρράξεων.

¹⁰⁸ Βλ Άρθρα 12, 21 και 9(2) ΠΠ Ι '77

¹⁰⁹ Χαρακτηριστικό παράδειγμα παραβίασης των υγειονομικών μεταφορών αλλά και του διακριτικού εμβλήματος αποτελεί η Υπόθεση της επίθεσης από ελικόπτερο σε 2 Ασθενοφόρα του ΕΣ του Λιβάνου Βλ. Marco Sassoli, Antoine A.Bouvier, « How does law protect in war?», Cases, Documents and Teaching Materials on Contemporary Practice in IHL, ICRC, Geneva, 1999, Case no.113, p.890, διαθέσιμο και σε : <https://www.icrc.org/casebook/doc/case-study/lebanon-attack-ambulance-case-study.htm>

¹¹⁰ Η χρήση του εμβλήματος επιτρέπεται από το υγειονομικό προσωπικό των Ε.Δ, το πολιτικό υγειονομικό προσωπικό και τον προσωπικό των Εθνικών Συλλόγων ΕΣ/ΕΗ/ΕΚ, όπως πραγματεύονται τα άρθρα 24,26,27 Ι ΣΓ '49

¹¹¹ Η εξουσιοδότηση για την χρήση των διακριτικών εμβλημάτων ρυθμίζεται στα Άρθρα 38-44 και 53-54 Ι ΣΓ '49, 39,41-45 ΙΙ ΣΓ '49, 18(3)(4),20(2),21 και 22(2) ΙV ΣΓ '49 και 18, 23(1), 37(1) και 85(3) ΠΠ Ι '77

¹¹² Βλ. Additional Protocol III to the Geneva Conventions of 1949, 2005 <https://www.icrc.org/ihl/INTRO/615>

¹¹³ Frits Kalshoven, *Legal Aspects of Medical Neutrality* in «Reflections on the Law of War», Collected Essays, Martinus Nijhoff Publishers, 2007, p. 1029

iii) Οι επιθέσεις σε υγειονομικούς (πολιτικούς) στόχους ως παραβιάσεις της αρχής της διάκρισης και της αρχής της αναλογικότητας

Η διάκριση μεταξύ μάχιμων και άμαχων εκτός του ότι είναι ίσως η σημαντικότερη μεταξύ των αρχών του ΔΑΔ, έχει σήμερα παρά ποτέ αποκτήσει μια ξεχωριστή σημασία, λόγω της σταδιακής μεταμόρφωσης του σύγχρονου πολέμου σε πιο σύνθετες εκφράσεις.¹¹⁴ Ουσιαστικά, η Αρχή της Διάκρισης (principle of distinction) απαιτεί από τα εμπόλεμα μέρη να διαχωρίζουν τον άμαχο πληθυσμό από τις μάχιμες δυνάμεις και τους στρατιωτικούς από τους πολιτικούς στόχους, να μην καθιστούν τους άμαχους αντικείμενο επίθεσης και να λαμβάνουν όλες τις απαιτούμενες προφυλάξεις για την αποφυγή τραυματισμού αμάχων και καταστροφής πολιτικών αντικειμένων, κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε επίθεσης εναντίον νόμιμων στρατιωτικών στόχων.¹¹⁵

Από τότε που καθιερώθηκε η αρχή ότι οι επιθέσεις επιτρέπονται μόνο εναντίον στρατιωτικών στόχων, ο ορισμός του στρατιωτικού στόχου έγινε καθοριστικός.¹¹⁶ Σύμφωνα με το άρθρο 52 του ΠΠ '77 «στρατιωτικοί είναι οι στόχοι, οι οποίοι από τη φύση, τοποθεσία, σκοπό ή χρήση συμβάλλουν αποτελεσματικά στη στρατιωτική δράση και των οποίων η ολική ή μερική καταστροφή, κατάληψη ή εξουδετέρωση προσφέρει οριστικό στρατιωτικό πλεονέκτημα»¹¹⁷ Η ερμηνεία του στρατιωτικού στόχου δεν είναι απλή, ούτε εύκολη, καθώς δεν αφορά μόνο στόχους από τη φύση τους στρατιωτικούς (πυρομαχικά, στρατόπεδα) αλλά και αγαθά που λόγω στρατηγικής θέσης ή προορισμού (φορηγό που μεταφέρει στρατεύματα ή εξοπλισμό) ή χρήσης (νοσοκομεία που χρησιμοποιούνται ως καταφύγιο για τους μαχητές ή ως απόθήκη όπλων¹¹⁸) συνεισφέρουν στην πολεμική προσπάθεια,¹¹⁹ έτσι προκαλείται μια σύγκυση ως προς τη φύση και τη χρήση τους.

Συνεπώς, κάθε φορά εξαρτάται από την ερμηνεία της στρατιωτικής αναγκαιότητας ο χαρακτηρισμός ενός στόχου ως στρατιωτικού ή πολιτικού. Στο άρθρο 52(3) του ΠΠ

¹¹⁴ Βλ. Γάγγας Σ. Διονύσης, «Εισαγωγή στο Διεθνές Δίκαιο των Ενόπλων Συγκρούσεων», ο.π, σελ. 70-72

¹¹⁵ Βλ. Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα, «Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο», ο.π, σελ. 166, Βλ και άρθρο 48 I ΠΠ '77.

¹¹⁶ Βλ. Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα, «Ανθρωπιστικό Δίκαιο που εφαρμόζεται σε ένοπλες συρράξεις», στο τόμο του Αντωνόπουλου και Μαγκλιβέρα, ο.π, σελ. 551

¹¹⁷ Βλ. Άρθρο 52(2) I ΠΠ '77

¹¹⁸ Όταν τα νοσοκομεία χρησιμοποιούνται για στρατιωτικούς σκοπούς, χάνουν την ασυλία τους. Βλ Άρθρο 56 I ΠΠ '77 Άρθρο 19 IV ΣΓ '49.

¹¹⁹ Βλ. Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα, «Ανθρωπιστικό Δίκαιο που εφαρμόζεται σε ένοπλες συρράξεις», στο τόμο του Αντωνόπουλου και Μαγκλιβέρα, ο.π, σελ. 551-552

’77, προβλέπεται πάντως ότι σε περίπτωση αμφιβολίας ως προς τη φύση του στόχου, τεκμαίρεται ότι είναι πολιτικός και άρα δεν μπορεί να γίνει αντικείμενο επίθεσης.¹²⁰ Βέβαια, η Αρχή της διάκρισης δεν είναι εκείνη που από μόνη της θα οδηγήσει στη κρίσιμη απόφαση για το εάν ένας συγκεκριμένος στόχος μπορεί νόμιμα να δεχτεί επίθεση σε μια συγκεκριμένη περίπτωση. Τις περισσότερες φορές, οι αρχές της Στρατιωτικής Αναγκαιότητας και της Αναλογικότητας είναι εκείνες που παίζουν αυτό το ρόλο.¹²¹

Στόχος της αρχής της αναλογικότητας είναι να προστατεύσει τον άμαχο πληθυσμό από στρατιωτικές ενέργειες που, αν και στρέφονται εναντίον στρατιωτικών στόχων, έχουν ως αναπόφευκτη συνέπεια να πλήξουν αμάχους.¹²² Έτσι, σύμφωνα με το άρθρο 51 του ΠΠ ’77, η αρχή της αναλογικότητας απαγορεύει την επίθεση που μπορεί να προκαλέσει απώλειες, ανάμεσα σε πολίτες, δυσανάλογα υπέρμετρες σε σχέση με το άμεσο στρατιωτικό πλεονέκτημα που αναμένει να αποκομίσει ο επιτιθέμενος.¹²³

Αποτελεί αρχή θεμελιωμένη στο εθιμικό δίκαιο, η οποία γνωρίζει σημαντικές δοκιμασίες στη πράξη, ιδιαίτερα αναφορικά με τον προσδιορισμό του τι σημαίνει «δυσανάλογο»¹²⁴, «υπέρμετρο» και «παράπλευρη ζημιά», σε σχέση πάντοτε προς τον επιδιωκόμενο στόχο της συγκεκριμένης επίθεσης.¹²⁵

iv) Μέτρα προφύλαξης κατά την επίθεση

Η αρχή σύμφωνα με την οποία τα εμπόλεμα μέρη πρέπει να τηρούν τις αναγκαίες προφυλάξεις κατά τη διάρκεια μιας επίθεσης σημαίνει, πρώτον, ότι πρέπει να διασφαλίζουν ότι με την επιλογή των συγκεκριμένων στόχων και μέσων, τη δεδομένη στιγμή που αποφασίζεται η επίθεση, δεν θα έχουν απώλειες σε ανθρώπινες ζωές μεγαλύτερες από το συγκεκριμένο στρατιωτικό πλεονέκτημα.¹²⁶ Εάν άμαχοι βρίσκονται κοντά ή μέσα σε αντικείμενο που συνιστά στρατιωτικό στόχο, τότε

¹²⁰ Βλ. Άρθρο 52(3) Ι ΠΠ ’77

¹²¹ Βλ. Γάγγας Σ. Διονύσης, «Εισαγωγή στο Διεθνές Δίκαιο των Ενόπλων Συγκρούσεων», ο.π., σελ.72

¹²² Βλ. Γάγγας Σ. Διονύσης, «Εισαγωγή στο Διεθνές Δίκαιο των Ενόπλων Συγκρούσεων», ο.π., σελ.76

¹²³ Βλ. Άρθρο 51 Ι ΠΠ ’77

¹²⁴ Χαρακτηριστικό παράδειγμα δυσανάλογης επίθεσης ήταν στο πόλεμο των νησιών Falkland(1982), όπου το Βρετανικό υποβρύχιο βύθισε το θωρηκτό Belgrano της Αργεντινής, σε μια στιγμή που το θωρηκτό δεν αποτελούσε άμεση απειλή, καθώς ήταν εκτός της ζώνης αποκλεισμού που είχε κηρύξει η Βρετανία.

¹²⁵ Βλ. Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα, «Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο», ο.π., σελ. 172

¹²⁶ Βλ. Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα, «Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο», ο.π., σελ. 173

ενεργοποιείται συνδυαστικά η αρχή της αναλογικότητας και των προφυλάξεων κατά την επίθεση.¹²⁷ Σύμφωνα με το άρθρο 58 του ΠΠ '77, η υποχρέωση του αμυνόμενου είναι να απομακρύνει τους αμάχους από περιοχές που μπορούν να θεωρηθούν στρατιωτικοί στόχοι.¹²⁸ Η υποχρέωση αυτή συνδέεται άμεσα με την απαγόρευση χρήσης των ανθρώπινων ασπίδων, όπως προβλέπει η παράγραφος 7 του Άρθρου 51 του Ι ΠΠ '77. Εάν καταστεί προφανές ότι δεν θα τηρηθούν οι αρχές του ΔΑΔ, κατά τον σχεδιασμό ή την διεξαγωγή των επιχειρήσεων, η επίθεση πρέπει να αναβληθεί ή να ματαιωθεί ενώ σε κάθε περίπτωση απαιτείται έγκαιρη και αποτελεσματική προειδοποίηση, σύμφωνα με το άρθρο 57 του ΠΠ '77.¹²⁹

Ως εκ τούτου, στη προσπάθεια ευαισθητοποίησης των εμπλεκόμενων φορέων αναφορικά με τη διεξαγωγή των εχθροπραξιών και την συμμόρφωση τους με τις νομικές τους υποχρεώσεις, τα μέτρα προφύλαξης που πρέπει να παίρνουν κατά την επίθεση και την τήρηση των κανόνων του ΔΑΔ, η ΔΕΕΣ παρουσίασε μέτρα/συστάσεις για να εξασφαλίσει, εν προκειμένω, το σεβασμό και την προστασίας της υγειονομικής περίθαλψης εν γένει.¹³⁰

ν) Παύση της προστασίας του μη μάχιμου υγειονομικού προσωπικού, των μονάδων και των μεταφορών

Σε γενικές γραμμές, η προστασία που δικαιούνται δεν μπορεί να παύσει, εκτός εάν το ιατρικό προσωπικό διαπράττει ή οι ιατρικές μονάδες και μεταφορές χρησιμοποιούνται για τη διάπραξη, εκτός των ορίων της ανθρωπιστικής τους λειτουργίας, ενεργειών επιβλαβών στον εχθρό. Σύμφωνα με τον σχολιασμό του άρθρου 21 της Ι ΣΓ '49, τέτοιες επιβλαβείς πράξεις θα μπορούσαν να ήταν, για παράδειγμα, η χρήση ενός νοσοκομείου ως καταφύγιο για τους μαχητές ή τους φυγάδες, είτε ως αποθήκη όπλων και πυρομαχικών, είτε ως ένα στρατιωτικό παρατηρητήριο. Επιπλέον, εχθρική ενέργεια θα θεωρείτο η εσκεμμένη μετατόπιση μιας ιατρικής μονάδας σε μια θέση όπου θα εμπόδιζε μια επίθεση του εχθρού.¹³¹

¹²⁷ Βλ. Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα, «Ανθρωπιστικό Δίκαιο που εφαρμόζεται σε ένοπλες συρράξεις», στο τόμο του Αντωνόπουλου και Μαγκλιβέρα, ο.π, σελ. 553

¹²⁸ Βλ. Άρθρο 58 Ι ΠΠ '77

¹²⁹ Βλ. Άρθρο 57(2)(β) (γ) του Ι ΠΠ '77

¹³⁰ Βλ. Μέρος Β, Κεφάλαιο Δεύτερο της Διπλωματικής Εργασίας.

¹³¹ Βλ. Jean S. Pictet , Commentary on the First Geneva Convention, ο.π, Σελ 200-201

Επομένως, το υγειονομικό προσωπικό, οι μονάδες και οι μεταφορές χάνουν το καθεστώς προστασίας εάν εμπλακούν στις εχθροπραξίες ή σε εχθρικές ενέργειες. Ακόμα και σε αυτή τη περίπτωση η προστασία τους δύναται να παύσει μόνο μετά από έγκαιρη προειδοποίηση μέσα σε μια λογική προθεσμία και εφόσον η παραπάνω προειδοποίηση απέτυχε να εισακουστεί.¹³²

Επιπρόσθετα, αξίζει να επισημανθούν οι ενέργειες των ανωτέρω, οι οποίες δεν αποτελούν εχθρικές και συνεπώς δεν χάνουν το καθεστώς προστασίας τους, σύμφωνα με τις Συμβάσεις του '49 και τα Πρόσθετα Πρωτόκολλα του '77.

Ειδικότερα, βάσει των άρθρων 22 της I ΣΓ '49 και 13 του ΠΠ I '77, δεν θεωρούνται εχθρικές ενέργειες οι εξής :

- i) Εάν το προσωπικό των υγειονομικών μονάδων φέρει ελαφρύ οπλισμό για αυτοπροστασία ή προστασία των τραυματιών και ασθενών που βρίσκονται υπό την ευθύνη τους¹³³. Σε αυτό το σημείο, κρίνεται σκόπιμο να τονιστεί ότι ο όρος «άμυνα-αυτοπροστασία» θα πρέπει να ερμηνευθεί με την περιορισμένη του όρου έννοια, καθώς το προσωπικό δεν μπορεί να κάνει χρήση των όπλων για να αποτρέψει μαχητές από αντίπαλο Μέρος από την κατάληψη μιας υγειονομικής μονάδας, χωρίς να χάσει το καθεστώς προστασίας του.¹³⁴
- ii) Εάν η υγειονομική μονάδα λειτουργεί σε περιφραγμένο χώρο ή φυλάσσεται από φρουρούς ή από συνοδεία.¹³⁵
- iii) Εάν τα όπλα των τραυματιών και ασθενών αποθηκεύονται προσωρινά στο χώρο της υγειονομικής μονάδας έως ότου μεταφερθούν¹³⁶ και

¹³² Βλ. Άρθρα 21 I ΣΓ '49, 34(1) II ΣΓ '49, 19 και 21 IV ΣΓ '49, 13(1) I ΠΠ '77 και 11(2) II ΠΠ '77. Βλ. και Jean Marie Henckaerts/Louise Doswald-Beck, CIHL, Rules 25, 28, 29 p. 84,97, 102

¹³³ Οι λόγοι για τους οποίους, τελικά επικράτησε και ως εκ τούτου, το 1949 έγινε αποδεκτή η χρήση των όπλων από το στρατιωτικό ιατρικό προσωπικό ήταν ότι θεωρήθηκε πιθανή η περίπτωση μια ιατρική μονάδα να δεχόταν επίθεση από ανεξέλεγκτα στοιχεία ή άτομα που θέλουν να διαπράξουν λεηλασία. Επίσης, ήταν πιθανό να παρουσιαστούν προβλήματα σε σχέση με τη διατήρηση της τάξης μεταξύ των τραυματιών και ασθενών που βρίσκονται σε ανάρρωση.

Ωστόσο, δημιούργησε προβληματισμό στην Διπλωματική Διάσκεψη η επέκταση της χρήσης όπλων και στο μη μάχιμο υγειονομικό προσωπικό, καθώς είχε δοθεί δέουσα σημασία στη διατήρηση της διάκρισης μεταξύ μάχιμου και μη μάχιμου υγειονομικού προσωπικού. Παρ' όλα αυτά, η αρχή ότι το πολιτικό προσωπικό των ιατρικών μονάδων θα μπορούσε να φέρει όπλα εγκρίθηκε τελικά επειδή η Διάσκεψη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το μη μάχιμο ιατρικό προσωπικό διατρέχει τον ίδιο κίνδυνο και καλείται να αντιμετωπίσει τις ίδιες καταστάσεις με το μάχιμο ιατρικό προσωπικό. Επομένως, θα πρέπει να έχουν τα ίδια μέσα στη διάθεσή τους για αυτοπροστασία. Βλ. Commentary on the APs, ο,π, παρα. 560 σελ 177

¹³⁴ Βλ. Commentary on the APs, ο,π, παρα. 561 σελ 177

¹³⁵ Τα μέλη της στρατιωτικής φρουράς της ιατρικής μονάδας έχουν το ίδιο καθεστώς είτε πρόκειται για μάχιμη είτε για μη μάχιμη υγειονομική μονάδα. Θεωρούνται μέλη των ενόπλων δυνάμεων και σε περίπτωση σύλληψής τους, αναγνωρίζονται ως αιχμάλωτοι πολέμου. Βλ. Commentary on the APs, ο,π, παρα. 568 σελ 179

iv) Εάν οι πολιτικές υγειονομικές μονάδες περιθάλπουν και προσωπικό των Ε.Δ ή άλλους μάχιμους¹³⁷ ή εάν οι στρατιωτικές υγειονομικές μονάδες περιθάλπουν και άμαχους.¹³⁸

Λόγω των συνθηκών των σύγχρονων ενόπλων συρράξεων, μαχητές και άμαχοι τραυματίες και ασθενείς βρίσκονται συχνά στο ίδιο μέρος και, ως εκ τούτου, μπορεί να συλλέγονται από τις ίδιες ιατρικές μονάδες. Γι αυτό το λόγο, η διατύπωση που υιοθετήθηκε τελικά είναι πιο ευέλικτη και επιδιώκεται να αποτραπούν οι κατηγορίες ότι μια πολιτική ιατρική μονάδα, η οποία περιθάλπει τραυματίες και ασθενείς μαχητές, χρησιμοποιείται για την τέλεση εχθρικών πράξεων.¹³⁹

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι οι μαχητές που περιθάλπονται σε μια μη μάχιμη υγειονομική μονάδα, μπορεί να είναι μαχητές που ανήκουν στο εμπόλεμο Μέρος, στο οποίο ανήκει και η μονάδα αλλά ταυτόχρονα, είναι πιθανό, σε επείγουσες περιπτώσεις, να είναι μαχητές του αντίπαλου Μέρους. Στη δεύτερη περίπτωση, οι μαχητές θα πρέπει να τυγχάνουν ανθρωπιστικής μεταχείρισης χωρίς απολύτως καμία διάκριση, πέρα της ιατρικής και δεδομένου ότι είναι αιχμάλωτοι πολέμου, θα πρέπει να μεταφερθούν σε μια στρατιωτική ιατρική μονάδα μόλις το επιτρέψουν οι συνθήκες και η κατάστασή τους.¹⁴⁰

vi) Η προστασία των υγειονομικών ζωνών

Στα πλαίσια της καλύτερης προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων κατά τη διάρκεια ενόπλων συρράξεων, η I ΣΓ' 49 και η IV ΣΓ' 49 προβλέπουν στα άρθρα 23 και 14 αντίστοιχα, την δυνατότητα δημιουργίας υγειονομικών ζωνών και ζωνών ασφαλείας, μέσω της σύναψης συμφωνίας από τα ενδιαφερόμενα μέρη.¹⁴¹ Επιπλέον, η IV ΣΓ' 49, στο άρθρο 15 προβλέπει τη δυνατότητα δημιουργίας ουδετεροποιημένων ζωνών. Και οι δύο τύποι ζωνών προορίζονται να στεγάσουν τους τραυματίες και ασθενείς από τις συνέπειες της σύγκρουσης, με την διαφορά ότι οι υγειονομικές ζώνες πρέπει να είναι απομακρυσμένες από όλους τους ένοπλους και

¹³⁶ Ωστόσο, τα όπλα και τα πυρομαχικά θα πρέπει να παραδοθούν στις αρμόδιες αρχές. Βλ. The Handbook of Humanitarian Law in Armed Conflicts, ο.π, para 631, p.312

¹³⁷ Βλ Άρθρο 13(δ) I ΠΠ '77

¹³⁸ Βλ. Άρθρο 22(5) I ΣΓ '49

¹³⁹ Βλ. Commentary on the APs, ο.π, παρα. 571-573 σελ 180

¹⁴⁰ Βλ. Commentary on the APs, ο.π, παρα. 574 σελ 180

¹⁴¹ Βλ. Άρθρα 23 I ΣΓ '49 και 14 IV ΣΓ'49

στρατιωτικούς στόχους ενώ οι ουδετεροποιημένες ζώνες εγκαθίστανται σε περιοχές όπου λαμβάνουν χώρα οι στρατιωτικές επιχειρήσεις.¹⁴²

Στο ψήφισμα 2675 που εγκρίθηκε το 1970 σχετικά με τις βασικές αρχές για την προστασία του άμαχου πληθυσμού σε ένοπλες συγκρούσεις, η ΓΣ/ΗΕ δήλωσε ότι « οι χώροι ή οι περιοχές που προορίζονται για την αποκλειστική προστασία των αμάχων, όπως υγειονομικές ζώνες ή παρόμοια καταφύγια, δεν θα πρέπει να είναι το αντικείμενο επίθεσης των στρατιωτικών επιχειρήσεων ».¹⁴³

Οι σχετικές διατάξεις των Συμβάσεων της Γενεύης ενσωματώνονται, επίσης, σε πολλά στρατιωτικά εγχειρίδια, τα οποία τονίζουν ότι πρέπει να γίνουν σεβαστές οι ζώνες αυτές, ενώ αποτελεί αδίκημα η επίθεση από και προς τις ζώνες, σύμφωνα με τη νομοθεσία διαφόρων κρατών.¹⁴⁴

Γενικά, οι ζώνες που παρέχουν προστασία στους τραυματίες και ασθενείς ισχύουν τόσο στις διεθνείς όσο και στις μη διεθνείς ένοπλες συγκρούσεις. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια του πολέμου της ανεξαρτησίας στο Μπαγκλαντές, στις συγκρούσεις στην Καμπότζη, το Τσαντ, τη Νικαράγουα και το Λίβανο, οι περισσότερες από αυτές τις ζώνες καθορίστηκαν με βάση μια γραπτή συμφωνία ενώ η ουδετεροποιημένη ζώνη η οποία θεσπίστηκε στη θάλασσα κατά τη διάρκεια του πολέμου στο Νότιο Ατλαντικό (Red Box) έγινε χωρίς καμία ειδική γραπτή συμφωνία.¹⁴⁵

Σε μια παρατεταμένη ένοπλη σύγκρουση, όπως στη Συρία, η κοινή λογική θα υπαγόρευε ότι μια «ασφαλή ζώνη» - μια προστατευόμενη περιοχή «ελεύθερη» από τα όπλα και τις συγκρούσεις, για την αποκλειστική χρήση των ανθρωπιστικών φορέων και των αμάχων – δεν θα έκανε τίποτα άλλο παρά καλό. Παρ όλα αυτά η δημιουργία ασφαλών ζωνών συνεπάγεται και κάποια μειονεκτήματα όπως το ότι μπορεί να είναι υπερβολικά πολύπλοκο και δαπανηρό για να δημιουργηθούν και να διατηρηθούν, ενώ η αναγκαιότητα μιας περιορισμένης γεωγραφικής εμβέλειας λόγω υλικοτεχνικών περιορισμών, αφήνει εξ ορισμού κάποιους άμαχους εκτός πεδίου προστασίας και η

¹⁴² Βλ. CIHL, Rule 35 «Hospital and Safety Zones and Neutralized Zones»

¹⁴³ Βλ. United Nations General Assembly Resolution 2675(XXV) para 6., 9 December 1970, διαθέσιμο σε : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/349/40/IMG/NR034940.pdf?OpenElement>

¹⁴⁴ Κρατών όπως η Κολομβία, η Ιταλία, η Πολωνία και η Ισπανία.

¹⁴⁵ Βλ. CIHL, Rule 35 «Hospital and Safety Zones and Neutralized Zones», ο.π

ιστορία μας λέει ότι σπάνια είναι μια ασφαλής ζώνη πραγματικά ασφαλής κατά τη διάρκεια μιας σύγκρουσης.¹⁴⁶

Επιπλέον, στη περίπτωση της Συρίας, η συγκατάθεση για τη δημιουργία ασφαλών ζωνών δεν δίνεται από την Συριακή κυβέρνηση και τον Πρόεδρο Άσαντ, καθώς όπως έχει ήδη γίνει λόγος, τόσο οι ΣΓ'49 όσο και τα ΠΠ'77 βασίζονται ρητά στη συναίνεση όλων των μερών της σύγκρουσης και τη συμφωνία τους επί των οργανωτικών ζητημάτων που εμπλέκονται στη δημιουργία και διατήρηση μιας ουδέτερης, αποστρατιωτικοποιημένης ζώνης ασφαλείας.¹⁴⁷

Χαρακτηριστικό παράδειγμα επιτυχημένης εφαρμογής ασφαλούς ζώνης υπήρξε η επιχείρηση «Provide Comfort» στο Βόρειο Ιράκ. Από το 1991 έως το 1996, οι ΗΠΑ, η Γαλλία, η Τουρκία, και το Ηνωμένο Βασίλειο ξεκίνησαν τη δημιουργία μιας ασφαλούς ζώνης για τα εκατομμύρια των Ιρακινών Κούρδων που είχαν τραπέι σε φυγή εξαιτίας της κυβέρνησης του Ιράκ μετά τον πρώτο πόλεμο του Κόλπου. Η επιχείρηση αυτή περιλάμβανε την παρουσία διεθνών στρατευμάτων στο έδαφος, την επιβολή μιας ζώνης απαγόρευσης πτήσεων και την ανθρωπιστική βοήθεια που παρέχεται από τον αέρα.¹⁴⁸ Παρά το γεγονός ότι η συμμαχία των Δυνάμεων υποστήριξε ότι είχε εξουσιοδότηση από την Απόφαση 688 του ΣΑ/ΗΕ, η απόφαση δεν επέτρεπε ρητά την παρουσία στρατευμάτων ή μια ζώνη απαγόρευσης πτήσεων.¹⁴⁹

Παρ' όλα αυτά, θεωρείται μια από τις πιο επιτυχημένες χρήσεις μιας ασφαλούς ζώνης, καθώς παρείχε επαρκή ασφάλεια για τους Κούρδους, εμπόδισε τις επιθέσεις και τα αντίποινα από την Ιρακινή κυβέρνηση και διατήρησε την απαραίτητη Διεθνή υποστήριξη. Μολονότι, δεν παρείχε μια μακροπρόθεσμη λύση στη σύγκρουση μεταξύ των Ιρακινών και των Κούρδων, έσωσε χιλιάδες ζωές και δημιούργησε μια αυτόνομη ζώνη που εξακολουθεί να διατηρεί ένα σημαντικό επίπεδο σταθερότητας έως και σήμερα.¹⁵⁰

Ένα άλλο παράδειγμα ικανοποιητικής εφαρμογής υγειονομικής ζώνης είναι η νοσοκομειακή ζώνη της Jaffna, στη Sri Lanka, τον Νοέμβριο του 1990. Τον

¹⁴⁶ Βλ. Kate Akkaya «Havens or Targets: Would Syria benefit from a Humanitarian Safe Zone?», Article on ATHA, Harvard Humanitarian Initiative, Published on October 29, 2015, διαθέσιμο σε : <http://www.atha.se/blog/havens-or-targets-would-syria-benefit-humanitarian-safe-zone>

¹⁴⁷ Βλ. Kate Akkaya, Article , ο.π

¹⁴⁸ Βλ. Kate Akkaya, Article , ο.π

¹⁴⁹ United Nations, Security Council Resolution 688(1991), 5 April 1991, UN.Doc. S/RES/688, διαθέσιμο σε : http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/688%281991%29

¹⁵⁰ Βλ. Kate Akkaya, Article , ο.π

Σεπτέμβριο του 1990, η κυβέρνηση της Sri Lanka ζήτησε από την ΔΕΕΣ να αναλάβει να ξανανοίξει την νοσοκομειακή ζώνη σε μια περιοχή που ελεγχόταν από τους αντάρτες(LTTE) και από την οποία αποσύρθηκε ο στρατός της Sri Lanka.¹⁵¹

Προκειμένου να καταστεί δυνατή η έγκαιρη επαναλειτουργία του Νοσοκομείου της Jaffna, το οποίο υπέστη σοβαρές ζημιές κατά τη διάρκεια της σύρραξης, η ΔΕΕΣ σύστησε μια σειρά από κανόνες που έπρεπε να τηρηθούν από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Οι διατάξεις αυτές ήταν σύμφωνες με τις Διεθνώς αναγνωρισμένες πρακτικές σε καταστάσεις σύγκρουσης βάσει των κανόνων¹⁵² του ΔΑΔ και των ΣΓ'49 και κοινοποιούνταν από την ΔΕΕΣ τόσο στην κυβέρνηση της Σρι Λανκα όσο και στο LTTE, όπως προβλέπεται στα άρθρα 23, 44 και 14 της I ΣΓ '49 και IV ΣΓ'49 αντίστοιχα. Σε περίπτωση σοβαρής ή συνεχούς παραβίασης των κανόνων αυτών, η ΔΕΕΣ μπορούσε μονομερώς να αποσύρει την προστασία της από τη νοσοκομειακή ζώνη.¹⁵³

¹⁵¹ Βλ. Sassoli Marco, Bouvier A. Antoine «How does law protect in war?», Cases, Documents and Teaching Materials on Contemporary Practice in IHL, Case Study, Sri Lanka, Jaffna Hospital Zone, Reuters dispatch of September 26, 1990, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/casebook/doc/case-study/sri-lanka-jaffna-hospital-case-study.htm>

¹⁵² Οι κανόνες είχαν ως εξής:

- 1) Οι εγκαταστάσεις του Νοσοκομείου της Jaffna τέθηκε υπό την προστασία της ΔΕΕΣ και θα πρέπει να θεωρείται από τα μέρη ως νοσοκομειακή ζώνη,
- 2) Η ζώνη θα πρέπει να έχει το σύμβολο του Ερυθρού Σταυρού για εύκολη αναγνώριση από το έδαφος και τον αέρα,
- 3) Δεν θα επιτρέπεται ένοπλο προσωπικό εντός της ζώνης,
- 4) Κανένα στρατιωτικό όχημα δεν θα σταθμεύει στην είσοδο της Νοσοκομειακής ζώνης
- 5) Κανένα όχημα εκτός από εκείνα του νοσοκομείου, του Ερυθρού Σταυρού της Σρι Λανκα και της ΔΕΕΣ δεν θα γίνονται δεκτά στη ζώνη

¹⁵³ Βλ. Sassoli Marco, Bouvier A. Antoine «How does law protect in war?», Cases, Documents and Teaching Materials on Contemporary Practice in IHL, Case Study, Sri Lanka, Jaffna Hospital Zone, ICRC Press Release of November 6, 1990, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/casebook/doc/case-study/sri-lanka-jaffna-hospital-case-study.htm>

III. Η προστασία των τραυματιών και ασθενών στο Διεθνές Δίκαιο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

ι) Η προστασία της υγειονομικής περίθαλψης ως απόρροια του δικαιώματος στην υγεία

Στη 71 χρονή διαδρομή της Διεθνούς κοινότητας μετά τον Β΄ΠΠ, διαμορφώθηκε και αναπτύχθηκε ένα εντυπωσιακό σώμα κανόνων και αρχών, το Διεθνές Δίκαιο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου(ΔΔΑΔ).¹⁵⁴

Το ΔΔΑΔ προστατεύει όλα τα πρόσωπα που υπάγονται στη δικαιοδοσία ενός κράτους χωρίς απολύτως καμία διάκριση και εφαρμόζεται κάτω υπό οποιεσδήποτε περιστάσεις.¹⁵⁵ Για το λόγο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να αναλυθούν οι κανόνες δικαιωμάτων του ανθρώπου που ενδεχομένως προστατεύουν τους τραυματίες και ασθενείς και το υγειονομικό προσωπικό και, συνεπώς, συμπληρώνουν το ΔΑΔ σε περιόδους ένοπλων συρράξεων.

Κατ' αρχάς, θα πρέπει να καταστεί σαφές ότι το προσωπικό δεν προστατεύεται ειδικά για την παροχή ιατρικής περίθαλψης, όπως στο ΔΑΔ. Ομοίως και οι υγειονομικές μονάδες και μεταφορές. Ως εκ τούτου, όπως επισημάνθηκε στη Μελέτη του Διεθνούς Εθιμικού Δικαίου της ΔΕΕΣ, ο ρόλος του ΔΔΑΔ είναι «η υποστήριξη, η ενίσχυση και η αποσαφήνιση των ανάλογων αρχών του ΔΑΔ.»¹⁵⁶

Σύμφωνα με την Cordula Droege, η σχέση μεταξύ των δύο Δικαίων συχνά περιγράφεται ως «μια σχέση μεταξύ του γενικού και του ειδικού, στην οποία το ΔΑΔ αποτελεί το *lex specialis*». Ταυτόχρονα, η σχέση αυτή δεν εμποδίζει μια συμπληρωματική προσέγγιση των δύο δικαίων, καθώς το ΔΔΑΔ και το ΔΑΔ έχουν το κοινό χαρακτηριστικό ότι επιδιώκουν να προστατεύσουν τα άτομα από αυθαίρετες συμπεριφορές από εκείνους στην εξουσία των οποίων έχουν περιέλθει - τις κρατικές αρχές στη περίπτωση του ΔΔΑΔ και ένα μέρος στη σύγκρουση, στη περίπτωση του ΔΑΔ.¹⁵⁷

¹⁵⁴ Βλ. Στέλιος Περράκης, « Διαστάσεις της διεθνούς προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου, προς ένα *jus universalis*» Εκδ. Ι. Σιδέρης, Αθήνα, 2013, σελ.24

¹⁵⁵ Βλ. για παράδειγμα Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα (ICCPR)(1966),την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ECHR)(1950), την Αμερικάνικη Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου(ACHR) (1969), τον Αφρικανικό Χάρτη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Λαών (ACHPR)(1981)

¹⁵⁶ Βλ. Jean Marie Henckaerts/Louise Doswald-Beck, CIHL, ο.π. , p.xxxvii

¹⁵⁷ Βλ. Cordula Droege, «The interplay between international humanitarian law and international human rights law in situations of armed conflict», in *Israel Law Review*, Vol. 40, No. 2, Research Paper No. 14-07 ,December 2007, p. 340-341

Σε γενικές γραμμές, τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα αποτελούν το θεμέλιο της προστασίας ενάντια στη βία και τις διακρίσεις. Ειδικότερα, *το Διεθνές Σύμφωνο για τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα (ΔΣΑΠΔ)* προστατεύει τους τραυματίες και ασθενείς, καθώς και το υγειονομικό προσωπικό έναντι της βίας μέσα από το άρθρο 6, σύμφωνα με το οποίο τα κράτη έχουν την απαραβίαστη υποχρέωση να μην στερούν αυθαίρετα τη ζωή των ατόμων που υπάγονται στη δικαιοδοσία/ έλεγχο τους.

Τόσο η *Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου* όσο και το *Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα* καταγγέλλουν κάθε μορφή δουλείας, βασανιστηρίου, και απάνθρωπης ή εξευτελιστικής μεταχείρισης,¹⁵⁸ ενώ το δικαίωμα τα άτομα να είναι απαλλαγμένα από αυτές τις καταχρήσεις είναι απαραβίαστο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η άρνηση της ιατρικής περίθαλψης, μπορεί να συνιστά απάνθρωπη και εξευτελιστική μεταχείριση, ή ακόμα και βασανιστήριο¹⁵⁹, ενώ σύλληψη του ιατρικού προσωπικού για την παροχή αμερόληπτης περίθαλψης μπορεί να αποτελέσει παραβίαση της προστασίας ενάντια στην αυθαίρετη σύλληψη και κράτηση.¹⁶⁰

Η προστασία της υγειονομικής περίθαλψης στις ένοπλες συρράξεις απορρέει από το θεμελιώδες «δικαίωμα στην υγεία». Ωστόσο, δεν υπάρχει ένας καθολικός ορισμός για το δικαίωμα στην υγεία ή αλλιώς το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη.¹⁶¹ Για πρώτη φορά, το δικαίωμα στην υγεία αναφέρεται ρητά, το 1946 στο Προοίμιο του Συντάγματος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), το οποίο καθορίζει την υγεία ως «*τη κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας.*»¹⁶²

Η Οικουμενική Διακήρυξη Δικαιωμάτων του Ανθρώπου περιγράφει το δικαίωμα στην υγεία προβλέποντας ότι «*Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένειά του υγεία και ευημερία, και ειδικότερα*

158 Βλ. Άρθρα 4 και 5 της ΟΔΔΑ και Άρθρα 7 και 8 του ΔΣΑΠΔ

159 Βλ. A/HRC/22/53, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhumane or degrading treatment or punishment, Juan E. Mendez, 1 February 2013, para. 54, p.13

160 Βλ Άρθρο 9 της ΟΔΔΑ και Άρθρο 9 του ΔΣΑΠΔ

161 Βλ. M. Marochini, Council of Europe and the right to healthcare- Is the European Convention on human rights appropriate instrument for protecting the right to healthcare?, p.730

162 Βλ. Constitution of WHO, adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States and entered into force on 7 April 1948.

τροφή, ρουχισμό, κατοικία, ιατρική περίθαλψη όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες...»¹⁶³

Από εκεί και έπειτα, όλες οι βασικές συμβάσεις¹⁶⁴ για τα δικαιώματα του ανθρώπου που υιοθετήθηκαν, τόσο σε διεθνές όσο και σε περιφερειακό επίπεδο, περιέχουν διατάξεις σχετικές με την προστασία και την προώθηση του δικαιώματος στην υγεία με πιο ευρέως διαδεδομένο το άρθρο 12 του *Διεθνούς Συμφώνου για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα*, το οποίο αναφέρει ότι « Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε προσώπου να απολαμβάνει την καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία» και θέτει την υποχρέωση στα κράτη να λάβουν « όλα τα κατάλληλα μέτρα για τη διασφάλιση: i) της μείωσης των θνησιγενών βρεφών και της υγιεινής ανάπτυξης των παιδιών, ii) της βελτίωσης όλων των τομέων υγιεινής του περιβάλλοντος και της βιομηχανικής υγιεινής, iii) της προφύλαξης και θεραπείας επιδημικών, ενδημικών, επαγγελματικών και άλλων ασθενειών και της καταπολέμησης αυτών και iv) της δημιουργίας συνθηκών που μπορούν να εξασφαλίζουν σε όλους ιατρικές υπηρεσίες και ιατρική περίθαλψη σε περίπτωση ασθένειας.»

Σε αυτό το πλαίσιο, η Επιτροπή Οικονομικών, Κοινωνικών και Πολιτιστικών Δικαιωμάτων (CESCR), οργανισμός παρακολούθησης της εφαρμογής του Διεθνούς Συμφώνου ερμήνευσε στο «Γενικό Σχόλιο Νο.14» τα διάφορα συστατικά¹⁶⁵ του δικαιώματος στην υγεία, καθώς και τις ειδικές υποχρεώσεις που απορρέουν από το άρθρο 12 του ICESCR.¹⁶⁶ Επιπλέον, η Επιτροπή αναγνώρισε ένα ευρύτερο ορισμό της υγείας, ο οποίος λαμβάνει υπόψη του «κοινωνικές ανησυχίες» που σχετίζονται με την βία και τις ένοπλες συρράξεις,¹⁶⁷ καθώς η επίτευξη του σεβασμού και της προστασίας του δικαιώματος στην υγεία κατά τη διάρκεια ενόπλων συρράξεων είναι μια τεράστια πρόκληση τον 21^ο αιώνα.

Στο Ευρωπαϊκό σύστημα, αν και έχει παρατηρηθεί αυξανόμενο νομοθετικό και πολιτικό ενδιαφέρον για την υγειονομική περίθαλψη από πλευράς Ευρωπαϊκής

163 Βλ. Άρθρο 25 της ΟΔΔΑ

164 Βλ. Άρθρο 16 του Αφρικανικού Χάρτη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Λαών (ACHPR), Άρθρα 11(1) (f) και 14(2)(b) της Σύμβασης για την Εξάλειψη όλων των μορφών διακρίσεως κατά των Γυναικών (CEDAW), Άρθρο 5(e)(iv) της Διεθνούς Σύμβασης κάθε μορφής φυλετικών διακρίσεων κ.α

¹⁶⁵ Τα συστατικά στοιχεία του δικαιώματος στην υγεία αποτελούν: η διαθεσιμότητα, η προσβασιμότητα, η αποδοχή και η ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, των αγαθών και των εμπορευμάτων που υπάγονται στη δικαιοδοσία ενός κράτους.

¹⁶⁶ Βλ. CESCR, General Comment No.14 on the Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) UN Document E/C.12/2000/4, 2000, para.12

¹⁶⁷ Βλ. CESCR, General Comment No.14, ο.π, para.10

Ένωσης, τα τελευταία είκοσι χρόνια,¹⁶⁸ δεν υπάρχει κάποια ιδιαίτερη συνθήκη για την προστασία της υγειονομικής περίθαλψης, συγκεκριμένα στις ένοπλες συρράξεις.

Η μόνη αναγνώριση των δικαιωμάτων του ανθρώπου στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, γενικά, προέρχεται από τη Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική του Συμβουλίου της Ευρώπης,¹⁶⁹ η οποία συστήνει στα κράτη να «προστατεύουν την αξιοπρέπεια και τη ταυτότητα όλων των ανθρώπων και να εγγυώνται σε όλους, χωρίς διάκριση, το σεβασμό της ακεραιότητας και άλλων θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών.» Επιπλέον, η Σύμβαση αναφέρεται σε πολλά δικαιώματα, τα οποία αποτελούν κεντρικό άξονα της υγειονομικής περίθαλψης, όπως η συναίνεση στη θεραπεία, η ιδιωτική ζωή και το δικαίωμα στην ενημέρωση, η απαγόρευση της διάκρισης και η αφαίρεση οργάνων από δότες εν ζωή με σκοπό την μεταμόσχευση.¹⁷⁰

ii) Η υποχρέωση των κρατών στο σεβασμό και στην προστασία του δικαιώματος της υγείας

Σύμφωνα με την CESC, το δικαίωμα στην υγεία, όπως όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα, επιβάλλει τρία επίπεδα υποχρεώσεων στα κράτη : i) την υποχρέωση του σεβασμού, η οποία απαιτεί από τα κράτη να απέχουν από κάθε είδους παρέμβαση, άμεση ή έμμεση, στην απόλαυση του δικαιώματος στην υγεία, ii) την υποχρέωση της προστασίας, η οποία υποχρεώνει τα κράτη να λάβουν όλα τα απαραίτητα μέτρα για να εμποδίσουν την παρέμβαση τρίτων κρατών στην απόλαυση του ίδιου δικαιώματος και iii) την υποχρέωση της εκπλήρωσης, κατά την οποία, τα κράτη οφείλουν να διασφαλίζουν την πληρέστερη πραγμάτωση του εν λόγω δικαιώματος.¹⁷¹ Με άλλα λόγια, αυτές οι υποχρεώσεις ορίζουν « *τι επιτρέπεται οι κυβερνήσεις να μας κάνουν, τι δεν επιτρέπεται να μας κάνουν και τι πρέπει να κάνουν για μας...*»¹⁷²

Αναλυτικότερα, τα κράτη θα πρέπει να σέβονται το δικαίωμα στην υγεία, *inter alia* μέσω του μη περιορισμού στην ίση πρόσβαση όλων των ανθρώπων και της αποχής

¹⁶⁸ Βλ. Jean Mchale, « Fundamental rights and health care» in Health Systems Governance in Europe, The Role of European Union in Europe, Cambridge University Press, 2010, p.282

¹⁶⁹ Βλ. Council of Europe Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, ETS No.164, 1997

¹⁷⁰ Βλ. Άρθρα 1, 5-9, 14, 15, 20, ο.π

¹⁷¹ Βλ. CESC, General Comment No.14, ο.π, para. 33

¹⁷² Βλ. Sofia Gruskin and Daniel Tarantola, « Health and Human Rights» in Perspectives on Health and Human Rights, Routledge, New York and London, 2005, p.8

από την επιβολή πρακτικών, οι οποίες επιφέρουν διακρίσεις. Όσον αφορά στο δικαίωμα της προστασίας, τα κράτη έχουν την υποχρέωση να παρέχουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες της υγειονομικής περίθαλψης και να εμποδίζουν την παρέμβαση τρίτων μερών στο συγκεκριμένο δικαίωμα, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει βίαιες πρακτικές κατά του υγειονομικού προσωπικού και των ασθενών. Επιπλέον, τα κράτη θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι οι εργαζόμενοι στο κλάδο της υγείας έχουν τα κατάλληλα πρότυπα εκπαίδευσης αλλά και γνώσεις του κώδικα δεοντολογίας, ούτως ώστε να είναι ικανοί να ανταποκριθούν στις προκλήσεις του περιβάλλοντος εργασίας τους. Τέλος, η υποχρέωση της εκπλήρωσης, απαιτεί τα κράτη να λάβουν όλα τα κατάλληλα νομοθετικά, διοικητικά, δημοσιονομικά, δικαστικά και άλλα μέτρα για την πλήρη εφαρμογή του δικαιώματος στην υγεία.¹⁷³

Ακόμα, αξίζει να γίνει αναφορά σε ορισμένες θεμελιώδεις υποχρεώσεις των κρατών, οι οποίες έχουν άμεση ισχύ (core obligations) και θα πρέπει να είναι συγκεκριμένες και στοχευόμενες όσο το δυνατόν σαφέστερα προς την εκπλήρωση των υποχρεώσεων που αναγνωρίζονται στο Σύμφωνο.¹⁷⁴ Αναφορικά με το δικαίωμα στην υγεία, τα κράτη έχουν την θεμελιώδη υποχρέωση να εξασφαλίζουν τουλάχιστον ένα ελάχιστο αναγκαίο επίπεδο υπηρεσιών, χωρίς καθυστέρηση και χωρίς καμία απολύτως διάκριση.¹⁷⁵ Παράλληλα, αυτές οι υποχρεώσεις είναι μείζονος σημασίας και για την αντιμετώπιση των υγειονομικών υπηρεσιών και την παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης.¹⁷⁶

Η υιοθέτηση μέτρων από τα κράτη, που δεν συνάδουν με τις θεμελιώδεις υποχρεώσεις, βάσει του «Γενικού Σχολίου Νο.14» της Επιτροπής, συνιστά παραβίαση του δικαιώματος στην υγεία.¹⁷⁷ Ωστόσο, στη διάρκεια ένοπλων συρράξεων, η ικανότητα ενός κράτους να εκπληρώσει όλες αυτές τις θεμελιώδεις υποχρεώσεις, θα είναι περιορισμένη, εφόσον θα της επιτίθενται άλλα κράτη ή ομάδες. Ακόμα και υπό αυτές τις συνθήκες, αποτελεί καίριας σημασίας ζήτημα η αξιολόγηση

¹⁷³ Βλ. CESCR, General Comment No.14, ο.π, para.34, 35, 36

¹⁷⁴ Βλ. CESCR, General Comment No.3 on the nature of State Parties obligations, U.N. Doc. E/1991/23,1991, para.2

¹⁷⁵ Βλ. CESCR, General Comment No.14, ο.π, para 43, 44

¹⁷⁶ Αυτές περιλαμβάνουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και αγαθά, κυρίως για τις ευάλωτες και περιθωριοποιημένες ομάδες, την παροχή φαρμάκων, την υιοθέτηση και εφαρμογή μιας εθνικής στρατηγικής για τη δημόσια υγεία, και την υγειονομική περίθαλψη των παιδιών, τη θεραπεία και τον έλεγχο επιδημιών και ενδημικών ασθενειών, κ.α. Βλ. CESCR, General Comment No.14, ο.π

¹⁷⁷ Βλ. CESCR, General Comment No.14, ο.π, para. 46-52

αλλά και η εφαρμογή των υποχρεώσεων, για τις οποίες έχουν δεσμευτεί τα κράτη, στο πλαίσιο των δικαιωμάτων του ανθρώπου.¹⁷⁸

iii) Το πεδίο εφαρμογής του ΔΔΑΔ στους μη κρατικούς δρώντες

Εκτός από τις υποχρεώσεις των κρατών, ένα άλλο κρίσιμο ζήτημα που απασχολεί έντονα τα τελευταία χρόνια την Διεθνή Κοινότητα είναι κατά πόσο το Διεθνές Δίκαιο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου επιβάλλει υποχρεώσεις στους μη κρατικούς δρώντες, όπως οι αντάρτικες ένοπλες ομάδες ή τρομοκρατικές οργανώσεις, στην διάρκεια μιας ένοπλης σύρραξης.

Σύμφωνα με τα προλεγόμενα, σε αντίθεση με το ΔΑΔ, είναι γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συνθηκών του ΔΔΑΔ επιβάλλουν υποχρεώσεις μόνο στα κράτη προς τα άτομα που υπάγονται στη δικαιοδοσία τους. Η διαφορά αυτή είναι σημαντική, δεδομένου ότι στις σύγχρονες ένοπλες συρράξεις, οι παραβιάσεις κατά της υγειονομικής περίθαλψης, σε μεγάλο βαθμό, έχουν διαπραχθεί από τους μη κρατικούς δρώντες.¹⁷⁹

Εντούτοις, προκύπτουν ερωτήματα, όπως το τι συμβαίνει όταν ένα κράτος δεν έχει πλέον τον αποτελεσματικό έλεγχο στο έδαφος μιας περιοχής; Δεσμεύονται οι μη κρατικοί δρώντες από το ΔΔΑΔ ως οντότητες; Και αν, σε ποιο βαθμό;

Η Σύμβαση του 2009 για την προστασία και την αρωγή των εσωτερικά εκτοπισμένων στην Αφρική, στο άρθρο 7,¹⁸⁰ επιβάλλει άμεσες υποχρεώσεις για τους μη κρατικούς δρώντες, στη διάρκεια ένοπλων συρράξεων, χωρίς να σημαίνει ότι οι διατάξεις του παρόντος άρθρου παρέχουν νομιμοποίηση ή αναγνώριση σε αυτές τις ένοπλες ομάδες. Μεμονωμένα, τα μέλη των ενόπλων δυνάμεων δεσμεύονται από το εκάστοτε Εθνικό και το Διεθνές Ποινικό Δίκαιο (ατομική ποινική ευθύνη).

Παρόλο που έχει γίνει μια αξιολογή προσπάθεια, από την πλευρά του Συμβουλίου Ασφαλείας των Η.Ε αλλά και από Ειδικούς Συμβούλους για τα ανθρώπινα δικαιώματα, στην επίλυση του ζητήματος εφαρμογής των υποχρεώσεων του ΔΔΑΔ στους μη κρατικούς δρώντες, το συγκεκριμένο ζήτημα έχει προκαλέσει μεγάλο

¹⁷⁸ Βλ. Katherine H.A Footer and Leonard S. Rubenstein, «A Human rights approach to health care in conflict» in *International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part I : The Problem and the Law*, Geneva, Vol.95, Number 889, 2013, p. 184

¹⁷⁹ Βλ. παρακάτω ICRC, *Health in Danger*, 2012-2014

¹⁸⁰ Βλ. African Union Convention for the Protection and Assistance of Internally Displaced Persons in Africa (Kampala Convention), 2009, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/casebook/doc/treaty/au-idp-convention---assembly---final---10.23-pm-23-oct.pdf>

προβληματισμό. Η πρώην Ειδική Εισηγήτρια (Special Rapporteur) για την Τρομοκρατία και τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, στην Έκθεση της, το 2004, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν ήταν σε θέση να υποστηρίξει πλήρως ότι οι μη κρατικοί φορείς δεσμεύονται άμεσα από το ΔΔΑΔ. Ωστόσο, σχολίασε ότι η Διεθνής Κοινότητα απαιτεί όλο και περισσότερο οι μη κρατικοί δρώντες που εμπλέκονται στις ένοπλες συρράξεις να προωθούν και να προστατεύουν τα δικαιώματα του ανθρώπου σε περιοχές επί τις οποίες ασκούν de facto έλεγχο.¹⁸¹

Πιο πρόσφατα, το 2011, στην έκθεση της, η Εξεταστική Επιτροπή για τη Λιβύη, η οποία είχε εντολή από το Συμβούλιο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (HRC) των Η.Ε να διερευνήσει τις παραβιάσεις του ΔΑΔ στην Λιβύη, δήλωσε ότι από τη στιγμή που οι μη κρατικοί δρώντες δεν είναι συμβαλλόμενα μέρη των συμβάσεων του ΔΔΑΔ, δεν δεσμεύονται από τις υποχρεώσεις που απορρέουν από αυτό. Παρόλα αυτά, γίνεται ολοένα και πιο αποδεκτό ότι, στην περίπτωση που οι ένοπλες ομάδες ασκούν de facto αποτελεσματικό έλεγχο επί του εδάφους στο οποίο βρίσκονται, πρέπει να σέβονται τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα των προσώπων στο εν λόγω έδαφος.¹⁸² Επομένως, παρατηρείται μια τάση να αναγνωρίζεται ότι όπου οι μη κρατικές οντότητες φαίνεται να υποκαθιστούν την κρατική εξουσία και να ασκούν αποτελεσματικό έλεγχο σ ένα πληθυσμό, θα αναμένεται να ανταποκρίνονται θετικά περισσότερο στις ηθικές παρά στις νομικές προσδοκίες της Διεθνούς Κοινότητας για σεβασμό στο ΔΔΑΔ.

Συμπερασματικά, το Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο αποτελεί ένα εξαιρετικά σημαντικό σύνολο κανόνων για την προστασία της αμερόληπτης υγειονομικής περίθαλψης στις ένοπλες συρράξεις, με το Διεθνές Δίκαιο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου να ενεργεί ως ένα ισχυρό συμπλήρωμα σε αυτό. Είναι αναμφισβήτητο το γεγονός ότι υπάρχουν αναρίθμητες ομοιότητες στις υποχρεώσεις που απορρέουν από τα δυο Δίκαια, σχετικά με τον σεβασμό και την προστασία των τραυματιών και ασθενών, καθώς και του υγειονομικού προσωπικού, στα πλαίσια του δικαιώματος στην υγεία και του δικαιώματος στη ζωή σε ένοπλες συρράξεις αλλά και όχι μόνο.

¹⁸¹ Commission on Human Rights, Final Report of the Special Rapporteur on Terrorism and Human Rights, UN Doc. E/CN.4/Sub.2/2004/40, para.73 p. 24, διαθέσιμο σε : <http://www.refworld.org/docid/4152edab4.html>

¹⁸² Human Rights Council, Report of the International Commission of Inquiry to investigate all alleged violations of international human rights law in the Libyan Arab Jamahiriya, UN Doc. A/HRC/17/44, 2011, para. 72. p. 32-33, διαθέσιμο σε : http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/17session/A.HRC.17.44_AUV.pdf

ΜΕΡΟΣ Β' : ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΒΙΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΜΑΧΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΔΑΔ ΣΤΙΣ ΠΟΛΥΠΛΟΚΕΣ ΕΝΟΠΛΕΣ ΣΥΡΡΑΞΕΙΣ

Κεφάλαιο Πρώτο : Η έκταση, οι αιτίες και οι συνέπειες των παραβιάσεων του δικαιώματος προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων

I. Το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης ως ένα από τα πρώτα θύματα του πολέμου.

Στη σημερινή πραγματικότητα, τεράστια πρόκληση στην ανθρωπιστική δράση/πρόσβαση δημιουργούν οι επιθέσεις στο υγειονομικό προσωπικό και τους τραυματίες και ασθενείς, αλλά και στα νοσοκομεία, στις κλινικές και στα ασθενοφόρα κατά τη διάρκεια των ενόπλων συρράξεων, οι οποίες αποτελούν προσβολή στις επιταγές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και στην προστασία των αμάχων.

Μια ανασκόπηση των επιθέσεων σε όλα τα ανωτέρω, αποκαλύπτει τόσο την παγκόσμια έκταση του προβλήματος όσο και την ευρεία ετερογένεια των πολιτικών πλαισίων, μέσα στα οποία υφίστανται. Οι επιθέσεις στις υπηρεσίες της υγειονομικής περίθαλψης λαμβάνουν χώρα όχι μόνο σε διεθνείς και μη διεθνούς χαρακτήρα ένοπλες συρράξεις αλλά και σε περιόδους πολιτικών αναταραχών.¹⁸³

Τα τελευταία χρόνια, γίνεται μια προσπάθεια από τις ανθρωπιστικές οργανώσεις αλλά και τους επαγγελματίες του χώρου να ληφθούν προληπτικά μέτρα για την αντιμετώπιση του εν λόγω προβλήματος. Οι δράσεις αυτές, αποτελούν βασικές στρατηγικές, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν την καταγραφή, συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, με στόχο την απόκτηση μιας καλύτερης εικόνας του περιεχομένου και της έκτασης των παραβιάσεων, τη παροχή γνώσεων για τη βελτίωση της ασφάλειας

¹⁸³ Βλ. Center for Public Health and Human Rights, John Hopkins Bloomberg School of Public Health, « Protection of Health Workers, Patients and Facilities in Times of Violence», November 2013, Bellagio, Italy, p. 7, διαθέσιμο σε : <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-public-health-and-human-rights/pdf/BellagioReport-03192014.pdf>

και την δημιουργία ευθύνης στις πολιτικές ηγεσίες, ούτως ώστε να ανταποκριθούν στις σύγχρονες προκλήσεις.¹⁸⁴

Το Διεθνές Κίνημα του Ερυθρού Σταυρού/Ερυθράς Ημισελήνου το οποίο είναι μάρτυρας και μερικές φορές και «θύμα» των επαναλαμβανόμενων περιστατικών βίας, έλαβε υπόψη του τη σοβαρότητα αυτού του φαινομένου και ξεκίνησε, από το 2008, την διεξαγωγή μιας σειράς εκθέσεων που βασίστηκαν σε μια μελέτη για την συλλογή πληροφοριών από τα μέσα ενημέρωσης, σε 16 χώρες, σχετικά με τα βίαια επεισόδια κατά της υγειονομικής περίθαλψης. Η συγκεκριμένη μελέτη παρουσιάστηκε στη 31^η Διεθνή Διάσκεψη του Ερυθρού Σταυρού και της Ερυθράς Ημισελήνου και αποτέλεσε καταλύτη για την ΔΕΕΣ, ούτως ώστε να δώσει την «εντολή»(mandate) για περαιτέρω διερεύνηση των βίαιων επιθέσεων κατά των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.¹⁸⁵

Ως εκ τούτου, το «Health Care in Danger»¹⁸⁶ αποτελεί μια παγκόσμια πρωτοβουλία της ΔΕΕΣ με στόχο να βελτιώσει την ασφάλεια της παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε ένοπλες συγκρούσεις και άλλες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Μεταξύ Ιανουαρίου 2012 και Δεκεμβρίου 2014, η ΔΕΕΣ συνέλεξε δεδομένα σχετικά με τα περιστατικά βίας κατά της υγειονομικής περίθαλψης σε επιλεγμένα επιχειρησιακά περιβάλλοντα στα οποία οι ομάδες πεδίου¹⁸⁷ της ήταν παρούσες.¹⁸⁸

Κύριος στόχος της ανάλυσης ήταν η διερεύνηση των τύπων των επιθέσεων κατά του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, των υποδομών, των μεταφορών αλλά και των προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης στις διαφορετικές τοποθεσίες που έλαβαν χώρα τα περιστατικά, με σκοπό την ανάλυση μέσα από μια διαφορετική οπτική συγκριτικά με τις προηγούμενες εκθέσεις. Πιο συγκεκριμένα, στην έκθεση

¹⁸⁴ Βλ. Robin Coupland « Security, insecurity and health», Bulletin of the World Health Organization, 2007, Vol.85: p. 183, διαθέσιμο σε : <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/3/06-037135.pdf>

¹⁸⁵ Βλ. Report of the 31st International Conference of the Red Cross and Red Crescent, Geneva, 2011, Resolution 5, para.12 p.37, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-1129.pdf>

¹⁸⁶ Βλ. ICRC, Violent Incidents affecting the delivery of health care, « Health in Danger», January 2012 to December 2014, Geneva, April 2015, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4237.pdf>

¹⁸⁷ Πηγές των πληροφοριών των ομάδων της ΔΕΕΣ αποτέλεσαν : τα άτομα που πλήττονται άμεσα ή που εμπλέκονται στα περιστατικά (θύματα και μάρτυρες), οι Εθνικοί Σύλλογοι Ερυθρού Σταυρού/Ερυθράς Ημισελήνου, τα ΜΜΕ, άλλες ανθρωπιστικές οργανώσεις και τοπικοί φορείς υγείας, όπως το Υπουργείο Υγείας.

¹⁸⁸ Η ανάλυση που περιέχεται στην παρούσα έκθεση (2012-2014) βασίζεται σε δεδομένα πάνω σε **2.398** περιστατικά που συλλέγονται από διάφορες πηγές πληροφόρησης **σε 11 χώρες**. Οι 11 χώρες που επιλέχθηκαν είναι από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και βρίσκονται είτε σε ένοπλη σύρραξη, είτε σε έκτακτη ανάγκη. Ο όρος «σε έκτακτη ανάγκη» αναφέρεται σε καταστάσεις που δεν φτάνουν μεν στο βαθμό της ένοπλης σύρραξης αλλά τα περιστατικά που εκτυλίσσονται να έχουν συνέπειες στην ασφάλεια αλλά και στην ανάγκη των ανθρώπων για υγειονομική περίθαλψη.

επιδιώκεται να προσδιοριστεί πώς i) οι κύριες κατηγορίες δραστών, ii) οι περισσότερο επαναλαμβανόμενες μορφές βίας και iii) οι συνέπειες αυτής της βίας αλλάζουν ανάλογα με την τοποθεσία στην οποία τα εν λόγω περιστατικά εκτυλίσσονται. Απώτερος στόχος της έκθεσης είναι να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση και να δημιουργηθεί μια ευρύτερη κατανόηση σχετικά με τις ανθρωπιστικές ανησυχίες για την ασφάλεια της αμερόληπτης υγειονομικής περίθαλψης.¹⁸⁹

Συγκεντρωτικά, στα 2.398 περιστατικά βίας κατά της υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία καταγραφήκαν στις 11 χώρες, τουλάχιστον 4275 άνθρωποι έπεσαν θύματα βίας, 728 ιατρικές μεταφορές επλήγησαν από τις επιθέσεις και 1.222 από τα επεισόδια έλαβαν χώρα κατά, εντός ή στην περίμετρο των υγειονομικών εγκαταστάσεων. Επιπλέον, όπως στις προηγούμενες εκθέσεις, επιβεβαιώνεται και σε αυτήν ότι η συντριπτική πλειοψηφία των επιθέσεων αφορούσε τους τοπικούς φορείς «ντόπιο προσωπικό» υγειονομικής περίθαλψης, τις εθνικές ΜΚΟ της εκάστοτε χώρας και τους Συλλόγους του Ερυθρού Σταυρού/ Ερυθράς Ημισελήνου (συνολικά, το 91% των καταγεγραμμένων περιστατικών) και όχι τους Διεθνείς φορείς, οι οποίοι πιθανώς έχουν αναλογικά μικρότερη παρουσία στις περιοχές που επλήγησαν.¹⁹⁰

Πολλά μέλη του «ντόπιου προσωπικού» (national staff) έχουν εκφράσει τη δυσαρέσκεια τους για το γεγονός ότι έχει υποβαθμιστεί η ασφάλεια τους συγκριτικά με το Διεθνές προσωπικό, στο οποίο παρέχεται μεγαλύτερη προστασία. Αυτό το θέμα της ιεράρχησης αντανακλάται από τις αποκλίσεις που δημιουργούνται μεταξύ του τοπικού και του Διεθνούς προσωπικού αναφορικά με την εκπαίδευση και την προστασία που λαμβάνουν, μολονότι το τοπικό προσωπικό εκτίθεται σε μεγαλύτερους κινδύνους.¹⁹¹

Ενδιαφέρον εμφανίζουν και τα δεδομένα που συλλέχτηκαν όπως παρουσιάζονται ανά κατηγορία υπευθύνων/δραστών : 943 περιστατικά φέρεται ότι διαπράχθηκαν από κρατικές στρατιωτικές δυνάμεις και την αστυνομία (ένοπλες δυνάμεις της χώρας), 717 περιστατικά οφείλονται σε ένοπλους μη κρατικούς δρώντες, 86 περιστατικά φέρεται να διαπράχθηκαν από οργανωμένες εγκληματικές ομάδες και 261 περιστατικά αποδόθηκαν σε ιδιώτες. Τα τελευταία περιστατικά σχετίζονται για

¹⁸⁹ Βλ. Health in Danger 2012-2014, ο.π, p. 1-2

¹⁹⁰ Βλ. Health in Danger 2012-2014, ο.π, p. 7

¹⁹¹ Βλ. Julia Brooks, « Humanitarians under attack: Tensions, Disparities and Legal Gaps in Protection», Humanitarian Academy at Harvard, ATHA White Paper Series, p.5 διαθέσιμο σε : <http://atha.se/presentations/attacksonaid/index.html>

παράδειγμα με την δυσaráσκεια, για την υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται, από τους συγγενείς των ασθενών, τις καθυστερήσεις, τα αποτελέσματα της θεραπείας ή το θάνατο ενός από τους συγγενείς των ιδιωτών.¹⁹²

ι) Οι τραυματίες και ασθενείς και το υγειονομικό προσωπικό ως στόχοι επιθέσης για πολιτικούς, θρησκευτικούς ή εθνικούς λόγους

Σε γενικές γραμμές, οι πράξεις βίας κατά των τραυματιών και ασθενών περιλαμβάνουν: τη δολοφονία, το τραυματισμό, τη σύλληψη, την απαγωγή, τη σεξουαλική βία, τη παρενόχληση και τον εκφοβισμό των ασθενών ή εκείνων που προσπαθούν να αποκτήσουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, τη δημιουργία εμποδίων στην έγκαιρη και άμεση υγειονομική πρόσβαση, τη σκόπιμη παράλειψη παροχής ή την άρνηση στη παροχή βοήθειας, διάκριση στη πρόσβαση και στην ποιότητα της περίθαλψης, αλλά και διακοπή της περίθαλψης.¹⁹³

Σύμφωνα με την έκθεση Health in Danger από το 2012 έως το 2014, στα καταγεγραμμένα περιστατικά κατά, εντός ή στην περίμετρο των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, ο συνολικός αριθμός των ανθρώπων που επλήγησαν από τις βιαιοπραγίες ή τις απειλές της βίας ήταν τουλάχιστον 2,195 εκ των οποίων οι περισσότεροι(1069) ήταν τραυματίες και ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότεροι ασθενείς σκοτώθηκαν (678) και τραυματίστηκαν ή ξυλοκοπήθηκαν (204) μαζί με τους συγγενείς τους και άλλους παρευρισκόμενους(151). Επιπλέον, 67 ασθενείς συνελήφθησαν ή απήχθησαν στο εσωτερικό των υγειονομικών εγκαταστάσεων ενώ υποβάλλονταν σε ιατρική θεραπεία. Οι κύριοι υπεύθυνοι για τα προαναφερθέντα περιστατικά ήταν μη κρατικές ένοπλες ομάδες και κρατικές ένοπλες δυνάμεις.¹⁹⁴

Αναφορικά με τα περιστατικά που καταγράφηκαν στο δρόμο από και προς τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (364), στα σημεία ελέγχου (179) και σε δημόσιους χώρους (183), από τα 1.426 θύματα, οι 503 ήταν τραυματίες και ασθενείς. Στους περισσότερους ασθενείς (291), απαγορεύθηκε η διέλευση ή καθυστερούσαν

¹⁹² Το ποσοστό των περιστατικών που συλλέγονται μπορεί να μην αντικατοπτρίζει την γενική κατανομή των περιστατικών ανά δράστη σε όλα τα πλαίσια των ένοπλων συγκρούσεων, λόγω της περιορισμένης πρόσβασης σε πληροφορίες σχετικά με τα περιστατικά που διαπράττονται από έναν φορέα και όχι από το άλλο.

¹⁹³ Βλ. Health in Danger : Making the case, ο.π, p. 10

¹⁹⁴ Βλ. Health in Danger 2012-2014, ο.π, p. 9-10

την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, ενώ άλλοι σκοτώθηκαν(74) ή τραυματίστηκαν(138).¹⁹⁵ Το φαινόμενο της σκόπιμης καθυστέρησης ή παρεμπόδισης των ασθενών στην άμεση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στα σημεία ελέγχου(checkpoints) για λόγους ασφαλείας είναι περισσότερο κοινό από τις επιθέσεις βίας κατά αυτών των προσώπων.

Μία από τις χειρότερες καταγεγραμμένες περιπτώσεις επίθεσης κατά των τραυματιών και ασθενών διαδραματίστηκε στην Κροατική πόλη Vukovar, τον Νοέμβριο του 1991, όπου 200 ασθενείς βρέθηκαν σκοτωμένοι σε μια φάρμα, μετά την εκκένωση του νοσοκομείου λόγω της κατάληψης της πόλης από τις Σέρβικες δυνάμεις. Επιπλέον, εκτελέσεις τραυματιών και ασθενών μέσα σε ασθενοφόρα ή σε υγειονομικές εγκαταστάσεις έχουν συμβεί στη Σιέρα Λεόνε, στη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό αλλά και στα παλαιστινιακά κατεχόμενα εδάφη.

Στην Κολομβία, τον Μάιο του 2014, ένοπλοι άνδρες δολοφόνησαν δύο ασθενείς, οι οποίοι μεταφέρονταν με ασθενοφόρα, ενώ το Σεπτέμβριο του 2014, η FARQ (-αντάρτικη οργάνωση-επαναστατικές ένοπλες δυνάμεις της Κολομβίας) έβαλε φωτιά σε οκτώ οχήματα και πυροβόλησε ένα ασθενοφόρο, με αποτέλεσμα μια γυναίκα που βρισκόταν μέσα στο ασθενοφόρο, να τραυματιστεί σοβαρά. Στο Ιράκ, τον Σεπτέμβριο του 2014, η Ιρακινή Πολεμική Αεροπορία χτύπησε ένα νοσοκομείο υπό τον έλεγχο του ISIS κοντά στη πόλη Kirkuk, σκοτώνοντας 7 ασθενείς και τραυματίζοντας 22 άτομα.¹⁹⁶

Τέλος στη Συρία, η Ανεξάρτητη Διεθνής Επιτροπή για την Συρία(UN Independent International Commission on the Syrian Arab Republic) διαπίστωσε στην έκθεση της ότι οι Συριακές κυβερνητικές δυνάμεις έχουν συλλάβει και κρατούν τραυματίες που έχουν ανάγκη από ιατρική περίθαλψη, υποστηρίζοντας ως αιτία ότι οι σφαίρες και τα θραύσματα στις πληγές τους ήταν αποδείξεις της συμμετοχής τους στις δραστηριότητες της αντιπολίτευσης. Περαιτέρω, η Επιτροπή ανέφερε ότι οι τραυματίες και ασθενείς έχουν μπει στο στόχαστρο από πυρά ελεύθερων σκοπευτών αλλά και κατά τη διάρκεια των στρατιωτικών επιθέσεων στις υγειονομικές εγκαταστάσεις. Τον Νοέμβριο και τον Δεκέμβριο του 2015, μια κλινική στη Δούμα χτυπήθηκε από έναν πύραυλο, σκοτώνοντας έναν γιατρό, ενώ

¹⁹⁵ Βλ. Health in Danger 2012-2014, ο.π, p. 15-16

¹⁹⁶ Βλ. Human Rights Watch, Safeguarding health in conflict, Attacks on Health, Global Report, May 2015, p. 10, 12 ...Βλ και Reuters Article <http://in.reuters.com/article/iraq-crisis-hospital-idINKBN0H202220140907>

φιλοκυβερνητικά αεροπλάνα χτύπησαν ένα νοσοκομείο για παιδιά σκοτώνοντας επτά άτομα, μεταξύ των οποίων δύο παιδιά. Σύμφωνα με την Επιτροπή, η υγειονομική περίθαλψη έχει στρατιωτικοποιηθεί σε τέτοιο βαθμό, που πολλοί από εκείνους που έχουν ανάγκη από ιατρική φροντίδα, δεν πλησιάζουν τα νοσοκομεία από φόβο για σύλληψη, κράτηση, βασανιστήρια, ή θάνατο.¹⁹⁷

Αντίστοιχα, το υγειονομικό προσωπικό αντιμετωπίζει πολλές προκλήσεις στις ένοπλες συρράξεις, καθώς πρέπει να προσαρμόσει την παροχή της περίθαλψης ανάλογα με τους πόρους που είναι διαθέσιμοι, αλλά και να ασχολείται με τις μεγάλες εισροές ασθενών που απαιτούν άμεση φροντίδα (triage). Ταυτόχρονα, εκτός από τις επαγγελματικές προκλήσεις, διατρέχει συχνά σοβαρούς κινδύνους που σχετίζονται με τη φύση της δουλειάς του.

Ως εκ τούτου, οι πράξεις βίας κατά του υγειονομικού προσωπικού περιλαμβάνουν: τη δολοφονία, τον τραυματισμό, την απαγωγή, τη παρενόχληση, τις απειλές, τον εκφοβισμό, τη ληστεία και την σύλληψη λόγω εκτέλεσης των ιατρικών καθηκόντων.¹⁹⁸

Σύμφωνα με την έκθεση Health in Danger από το 2012 έως το 2014, στα καταγεγραμμένα περιστατικά κατά, εντός ή στην περίμετρο των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, από τους 2,195 που δέχτηκαν επιθέσεις, οι 760 ήταν υγειονομικό προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα, τα περισσότερα μέλη του υγειονομικού προσωπικού υπέστησαν απειλές και εξαναγκασμό να ενεργήσουν κατά της ιατρικής δεοντολογίας (303 άτομα) ενώ ταυτόχρονα πολλοί από αυτούς τραυματίστηκαν(202). Οι ιδιώτες ήταν υπεύθυνοι για 64 από τις απειλές και για 45 τραυματισμούς και ξυλοδαρμούς, πράξεις που οφείλονται, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, κυρίως σε βίαιες αντιδράσεις για το θάνατο ενός συγγενή, το τρόπο της θεραπείας και λόγω δυσαρέσκειας για την αναμονή σε σειρά για παροχής θεραπείας. Το σύνολο των απειλών που προέρχονταν από ιδιώτες και μη κρατικές ένοπλες ομάδες, εντός των υγειονομικών εγκαταστάσεων, στρέφονταν σχεδόν αποκλειστικά κατά του

¹⁹⁷ Report of the Independent International Commission of Inquiry on the Syrian Arab Republic. UN. General Assembly. Human Rights Council Report A/HRC/31/68, February 2016, para. 58-68 διαθέσιμο σε : <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/CoISyria/A-HRC-31-68.pdf>

¹⁹⁸ Βλ. Health in Danger : Making the case, ο.π, p. 14

υγειονομικού προσωπικού (94% των απειλών από τους ιδιώτες και 87% των απειλών από τους μη κρατικούς δρώντες).¹⁹⁹

Εν συνεχεία, όσον αφορά στα περιστατικά που καταγράφηκαν στο δρόμο από και προς τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης στα σημεία ελέγχου και σε δημόσιους χώρους, από τα 1.426 θύματα, οι 580 ήταν μέλη του υγειονομικού προσωπικού και 177 οδηγοί (υγειονομικών μεταφορικών μέσων). Τα περιστατικά (260) αφορούσαν ως επί το πλείστον, την άρνηση ή την καθυστέρηση του υγειονομικού προσωπικού και των οδηγών από περάσματα, μερικοί υπέστησαν τραυματισμό ή ξυλοδαρμό(168) ή απειλές(133), ενώ κάποιους τους συνέλαβαν και τους λήστεψαν. Επιπρόσθετα, στην έρευνα παρατηρήθηκε ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό υπεύθυνοι για τις καθυστερήσεις ήταν οι ιδιώτες, λόγω των διαδηλώσεων και των διαμαρτυριών στο δρόμο, με αποτέλεσμα οι πολίτες να μην επιτρέπουν την ταχεία διέλευση του προσωπικού και των ασθενών.²⁰⁰

Σε αυτό το σημείο, κρίνεται αναγκαίο να αναφερθεί ένα σημαντικό εύρημα από προηγούμενη έκθεση της ΔΕΕΣ²⁰¹, το οποίο επιβεβαιώνεται και στο τελευταίο Health in Danger του 2012-2014. Μεταξύ άλλων, εντοπίστηκε ένα μοτίβο επιθέσεων κατά του υγειονομικού προσωπικού, οι ονομαζόμενες « follow-up attacks ». Πρόκειται για καταστάσεις στις οποίες έχει γίνει μια πρώτη έκρηξη και ενώ το υγειονομικό προσωπικό «first responders» βρίσκεται στο σημείο για να βοηθήσει τους τραυματισμένους, ακολουθεί μια δεύτερη έκρηξη, η οποία «επιδρά» τόσο στους ήδη τραυματισμένους, όσο και στο υγειονομικό προσωπικό. Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι προφανές ότι υπάρχει η πρόθεση να στοχεύσουν, μεταξύ άλλων και το προσωπικό που έρχεται για τη διάσωση των τραυματιών. Το αποτέλεσμα είναι ότι η έκτακτη παροχή υγειονομικής περίθαλψης γίνεται ακόμα πιο δύσκολη, ενώ παράλληλα δημιουργεί στο υγειονομικό προσωπικό ένα σημαντικό δίλημμα: είτε να δράσει και ενδεχομένως να βάλει σε κίνδυνο τη δική του ζωή, είτε να μην παρέμβει και να αφήσει πίσω άτομα που θα μπορούσαν να έχουν σωθεί.²⁰²

¹⁹⁹ Βλ. Health in Danger 2012-2014, ο.π, p. 9-10

²⁰⁰ Βλ. Health in Danger 2012-2014, ο.π, p. 15-16

²⁰¹ Βλ. ICRC, A sixteen-country study, Health in Danger, Geneva, July 2011, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4073-002-16-country-study.pdf>

²⁰² Βλ. ICRC «In conversation with Pierre Gentile», in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part II : The Way forward, Geneva, Vol.95, Number 890, 2013. p. 343

Τις τελευταίες δεκαετίες, η έξαρση των επιθέσεων κατά του υγειονομικού προσωπικού έχει απασχολήσει πολλούς επιστήμονες(όχι μόνο την ΔΕΕΣ), οι οποίοι προσπαθούν να κατανοήσουν το πεδίο εφαρμογής και την έκταση αυτού του φαινομένου.

Σύμφωνα με την Laura Hammond, μία εξήγηση που θα μπορούσε να δοθεί είναι ότι η διάκριση μεταξύ των μαχητών και των εργαζομένων στον ανθρωπιστικό τομέα έχει «θολώσει», καθώς πολλοί στρατιώτες αναλαμβάνουν τη διανομή υγειονομικών προμηθειών αλλά και συμμετέχουν στα έργα ανοικοδόμησης. Επιπροσθέτως, οι Δυτικές χώρες χρηματοδοτούν τόσο τις στρατιωτικές ενέργειες, όσο και τις οργανώσεις που παρέχουν ανθρωπιστική βοήθεια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα μέλη των ανθρωπιστικών οργανώσεων να θεωρούνται «πράκτορες του Δυτικού ιμπεριαλισμού» αντί ουδέτεροι «ανθρωπιστές».²⁰³

Στο ίδιο πλαίσιο, διεξήχθη ακόμα μια έρευνα από το 2003 έως το 2008 για παραβιάσεις που έλαβαν χώρα σε ένοπλες συρράξεις από το 1989 έως το 2008. Το ενδιαφέρον σε αυτή την έρευνα παρουσιάζεται στις αιτίες των επιθέσεων εναντίον του υγειονομικού προσωπικού.

Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα, οι επιθέσεις στο ιατρικό προσωπικό και στις εγκαταστάσεις φαίνεται να αποτελούν μέρος μιας γενικευμένης βίας κατά των πολιτών για πολιτικούς, θρησκευτικούς ή εθνικούς λόγους και όχι για την απόκτηση στρατιωτικού πλεονεκτήματος. Τέτοια παραδείγματα είναι η εθνοκάθαρση, η αποσταθεροποίηση της κυβέρνησης και ο έλεγχος ή η αναγκαστική μετακίνηση των πληθυσμών. Στη Βοσνία, στο Κόσσοβο και στη Ρουάντα, το προσωπικό, οι κλινικές και τα νοσοκομεία αποτέλεσαν πολλές φορές στόχο επιθέσεων γι αυτούς τους λόγους. Όσον αφορά στις συλλήψεις, τις κρατήσεις και τις διώξεις αλλά και τα βασανιστήρια ή τις εκτελέσεις που έχει υποστεί, κατά καιρούς, το ιατρικό προσωπικό για υποτιθέμενη παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε τραυματίες μαχητές του αντίπαλου μέρους, η έρευνα παρουσιάζει μια δεύτερη τάση.

Οι ενέργειες αυτές, μερικές φορές, έχουν εγκριθεί συγκεκριμένα από τον Εθνική νομοθεσία για την καταπολέμηση της τρομοκρατίας, παρά το γεγονός ότι η πρακτική αυτή παραβιάζει το ΔΑΔ και την ιατρική δεοντολογία. Τέτοιες πρακτικές έχουν

²⁰³ Βλ. Laura Hammond, «Why upholding humanitarian principles does not protect aid workers», Development Viewpoint, No. 7, SOAS, July, 2008

συμβεί σε χώρες, όπως η Κολομβία, το Ανατολικό Τιμόρ και η Τσετσενία και αποτελούν μέρος μιας μεγαλύτερης τάσης, στην οποία οι αντιτρομοκρατικοί νόμοι των χωρών εκλαμβάνουν την παροχή ιατρικής περίθαλψης προς τους υποτιθέμενους τρομοκράτες ως παραβίαση του Εθνικού Ποινικού Δικαίου.²⁰⁴

Κάνοντας μια επισκόπηση στη πιο σύγχρονη διεθνή πρακτική αναφορικά με τις επιθέσεις κατά του υγειονομικού προσωπικού, διαπιστώνεται, σύμφωνα με τον WHO, ότι στα παλαιστινιακά κατεχόμενα εδάφη και συγκεκριμένα στη Γάζα, 23 μέλη του υγειονομικού προσωπικού σκοτώθηκαν, οι 16 εν ώρα καθήκοντος και 83 τραυματίστηκαν(οι περισσότεροι ήταν οδηγοί ασθενοφόρων.)²⁰⁵ Αντίστοιχα, στην Νιγηρία, υγειονομικό προσωπικό έχει απαχθεί για λύτρα ή για την περίθαλψη των τραυματιών μαχητών της Boko Haram.²⁰⁶

Στην Υεμένη, τον Σεπτέμβριο του 2015, 2 μέλη της ΔΕΕΣ σκοτώθηκαν από πυροβολισμούς στο δρόμο(convo) από την Saada προς την Saa'na, ενώ άλλα 2 μέλη του προσωπικού της σκοτώθηκαν από αεροπορική επιδρομή στην πόλη Taiz²⁰⁷. Στη Σομαλία, το προσωπικό ανθρωπιστικής βοήθειας εξακολουθεί να αποτελεί στόχο επιθέσεων, απειλών και εκφοβισμών περιορίζοντας έτσι την ικανότητα των ανθρωπιστικών οργανώσεων να παρέχουν περίθαλψη. Τον Μάιο και τον Ιούνιο του 2015, καταγράφηκαν πάνω από 20 βίαια επεισόδια που περιελάμβαναν τη σωματική κακοποίηση, ένοπλες επιθέσεις σε υγειονομικές εγκαταστάσεις, κλοπές οχημάτων, συλλήψεις και απειλές. Συγκεκριμένα, τον Ιούνιο του 2015, ένα μέλος του υγειονομικού προσωπικού σκοτώθηκε από ένοπλες ομάδες στη περιοχή Marka ενώ 2 άλλα μέλη τραυματίστηκαν στη Μογκαντίσου.²⁰⁸

Επιπλέον, στη Συρία, οι επιθέσεις κατά του ιατρικού προσωπικού, των νοσοκομείων, και των μεταφορών έχει γίνει πλέον ένα «συνηθισμένο» γνώρισμα της Συριακής

²⁰⁴ Βλ. Leonard S. Rubenstein, Melanie D. Bittle, « Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict », in Health Policy, Vol.375, 23 January 2010, p.332-333

²⁰⁵ WHO, Situation Report on occupied Palestinian territory, 27 December 2015, p.3 διαθέσιμο σε : http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/WHO_Sitrep_on_oPt_health_attacks_1_2.2015_-_final.pdf?ua=1

²⁰⁶ Βλ. Human Rights Watch, Global Report, ο.π , p. 12

²⁰⁷ ICRC, News Release, 2 September 2015, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/en/document/yemen-two-icrc-staff-members-killed-attack> και ICRC, News Release, 30 September 2015, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/en/document/yemen-two-volunteers-international-red-cross-and-red-crescent-movement-killed-airstrike>

²⁰⁸ Βλ. Humanitarian Bulletin Somalia. May/June 2015, p. 3 διαθέσιμο σε : http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/150716_Somalia_Humanitarian_Bulletin_June_2_015.pdf

σύγκρουσης. Παρά, όμως, την απειλή που υφίστανται, οι γιατροί, οι νοσηλευτές και το παραϊατρικό προσωπικό συνεχίζουν να βρίσκονται εκεί, σε μια προσπάθεια να «κρατήσουν όρθιο» το σύστημα υγείας, το οποίο οι εμπόλεμοι φαίνεται να έχουν την πρόθεση να καταστρέψουν.²⁰⁹

ii) Οι υγειονομικές εγκαταστάσεις ως στόχοι επίθεσης κυρίως για απόκτηση στρατιωτικού πλεονεκτήματος (στρατηγικοί στόχοι)

Οι κυριότεροι τύποι παραβιάσεων κατά των υγειονομικών εγκαταστάσεων περιλαμβάνουν : την βομβιστική επίθεση, τον βομβαρδισμό, τον εμπρησμό, τις λεηλασίες, την ρίψη δακρυγόνων, τους πυροβολισμούς και την βίαιη είσοδο εντός αυτών, την βίαιη παρέμβαση στη λειτουργία τους με την στέρηση της ηλεκτρικής ενέργειας και του νερού αλλά και την κατάληψη των εγκαταστάσεων.²¹⁰

Σύμφωνα με την έκθεση Health in Danger από το 2012 έως το 2014, ο συνολικός αριθμός των καταγεγραμμένων περιστατικών κατά, εντός ή στην περίμετρο των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης ήταν 1222 συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας, των κλινικών, των σταθμών πρώτων βοηθειών, των φαρμακείων και κάθε άλλων εγκαταστάσεων που εμπλέκονται στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Από το συνολικό αριθμό των εγκαταστάσεων που δέχτηκαν επίθεση, τουλάχιστον οι 1.121 ήταν ανοιχτές και λειτουργούσαν κανονικά την ώρα του συμβάντος.²¹¹ Αναλυτικότερα, από τα 1.222 περιστατικά στις εγκαταστάσεις, οι 403 δέχτηκαν πυροβολισμούς, βομβαρδίστηκαν ή κάηκαν. Επιπλέον, 87 εγκαταστάσεις υπέστησαν άλλου τύπου επιθέσεις, όπως τη χρήση φυσικού αερίου εντός τους, πράξεις βανδαλισμού και επιδρομές, ενώ 55 έλαβαν άμεση ή έμμεση απειλή επίθεσης²¹². Τουλάχιστον 254 περιστατικά αφορούσαν τη χρήση εκρηκτικών ή / και τη διεξαγωγή βομβιστικών επιθέσεων εναντίον ή εντός της περιμέτρου των εγκαταστάσεων.

²⁰⁹ Βλ. Report of the Independent International Commission of Inquiry on the Syrian Arab Republic, A/HRC/31/68, ο.π, para.68

²¹⁰ Βλ. Health in Danger : Making the case, ο.π, p. 8

²¹¹ Βλ. Health in Danger 2012-2014, ο.π, p. 9

²¹² Οι δράστες απείλησαν να τους επιτεθούν ή να ενεργήσουν κατά τέτοιο τρόπο ώστε να θέσουν την εγκατάσταση σε σοβαρό κίνδυνο επίθεσης, όπως για παράδειγμα, να τοποθετήσουν ένα στρατιωτικό στόχο δίπλα στην υγειονομική εγκατάσταση.

Συνολικά, η ΔΕΕΣ κατέγραψε 200 επιθέσεις οι οποίες πραγματοποιήθηκαν από τις Κρατικές ένοπλες δυνάμεις. Αναφορικά με τις ένοπλες εισόδους στις υγειονομικές εγκαταστάσεις, καταγράφηκαν 522 περιστατικά από την ΔΕΕΣ. Πρόκειται για εισβολές ένοπλων δραστών σε μια υγειονομική εγκατάσταση με σκοπό την διατάραξη της λειτουργίας της εγκατάστασης ή/και την αποτροπή της περίθαλψης ή της πρόσβασης σε αυτήν. Τέτοιες πράξεις συχνά συνοδεύονται από συλλήψεις ή βία κατά του προσωπικού και των ασθενών, στο πλαίσιο των επιχειρήσεων έρευνας (search operations) κυρίως από τις ένοπλες δυνάμεις του Κράτους.²¹³

Σχετικά με την κατάληψη²¹⁴ των εγκαταστάσεων, υπήρξαν 222 περιστατικά, σε 114 από τα οποία οι δράστες έκαναν κατάληψη με την βία για να περιθάλλονται οι δικοί τους τραυματίες μαχητές. Επιπλέον, σημειώθηκαν και 60 περιπτώσεις κατάχρησης²¹⁵, στις οποίες οι εγκαταστάσεις χρησιμοποιήθηκαν είτε για καταφύγιο από ένα εμπόλεμο μέρος, είτε για τοποθέτηση όπλων για την εξαπόλυση επιθέσεων. Στην Υεμένη, για παράδειγμα, σύμφωνα με το Human Rights Watch (HRW), τον Απρίλιο του 2015, οι ένοπλες δυνάμεις του Houthi εισέβαλλαν στο νοσοκομείο Ibn Khaldun στην πόλη Lahej και ανάγκασαν τους γιατρούς να απενεργοποιήσουν τα εξωτερικά φώτα του νοσοκομείου ώστε να μπορέσουν να κρυφτούν κατά μήκος του νοσοκομείου.²¹⁶ Ακόμα, υπήρξαν 217 λεηλασίες ιατρικών προμηθειών και εξοπλισμού, από τις οποίες οι 111 διαπράχθηκαν από μη κρατικούς δρώντες.²¹⁷

Τέλος, μια από τις βασικότερες συνέπειες της βίας κατά και εντός της περιμέτρου των υγειονομικών εγκαταστάσεων είναι η ζημιά στις υποδομές, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια ιατρικών προμηθειών, εξοπλισμού, πληροφοριών, χρηματοοικονομικών εσόδων και βασικών υπηρεσιών κοινής ωφέλειας όπως το νερό και το ηλεκτρικό ρεύμα, που είναι απαραίτητα για την ομαλή λειτουργία των

²¹³ Βλ. Health in Danger 2012-2014, ο.π, p. 11-12

²¹⁴ Κατάληψη συμβαίνει όταν ένοπλοι δρώντες παίρνουν τον έλεγχο, συχνά με τη χρήση βίας, μιας υγειονομικής εγκατάστασης που προηγουμένως ήταν υπό τον έλεγχο ενός άλλου δρώντα.

²¹⁵ Κατάχρηση των εγκαταστάσεων αποτελεί οποιαδήποτε χρήση για άλλους σκοπούς εκτός από την αποκλειστική λειτουργία της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Χάνουν το καθεστώς προστασίας τους αν χρησιμοποιούνται για στρατιωτικούς σκοπούς, όπως η αποθήκευση όπλων ή η έναρξη επιθέσεων από αυτές. Επίσης και η παρουσία ένοπλων μαχητών (όχι τραυματισμένων) μέσα στις εγκαταστάσεις υπονομεύει το καθεστώς προστασίας.

²¹⁶ Βλ. Human Rights Watch, Global Report, ο.π, p. 15 και Βλ και Yemen: Fighting Damages Hospital,” Human Rights Watch press release, April 18, 2015 <https://www.hrw.org/news/2015/04/17/yemen-fighting-damages-hospital>

²¹⁷ Βλ. Health in Danger 2012-2014, ο.π, p. 13

εγκαταστάσεων. 375 εγκαταστάσεις καταστράφηκαν συνολικά, βάσει της έρευνας, ενώ σε 71 περιπτώσεις οι εγκαταστάσεις καταστράφηκαν ολοσχερώς.²¹⁸

Μια από τις πιο αποτρόπαιες επιθέσεις κατά υγειονομικής εγκατάστασης συνέβη στο Αφγανιστάν και συγκεκριμένα στη πόλη Kunduz. Στις 3 Οκτωβρίου του 2015, στρατιωτικές δυνάμεις των ΗΠΑ πραγματοποίησαν μια σειρά από αεροπορικές επιδρομές στο νοσοκομείο των Γιατρών χωρίς Σύνορα (MSF) στη Kunduz, στο πλαίσιο μιας ευρύτερης στρατιωτικής επιχείρησης τους για να ανακαταλάβουν την Kunduz από τις δυνάμεις των Taliban. Ως αποτέλεσμα της επίθεσης, 30 άμαχοι έχασαν την ζωή τους από τους οποίους, 13 ήταν μέλη του προσωπικού των MSF, 10 ήταν τραυματίες και ασθενείς και 7 ιδιώτες, των οποίων οι ταυτότητες δεν έχουν εξακριβωθεί. 37 άτομα τραυματίστηκαν, μεταξύ των οποίων 27 μέλη των MSF, ενώ η επίθεση κατέστρεψε, επιπλέον, το κεντρικό κτίριο του νοσοκομείου.²¹⁹

Σύμφωνα με μια δήλωση των MSF, η οποία εκδόθηκε στις 7 Οκτωβρίου, η αεροπορική επιδρομή συνεχίστηκε για 30 λεπτά μετά που οι MSF είχαν ενημερώσει τους αξιωματικούς των ΗΠΑ αλλά και του ΝΑΤΟ ότι το νοσοκομείο δεχόταν εναέρια επίθεση. Αντίστοιχα, ο Διοικητής των ενόπλων δυνάμεων των ΗΠΑ στο Αφγανιστάν παραδέχτηκε ότι είχαν πραγματοποιήσει την αεροπορική επιδρομή στο νοσοκομείο, αλλά επέμενε ότι *«η επίθεση έγινε κατά λάθος και ότι ποτέ δεν θα στόχευαν σκοπίμως μια προστατευμένη ιατρική εγκατάσταση»*. Ο ισχυρισμός αυτός απορρίφθηκε αμέσως από τους MSF, καθώς επέμεναν ότι στις 29 Σεπτέμβρη είχαν δώσει τελευταία φορά, στις στρατιωτικές και πολιτικές αρχές των ΗΠΑ και του Αφγανιστάν, τις ακριβείς συντεταγμένες του νοσοκομείου, συνεπώς και οι 2 δυνάμεις είχαν πλήρη επίγνωση της θέσης του νοσοκομείου.²²⁰

Δύο σενάρια που συζητήθηκαν αρκετά περιλαμβάνουν τη πιθανότητα οι ΗΠΑ να στόχευαν σκοπίμως το νοσοκομείο, το οποίο εκτελούσε μόνο ιατρικές υπηρεσίες ή οι ΗΠΑ σκόπευαν να βομβαρδίσουν μαχητές των Taliban, οι οποίοι πίστευαν ότι βρίσκονταν είτε μέσα στο νοσοκομείο ή κάπου κοντά σε αυτό. Τα σενάρια αυτά ενισχύονται από το γεγονός ότι Κυβερνητικοί αξιωματούχοι των ΗΠΑ ρωτούσαν, πριν από την επίθεση, αν υπήρχε παρουσία των Ταλιμπάν μέσα στο νοσοκομείο και

²¹⁸ Βλ. Health in Danger 2012-2014, ο.π, p. 14

²¹⁹ Βλ. UNAM in Afganistan & UN OHCHR, «Afghanistan, Human Rights and Protection of Civilians in Armed Conflicts», Special Report on Kunduz Province, December 2015, p. 7

²²⁰ Βλ. Special Report on Kunduz Province, ο.π, p. 8

ποιος ήταν ο αριθμός τους.²²¹ Οποιοδήποτε από τα 2 σενάρια και αν αληθεύουν, είναι γεγονός ότι οι ΗΠΑ παραβίασαν τους κανόνες του ΔΑΔ. Ωστόσο, ακόμα και αν οι ΗΠΑ επιτέθηκαν στο νοσοκομείο, με την υποψία της παρουσίας Taliban μέσα σε αυτό, θα έπρεπε να έχουν πάρει όλα τα αναγκαία μέτρα προκειμένου να αποφευχθούν ή να ελαχιστοποιηθούν οι απώλειες ζωών και ο τραυματισμός των αμάχων και να εξακολουθεί να ισχύει η αρχή της αναλογικότητας.²²²

Τέλος, στην Υεμένη, μέσα σε λιγότερο από 3 μήνες, οι ιατρικές εγκαταστάσεις των MSF έχουν δεχτεί επίθεση 4 φορές. Στις 26 Οκτωβρίου του 2015, μαχητικά αεροσκάφη από το συνασπισμό της Σαουδικής ηγεσίας επανειλημμένα βομβάρδισαν ένα νοσοκομείο στην περιοχή Haydan. Στη συνέχεια, στις 2 Δεκεμβρίου, μια κινητή κλινική των MSF χτυπήθηκε από αεροπορική επιδρομή στην περιοχή Taiz's Al Houban, τραυματίζοντας οκτώ άτομα, συμπεριλαμβανομένων δύο μέλη του προσωπικού των MSF. Στις 10 Ιανουαρίου, το νοσοκομείο, το οποίο υποστηριζόταν από τους MSF στη περιοχή Shiyara δέχθηκε επίθεση με αποτέλεσμα να σκοτωθούν 6 άνθρωποι και να τραυματιστούν άλλοι 7, οι περισσότεροι από τους οποίους ήταν υγειονομικό προσωπικό και ασθενείς. Ενώ στο τέλος του ίδιου μήνα, ένα ασθενοφόρο των MSF χτυπήθηκε, με αποτέλεσμα ο οδηγός του να σκοτωθεί.²²³

Τέλος, θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι οι αιτίες²²⁴ των επιθέσεων στις υγειονομικές εγκαταστάσεις κατά τη διάρκεια των ένοπλων συρράξεων και των εσωτερικών διαταραχών τείνουν να εμπίπτουν σε τρεις κύριες κατηγορίες.

- Η πρώτη, και ίσως η σημαντικότερη, είναι η εσκεμμένη στόχευση τέτοιων τοποθεσιών για την απόκτηση στρατιωτικού πλεονεκτήματος, (στρατηγικός στόχος) στερώντας από τους αντιπάλους την ιατρική βοήθεια που έχουν ανάγκη. Έτσι, διαφαίνεται ότι η βία είναι πλέον στοχευμένη για να επιφέρει το αίσθημα της ανασφάλειας και του φόβου αλλά κυρίως για να περάσει το μήνυμα της ανδρείας των μη κρατικών δρώντων και ταυτόχρονα της

²²¹ Βλ. Public Release of "Initial MSF internal review", διαθέσιμο σε :

http://kunduz.msf.org/pdf/20151030_kunduz_review_EN.pdf

²²² Βλ. IntLaw Grrls, article on : «Strike at Kunduz: Did the United States Violate International Humanitarian Law?» διαθέσιμο σε : <https://ilg2.org/2015/10/08/strike-at-kunduz-did-the-united-states-violate-international-humanitarian-law/>

²²³ Βλ. MSF's article, 23 January 2016, διαθέσιμο σε : <http://www.msf.org/article/yemen-health-facilities-under-attack-msf-wants-answers>

²²⁴ Για αιτίες Βλ. Health in Danger : Making the case, ο.π, p. 8-9

ανικανότητας των αντιπάλων να προστατεύσουν τους δικούς τους τραυματίες και ασθενείς. Για παράδειγμα, το ISIS έχει διαπράξει πολλαπλές βομβιστικές επιθέσεις σε ιατρικά κέντρα σε περιοχές που καταλήφθηκαν πρόσφατα από τις ένοπλες δυνάμεις των Κούρδων της Συρίας (YPG)²²⁵.

Επίσης, μερικές επιθέσεις μπορεί να έχουν ως στόχο να τρομοκρατήσουν ένα τοπικό πληθυσμό, στοχεύοντας μια εγκατάσταση, η οποία χαίρει προστασίας, βάσει Δικαίου. Ενίοτε, έχουν γίνει επιθέσεις με σκοπό την διάσωση τραυματισμένων μαχητών, οι οποίοι βρίσκονται υπό κράτηση, ενώ υπόκεινται σε ιατρική θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο. Η επίθεση στο νοσοκομείο Jinnah στο Πακιστάν, τον Ιούνιο του 2010, είχε στόχο να ελευθερώσει ένα τραυματία μαχητή, ο οποίος είχε συλληφθεί μετά από βομβιστική επίθεση σε τζαμί, που είχε ως αποτέλεσμα τον θάνατο 80 ατόμων. Τρεις ένοπλοι ντυμένοι ως αστυνομικοί εισέβαλαν στο νοσοκομείο και άνοιξαν πυρ αδιακρίτως, σκοτώνοντας το ιατρικό προσωπικό, τους επισκέπτες και τους φρουρούς ασφαλείας.

- Το δεύτερο είδος επίθεσης είναι ο ακούσιος βομβαρδισμός – «παράπλευρες απώλειες» που στοχεύει σε ένα στρατιωτικό στόχο. Αυτό συμβαίνει πιο συχνά, όταν οι στρατιωτικές επιχειρήσεις διεξάγονται σε πυκνοκατοικημένες, αστικές περιοχές. Εκείνοι που επιτίθενται, υποτίθεται ότι παίρνουν όλα τα δυνατά μέτρα για να διακρίνουν μεταξύ στρατιωτικών και πολιτικών στόχων. Είναι γεγονός, όμως, ότι ο κίνδυνος για τις υγειονομικές εγκαταστάσεις αυξάνεται αναλόγως με την εγγύτητά τους στις στρατιωτικές εγκαταστάσεις.

226

- Η τρίτη και ίσως πιο κοινή μορφή της βίας εναντίον των εγκαταστάσεων είναι, όπως προαναφέρθηκε, η λεηλασία των προμηθειών και του ιατρικού εξοπλισμού. Θεωρητικά, το κίνητρο των δραστών θα μπορούσε να είναι η απόκτηση των ιατρικών προμηθειών για την περίθαλψη των δικών τους τραυματιών μαχητών που φοβούνται να πάνε στο νοσοκομείο. Στην Ουκρανία, για παράδειγμα, αντάρτες κατέλαβαν το Νοσοκομείο Kalinina στο Donetsk και το Νοσοκομείο Lenina City στο Sloviansk για τη θεραπεία

²²⁵ Βλ. Report of the Independent International Commission of Inquiry on the Syrian Arab Republic, A/HRC/31/68, ο.π, para.60, 62

²²⁶ Για αιτίες Βλ. Health in Danger : Making the case, ο.π, p. 8

τραυματισμένων μαχητών ανταρτών. Επιπλέον, στο Lenina City οι αντάρτες έκλεψαν και κατέστρεψαν χειρουργικό εξοπλισμό και τα αρχεία των ασθενών. Αντίστοιχα, στην Νιγηρία, τα νοσοκομεία, οι κλινικές και τα φαρμακεία, στο βορειοανατολικό τμήμα της, έχουν υποστεί ένοπλες ληστείες και λεηλασίες, ιδιαίτερα εκείνα των Χριστιανών ιδιοκτητών.²²⁷

iii) Οι υγειονομικές μεταφορές ως στόχοι επίθεσης στο πλαίσιο μιας στρατηγικής τακτικής (follow up attacks)

Το τελευταίο παράδειγμα βίας κατά της υγειονομικής περίθαλψης αφορά στις επιθέσεις κατά των ιατρικών μεταφορών. Ο όρος υγειονομικές μεταφορές δεν περιλαμβάνει μόνο τα ασθενοφόρα, αλλά και όλα τα οχήματα που χρησιμοποιούνται για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, όπως τα ιδιωτικά αυτοκίνητα που χρησιμοποιούνται για τη μεταφορά των τραυματιών και των ασθενών, των ιατρικών προμηθειών αλλά και τη μεταφορά του υγειονομικού προσωπικού στο χώρο εργασίας του.

Γενικά, υπάρχουν ομοιότητες στους τύπους των επιθέσεων κατά του προσωπικού, των εγκαταστάσεων και των μεταφορών. Για παράδειγμα, οι πράξεις βίας κατά των μεταφορών περιλαμβάνουν επιθέσεις κατά αυτών με πυροβολισμούς, με βομβαρδισμούς, εμπρησμούς, κλοπές και καταχρήσεις τους. Παρ' όλα αυτά, ο αριθμός των επιθέσεων σε ιατρικά οχήματα και η πολύ συχνή κατάχρησή τους για να ξεγελάσουν τον εχθρό, δικαιολογούν την καταγραφή των περιστατικών βίας εναντίον τους, σαν μια ξεχωριστή κατηγορία.²²⁸

Σύμφωνα με την έκθεση Health in Danger από το 2012 έως το 2014, στα καταγεγραμμένα περιστατικά στο δρόμο από και προς τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, στα σημεία ελέγχου και σε δημόσιους χώρους, 543 ιατρικές μεταφορές επλήγησαν ενώ μετακινούνταν από ή προς τις υγειονομικές εγκαταστάσεις, στα σημεία ελέγχου ή σε δημόσιους χώρους, 426 εκ τις οποίες, ήταν ασθενοφόρα. 195 ιατρικές μεταφορές δέχθηκαν επίθεση, σε 136 τους αρνήθηκαν ή καθυστέρησαν την πρόσβαση στα σημεία ελέγχου, ενώ 112 οχήματα

²²⁷ Βλ. Human Rights Watch, Global Report, ο.π , p. 12, 14

²²⁸ Βλ. Health in Danger : Making the case, ο.π, p. 18

παρεμποδίστηκαν λόγω διαδηλώσεων. Τέλος, σε 130 οχήματα προκλήθηκαν ζημιές, 103 εκ των οποίων ήταν ασθενοφόρα.²²⁹

Τα ασθενοφόρα δέχονται επίθεση για διάφορους λόγους, βάσει της έκθεσης της ΔΕΕΣ, « *Ambulance and pre-hospital services in risk situations*», μερικοί από τους οποίους κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν.

Για παράδειγμα, σκοπός της επίθεσης σ ένα ασθενοφόρο είναι να σκοτωθεί το υγειονομικό προσωπικό ή οι τραυματίες μέσα σε αυτό, οι οποίοι θεωρούνται κατάσκοποι ή επειδή είναι από άλλο μέρος της χώρας, από άλλη χώρα ή από διαφορετική εθνοτική ομάδα.

Άλλες φορές, δέχονται επίθεση από άτομα του γενικού πληθυσμού που είναι δυσαρεστημένα με τις υπηρεσίες που παρέχονται ή επειδή αντιλαμβάνονται ότι η κατάσταση του άρρωστου είναι κρίσιμη και αντιδρούν βίαια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να απειλούν τα άτομα που παρέχουν πρώτες βοήθειες και να έχουν την απαίτηση, στον τόπο του συμβάντος, να δώσουν προτεραιότητα στους δικούς τους συγγενείς, με έναν τρόπο που δεν συνάδει με τις ιατρικές διαδικασίες. Ακριβώς επειδή το ασθενοφόρο θεωρείται συχνά ως σύμβολο της άμεσης και αποτελεσματικής βοήθειας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, οι άνθρωποι γίνονται απαιτητικοί όταν υπάρχει οποιαδήποτε καθυστέρηση, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει επιθετική συμπεριφορά εναντίον της ομάδας του ασθενοφόρου όταν φτάσουν στο τόπο του συμβάντος.²³⁰

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι τα ασθενοφόρα, όλο και περισσότερο, δέχονται επιθέσεις στο πλαίσιο των « follow-up attacks» Αυτό το φαινόμενο αποτελεί μια ιδιαίτερα ανησυχητική εξέλιξη, διότι δείχνει ότι οι επιθέσεις στα ασθενοφόρα και στο υγειονομικό προσωπικό είναι μέρος μιας στρατηγικής και όχι παράπλευρες απώλειες, όπως ήταν παλαιότερα. Ως συνέπεια, οι επιθέσεις αυτές δημιουργούν μια ιδιαίτερα δύσκολη πρόκληση, καθώς τα εφικτά μέτρα για την αντιμετώπισή τους περιλαμβάνουν την καθυστέρηση της εκκένωσης και της περίθαλψης των

²²⁹ Βλ. Health in Danger 2012-2014, ο.π, p. 17

²³⁰ Βλ. ICRC, «Ambulance and pre-hospital services in risk situations», Geneva, November 2013, p.16, διαθέσιμο σε: <https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4173.pdf>

τραυματιών, μέχρι η εν λόγω περιοχή να θεωρείται απόλυτα ασφαλής, με πιθανές ολέθριες συνέπειες για τους τραυματίες.²³¹

Στο Νότιο Σουδάν, σύμφωνα με την έκθεση των MSF «Medical Care under Fire», από τον Δεκέμβρη του 13 έως τον Ιούνιο του 2014, καταγράφηκαν 17 περιπτώσεις υγειονομικών οχημάτων, τα οποία καταστράφηκαν ή εκλάπησαν. « ...Όταν χάσαμε τα οχήματα, ξεκινήσαμε να μεταφέρουμε τους ασθενείς σε κουβέρτες. Χρειάζονται 4 άνθρωποι για να μεταφέρουν έναν ασθενή, με αυτόν τον τρόπο. Όταν κουραζόμαστε, σταματούσαμε και μετά ξεκινούσαμε πάλι. Δεν υπήρχε δρόμος, μόνο θάμνοι...»²³²

Αντίστοιχα, στην Ουκρανία, δυνάμεις ανταρτών επιχείρησαν επανειλημμένα να καταλάβουν ασθενοφόρα στο Slovyansk και όταν οι Ουκρανικές δυνάμεις ανακατέλαβαν το Sloviansk ,οι αντάρτες χρησιμοποίησαν τέσσερα ασθενοφόρα για να φύγουν από την πόλη. Σύμφωνα με τα στοιχεία που συνέλεξε ο WHO από την Παλαιστινιακή Ερυθρά Ημισέληνο, ο μεγάλος αριθμός των βίαιων επεισοδίων στα παλαιστινιακά κατεχόμενα εδάφη επηρεάζουν την ικανότητά της να λειτουργεί στη Δυτική Όχθη και τη Γάζα, καθώς εκτός από το παραϊατρικό προσωπικό που έχει τραυματιστεί, 91 ασθενοφόρα έχουν υποστεί ζημιές και άλλα 91 ασθενοφόρα καθυστερούνται αρκετά από το να φτάσουν στο προορισμό τους από δυνάμεις

ασφαλείας.²³³ Επίσης, στην Υεμένη, η ΔΕΕΣ καταδίκασε την επίθεση σε ένα ασθενοφόρο της Ερυθράς Ημισελήνου της Υεμένης στην πόλη Taiz, τον Ιούλιο του 2015, η οποία είχε ως συνέπεια τον θάνατο 2 ατόμων.²³⁴

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν περιπτώσεις καταχρήσεων των οχημάτων, οι οποίες όμως δεν έχουν σκοπό να προκαλέσουν ζημιά σε αυτά. Για παράδειγμα, στο Νεπάλ, οι οδηγοί των ασθενοφόρων διαμαρτύρονταν γιατί οι πολιτικοί χρησιμοποιούσαν ασθενοφόρα ως «ιδιωτική υπηρεσία ταξί» ή χρησιμοποιούνταν γενικά από άλλους για να μην ταλαιπωρούνται από τα οδοφράγματα κατά τη διάρκεια γενικών απεργιών, οι οποίες παρέλυαν τη χώρα.²³⁵

²³¹ Βλ. ICRC, «Ambulance and pre-hospital services in risk situations», ο.π, p. 16

²³² Βλ. Médecins Sans Frontieres, South Sudan Conflict: Violence against Healthcare, Medical Care Under Fire, 2014, p.22

²³³ Βλ. WHO, Situation Report on occupied Palestinian territory, ο.π, p. 2

²³⁴ Βλ. ICRC, News Release, 28 July 2015, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/en/document/yemen-international-red-cross-and-red-crescent-movement-condemns-shooting-ambulance-taiz>

²³⁵ Βλ. Health in Danger : Making the case, ο.π, p. 18

Π. Ο πόλεμος κατά της τρομοκρατίας (αντιτρομοκρατικές κρατικές πολιτικές) ως βασική αιτία του κατακερματισμού της προστασίας της υγειονομικής περίθαλψης.

Η παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας και προστασίας στις ευάλωτες ομάδες, στις ένοπλες συρράξεις, είχε ανέκαθεν ένα στοιχείο επικινδυνότητας για το προσωπικό των ανθρωπιστικών οργανώσεων. Παρ όλα αυτά, σήμερα οι απειλές που δέχεται το υγειονομικό προσωπικό και οι προκλήσεις στο πεδίο είναι τελείως διαφορετικές. Το καινούργιο στοιχείο αφορά στην παγκοσμιότητα της απειλής και αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι συγκρούσεις, σήμερα να είναι περισσότερο πολύπλοκες από ποτέ. Πιο συγκεκριμένα, το μεγάλο «κύμα» της τρομοκρατίας που αναδύθηκε μετά την 11^η Σεπτεμβρίου, προκάλεσε την εν λόγω πολυπλοκότητα και την ανάπτυξη μιας πληθώρας ανθρωπιστικών δρώντων που δεν θυμίζουν και πολύ στις ανθρωπιστικές οργανώσεις του 19^{ου} αιώνα και τις αρχές τους.

Ειδικά, το τελευταίο τέταρτο του αιώνα, οι τρομοκράτες και άλλοι μη κρατικοί δρώντες έχουν τον αποτελεσματικό έλεγχο²³⁶ άρα και τη πρόσβαση στον άμαχο πληθυσμό σε αρκετές ένοπλες συρράξεις, όπως στο Αφγανιστάν, την Κολομβία, τη Γάζα, το Ιράκ, το Λίβανο, το Μάλι, το Νεπάλ, Νιγηρία, Πακιστάν, Περού, τις Φιλιππίνες, τη Σομαλία, τη Συρία και την Υεμένη. Ο αριθμός και οι επιπτώσεις των τρομοκρατικών επιθέσεων φέρεται να αυξάνονται σε όλο τον κόσμο. Αυτό έχει ως συνέπεια τα κράτη να προσδιορίζουν/κατονομάζουν όλο και περισσότερο τις οργανωμένες ένοπλες ομάδες ως τρομοκράτες.

Ως αποτέλεσμα, η σύγχυση πολιτικο-στρατιωτικών μέσα από το συνδυασμό της ανθρωπιστικής αντιμετώπισης και των επιχειρήσεων σε βάρος των τρομοκρατικών ομάδων ή των ανταρτών στο βωμό του πολέμου κατά της τρομοκρατίας,²³⁷ απειλεί να διαβρώσει κάποιες από τις πιο θεμελιώδεις αρχές του Διεθνούς Ανθρωπιστικού Δικαίου: την περίθαλψη τραυματιών και ασθενών μαχητών και αμάχων και την

²³⁶ Το μήνυμα αυτών των τρομοκρατικών ομάδων είναι η μισαλλοδοξία: θρησκευτική, πολιτιστική και κοινωνική, με δραστικές συνέπειες σε πολλές χώρες στο κόσμο. Με τον αποτελεσματικό έλεγχο των εδαφών και τη χρήση κοινωνικών μέσων δικτύωσης (live streaming των ειδεχθών εγκλημάτων τους) επιδιώκουν να προκαλέσουν κοινωνικές αξίες ειρήνης, δικαιοσύνης και ανθρώπινης αξιοπρέπειας αλλά και να στρατολογήσουν εθελοντές. Βασικό χαρακτηριστικό τους είναι ότι πρόκειται για οντότητες που δεν επιθυμούν να γίνουν Κράτη. Βλ. Διάλεξη Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα « Η νέα αντιμετώπιση των διασυνοριακών τρομοκρατικών ομάδων από το ΣΑ/ΗΕ» διαθέσιμο σε : <http://www.blod.gr/lectures/Pages/viewlecture.aspx?LectureID=2745>

²³⁷ Βλ. Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα, «Περί του Ανθρωπιστικού Χώρου στον 21^ο αιώνα...» ό, π, σελ 37 και 271

παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας. Οι θεμελιώδεις αυτές ανθρωπιστικές αρχές πλήττονται λόγω των αυξανόμενων επιθέσεων, οι οποίες προκύπτουν ως αντίδραση στις τρομοκρατικές απειλές, σε βάρος των αμάχων και ως εκ τούτου και του υγειονομικού προσωπικού. Πιο συγκεκριμένα, στη Τσετσενία, το Κόσσοβο και την Συρία, το υγειονομικό προσωπικό έχει απειληθεί, συλληφθεί ή σκοτωθεί γιατί τηρούσαν την ηθική υποχρέωσή τους να παρέχουν αμερόληπτη φροντίδα, ανεξάρτητα από τις πολιτικές πεποιθήσεις του ασθενούς²³⁸.

Ως εκ τούτου, οι επιθέσεις που στοχεύουν σε υγειονομικές εγκαταστάσεις σε περιοχές ελεγχόμενες από τρομοκράτες, η χρήση του υγειονομικού προσωπικού στην καταχρηστική μεταχείριση των υποτιθέμενων τρομοκρατών και η άρνηση της υγειονομικής περίθαλψης σε πληθυσμούς που βρίσκονται υπό τον έλεγχο τρομοκρατικών ομάδων έχουν ευρέως καταδικαστεί. Με λίγα λόγια, οι πολιτικές των κρατών για την καταπολέμηση της τρομοκρατίας αντιβαίνουν πολλάκις με τους κανόνες του ΔΑΔ και ταυτόχρονα εκθέτουν τις εγγενείς αδυναμίες του.²³⁹

Σε γενικές γραμμές, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι είναι θεμιτό να λαμβάνονται από τα Κράτη ενισχυμένα μέτρα καταπολέμησης της τρομοκρατίας για την διασφάλιση της ασφάλειας τους. Παράλληλα, όμως, είναι απαραίτητο να διατηρηθούν οι εγγυήσεις που προστατεύουν την ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια, όπως προβλέπονται από το ΔΑΔ και το ΔΔΑΔ. Ως συνέπεια, των αυξανόμενων αντιτρομοκρατικών μέτρων, η διαχωριστική γραμμή μεταξύ ένοπλων συρράξεων και τρομοκρατίας έχει αρχίσει να «θολώνει» αισθητά, τα τελευταία χρόνια.

Η έλλειψη ενός κοινά αποδεκτού ορισμού της τρομοκρατίας καθιστά δύσκολο το εγχείρημα για τα κράτη να μπορέσουν να ποσοτικοποιήσουν τις τρομοκρατικές επιθέσεις. Δεκαπέντε χρόνια μετά τις επιθέσεις της 11^η Σεπτεμβρίου, οι επιστήμονες, οι κρατικοί αξιωματούχοι και οι φορείς της κοινωνίας των πολιτών συνεχίζουν να διαφωνούν σχετικά με μια σωρεία ζητημάτων νομικής, πολιτικής και στρατηγικής φύσης που αφορούν στη διάδραση των ενόπλων συρράξεων και της τρομοκρατίας. Εντούτοις, ένα βασικό ερώτημα που προκύπτει είναι κατά πόσον ορισμένες πράξεις της τρομοκρατίας μπορούν να δημιουργήσουν ή να αποτελούν μέρος μιας ένοπλης

²³⁸ Βλ. Katherine H.A Footer and Leonard S. Rubenstein, « A human rights approach to health care in conflict» in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate: Law, policy, action, Violence against health care, Part I : The problem and the Law, Vol. 95 Number 889, Geneva, 2013, p.176

²³⁹Βλ. Dustin A. Lewis, Naz K. Modirzadeh, and Gabriella Blum, ο.π, σελ.2

σύρραξης; Παράλληλα θα πρέπει να επισημανθεί ότι το ΔΑΔ δεν αναγνωρίζει ρητώς το καθεστώς της τρομοκρατίας: «δεν υπάρχει κανένα ειδικό νομικό καθεστώς για τους «τρομοκράτες», ούτε κανένα κενό που να τους αποκλείει στο ΔΑΔ»²⁴⁰

Από νομικής άποψης, στις ένοπλες συρράξεις, ορισμένες πράξεις βίας θεωρούνται νόμιμες, όπως οι επιθέσεις σε στρατιωτικούς στόχους ή σε άτομα που δεν δικαιούνται προστασίας, και άλλες παράνομες, όπως οι επιθέσεις κατά αμάχων, ενώ κάθε πράξη βίας που χαρακτηρίζεται ως «τρομοκρατική» είναι πάντα παράνομη. Συνεπώς, οι πράξεις βίας που απευθύνονται σε αυτούς τους στόχους δεν απαγορεύονται στο ΔΑΔ, ανεξάρτητα από το αν αυτές προκλήθηκαν από ένα κράτος ή από μία μη κρατική ένοπλη ομάδα, καθώς ο απώτερος στόχος σε μια ένοπλη σύρραξη είναι η υπερίσχυση έναντι του εχθρού. Αντίστοιχα, στους κανόνες που διέπουν τις πράξεις της τρομοκρατίας, δεν υπάρχει τέτοια διαφοροποίηση. Το καθοριστικό χαρακτηριστικό των πράξεων που θεωρούνται «τρομοκρατικές», είτε βάσει του Εθνικού ή Διεθνούς Δικαίου είναι ότι πάντα επιδιώκεται να τιμωρούνται με ποινική δίωξη.²⁴¹

Θα πρέπει, λοιπόν, να καταστεί σαφές ότι οι πράξεις που δεν θεωρούνται παράνομες από το ΔΑΔ, δεν πρέπει να φέρουν τον χαρακτηρισμό «τρομοκρατικές», καθώς οι επιθέσεις κατά των νόμιμων στόχων αποτελούν την πεμπτουσία της ένοπλης σύρραξης. Εξάλλου, ο εν λόγω χαρακτηρισμός θα σήμαινε ότι οι πράξεις αυτές πρέπει να υπόκεινται σε ποινικοποίηση, γεγονός που θα προκαλούσε αντικρουόμενες υποχρεώσεις στα Κράτη σε διεθνές επίπεδο. Ταυτόχρονα, η πρακτική αυτή θα ήταν αντίθετη με την πραγματικότητα των ένοπλων συγκρούσεων και τη λογική του ΔΑΔ.

Παράλληλα, πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι ο ορισμός των νόμιμων πράξεων (βάσει ΔΑΔ) ως «τρομοκρατικές» μπορεί να αποθαρρύνει τις μη κρατικές ένοπλες ομάδες από το να συμμορφωθούν με τις επιταγές του ΔΑΔ στις εμφύλιες συρράξεις. Κάθε κίνητρο που μπορεί να έχουν να πολεμήσουν, σύμφωνα με το ΔΑΔ, είναι πιθανό να διαβρωθεί αν, ανεξάρτητα από τις προσπάθειες που μπορεί να καταβάλλουν για να συμμορφωθούν με αυτό, όλες οι δράσεις τους, θεωρούνται παράνομες.²⁴²

Όλα τα ανωτέρω δεν σημαίνουν ότι δεν μπορεί να δημιουργηθεί κάποια επικάλυψη μεταξύ των νομικών καθεστώτων που διέπουν ΔΑΔ και τη τρομοκρατία. Το ΔΑΔ

²⁴⁰ Βλ. Dustin A. Lewis, Naz K. Modirzadeh, and Gabriella Blum, ο.π. σελ. 32

²⁴¹ Βλ. ICRC, Report of 32nd International Conference of the Red Cross and Red Crescent, ο.π, p. 17

²⁴² ICRC, Report of 32nd International Conference of the Red Cross and Red Crescent, ο.π, p. 18

απαγορεύει είτε συγκεκριμένες τρομοκρατικές πράξεις που διαπράχθηκαν σε ένοπλες συγκρούσεις είτε μια σειρά από άλλες πράξεις βίας, όταν διαπράττονται εναντίον αμάχων ή πολιτικών στόχων, ως εγκλήματα πολέμου. Αν τα Κράτη αποφασίσουν να ορίσουν, επιπλέον, αυτές τις πράξεις ως «τρομοκρατικές» βάσει του Διεθνούς ή Εθνικού δικαίου, αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα τη διπλή ποινικοποίηση τους.²⁴³

ι) Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης από το υγειονομικό προσωπικό στους τρομοκράτες ως παράνομη ενέργεια

Ο νομικός χαρακτηρισμός ενός ατόμου ως τρομοκράτη περιλαμβάνει, όλο και περισσότερο, όχι μόνο εκείνους που διεξάγουν τρομοκρατικές ενέργειες, αλλά και εκείνους που παρέχουν άμεση ή έμμεση στήριξη στους δράστες. Για την αντιμετώπιση αυτών των διαφορετικών απειλών, τα κράτη λαμβάνουν συγκεκριμένα μέτρα, όπως είναι η ενίσχυση των νομικών πλαισίων τόσο σε Εθνικό όσο και σε Διεθνές επίπεδο, η δημιουργία μηχανισμών συνεργασίας μεταξύ τους και η εφαρμογή συστημάτων επιτήρησης.

Επιπλέον, έχει έρθει στο προσκήνιο το γενικότερο ζήτημα της ιατρικής περίθαλψης σε ένοπλες συγκρούσεις, αλλά και της νομικής προστασίας που «δικαιούνται» εκείνοι που παρέχουν την εν λόγω περίθαλψη σε τρομοκράτες.

Σήμερα, στα πλαίσια της εφαρμογής των αποφάσεων²⁴⁴ του ΣΑ²⁴⁵ από τα Κράτη φαίνεται να έχουν απορριφθεί δύο από τις βασικές διατάξεις του ΔΑΔ για την προστασία της υγειονομικής περίθαλψης²⁴⁶ :

²⁴³ ICRC, Report of 32nd International Conference of the Red Cross and Red Crescent «International Humanitarian Law and the challenges of contemporary armed conflicts», Geneva October 2015, p. 17-18

²⁴⁴ Στο προοίμιο της πιο πρόσφατης απόφασης του ΣΑ 2253/2015 αναφορικά με την καταπολέμηση της τρομοκρατίας, επιβεβαιώνεται ότι η τρομοκρατία σε όλες τις μορφές και εκφάνσεις της αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές απειλές για την ειρήνη και την ασφάλεια και ότι, οποιαδήποτε τρομοκρατική πράξη είναι εγκληματική και αδικαιολόγητη, ανεξάρτητα από τα κίνητρά της. Επιπλέον, το Συμβούλιο αναγνωρίζει την ανάγκη των κρατών μελών να εμποδίσουν την κατάχρηση που υφίστανται οι ΜΚΟ από και για τους τρομοκράτες και καλεί τις ΜΚΟ να προλαμβάνουν και να αντιταχθούν σε αυτού του είδους τις καταχρήσεις.

²⁴⁵ Το ΣΑ βρίσκεται στη κορυφή του Διεθνούς Αντιτρομοκρατικού συστήματος, καθώς σηματοδοτεί μια αυξανόμενη παγκόσμια προσπάθεια για την τυποποίηση της καταπολέμησης της τρομοκρατίας. Από το 1999, το ΣΑ έχει υιοθετήσει μια σωρεία αντιτρομοκρατικών αποφάσεων. Μέσω αυτών, τα κράτη είναι υποχρεωμένα να επιβάλλουν «έξυπνες» στοχευμένες κυρώσεις, πλέον, κατά εκατοντάδων ατόμων και ομάδων, καθώς επίσης, οφείλουν να παίρνουν μέτρα για την καταστολή και την πρόληψη της τρομοκρατίας γενικότερα. Βλ. SC RES 1373/2001, 1267/1999, 1988/2011, 1989/2011, 2161/2014, 2178/2014, 2253/2015

²⁴⁶ Βλ. Dustin A. Lewis, Naz K. Modirzadeh, and Gabriella Blum, ο.π. σελ. 4-5

Πρώτον, οι πολιτικές των κρατών για την καταπολέμηση της τρομοκρατίας δοκιμάζουν το ισχύον νομικό πλαίσιο του ΔΑΔ για την προστασία της ιατρικής περίθαλψης, θεωρώντας τη παράνομη στο βαθμό που αυτή παρέχεται σε τρομοκράτες. Εάν κάποιος παρέχει ιατρική περίθαλψη ή ιατρικές προμήθειες σε άτομα, ομάδες ή οντότητες που σχετίζονται με την Al Qaeda, «διακινδυνεύει» να εισαχθεί στη Λίστα των Κυρώσεων του Συμβουλίου, στο βαθμό που η ιατρική περίθαλψη αποτελεί «στήριξη με οποιοδήποτε τρόπο» (*otherwise supporting acts or activities*)²⁴⁷ στην AL Qaeda ή τους συνεργάτες της.

Σε αυτό το σημείο, πρέπει να επισημανθεί ότι, παρά τη γενική αυτή πρακτική των κρατών, σε καμία από τις προαναφερθείσες (και όχι μόνο) αποφάσεις του Συμβουλίου, αναφορικά με την καταπολέμηση της τρομοκρατίας, δεν αναφέρεται ρητά ως παράνομη ενέργεια, συγκεκριμένα, η παροχή ιατρικής περίθαλψης σε τρομοκράτες.

Ωστόσο, είναι γεγονός ότι το ερώτημα, εάν ένας τρομοκράτης έχει δικαίωμα στην ιατρική περίθαλψη, αν και σε μεγάλο βαθμό θεωρητικό, έχει δημιουργήσει σημαντική συζήτηση με σχεδόν ομόφωνο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει καμία ηθική βάση να του αρνηθεί κάποιος την θεραπεία. Παράλληλα, έχει δοθεί ελάχιστη προσοχή, είτε από ηθική είτε από νομική άποψη, για το αν το υγειονομικό προσωπικό μπορεί να τιμωρηθεί για την παροχή ιατρικής περίθαλψης, είτε σε τρομοκράτες είτε υπό την αιγίδα μιας τρομοκρατικής οργάνωσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι συλλήψεις και οι διώξεις του υγειονομικού προσωπικού λόγω περίθαλψης ενός υποτιθέμενου τρομοκράτη να μην είναι καθόλου ασυνήθιστες.²⁴⁸

Την δεκαετία του 1990, στο Περού και στη Σερβία, συνελήφθησαν και διώχθηκαν γιατροί επειδή παρείχαν ιατρική περίθαλψη σε άτομα, τα οποία είχαν χαρακτηριστεί από την Κυβέρνηση ως τρομοκράτες. Το 2012, στη Συρία, θεσπίστηκε ένας αντιτρομοκρατικός νόμος, ο οποίος ποινικοποιούσε όλη την ιατρική περίθαλψη που παρεχόταν στην αντιπολίτευση, με αποτέλεσμα να συλληφθούν εκατοντάδες μέλη του υγειονομικού προσωπικού των οργανώσεων.²⁴⁹

²⁴⁷ Βλ για παράδειγμα SC RES 1617(2005) para 2,3 , SC RES 2161(2014) para 2 (c) , 4 και SC RES 2178(2014) para 7, 20.

²⁴⁸ Βλ. Leonard S Rubenstein, «Punishing Health Care providers for treating terrorists» Hastings Center Report 45, No. 4, p. 13

²⁴⁹ Βλ. Leonard S Rubenstein, «Punishing Health Care providers for treating terrorists», ο.π, p.13

Η εκτελεστική εξουσία των ΗΠΑ, με την υποστήριξη από τα δικαστήρια, έχει αποδεχτεί την άποψη ότι η κυβέρνηση έχει διευρυμένες εξουσίες σχετικά με την τιμωρία της «υλικής υποστήριξης»(material support) της τρομοκρατίας. Σε μια υπόθεση χορήγησης ασύλου²⁵⁰ σε έναν επαγγελματία στο τομέα της υγείας, ο οποίος αναγκάστηκε να παρέχει περίθαλψη σε Μαιϊστές αντάρτες στο Νεπάλ, το Διοικητικό Συμβούλιο της Μετανάστευσης Προσφύγων του Υπουργείου Δικαιοσύνης έκρινε ότι η ιατρική περίθαλψη αποτελούσε μορφή υλικής υποστήριξης στη τρομοκρατία. Συγκεκριμένα, το Διοικητικό Συμβούλιο δήλωσε ότι οι ενέργειες των επαγγελματιών υγείας «που έχουν ως αποτέλεσμα να σώσουν τις ζωές των μαιϊστών ανταρτών, προάγουν σαφώς την ικανότητα των μαιϊστών να συνεχίσουν τις τρομοκρατικές δραστηριότητες τους». Το σκεπτικό φαίνεται να είναι ότι οι παρεμβάσεις της υγειονομικής περίθαλψης επιτρέπουν στους τρομοκράτες να ανακάμψουν από τις πληγές ή την ασθένεια, έτσι ώστε να μπορούν να συμμετέχουν σε βίαιες ενέργειες που απειλούν το έθνος.

Ως επακόλουθο, οι αντιδράσεις αυτές αντιβαίνουν στην «κυρίαρχη ιδέα» της Πρώτης Σύμβασης της Γενεύης του 1949, σύμφωνα με την οποία « η ιατρική περίθαλψη , ακόμα και όταν παρέχεται στους εχθρούς, είναι πάντα νόμιμη και δεν συνιστά εχθρική πράξη. Η προστασία του ιατρικού προσωπικού θεωρείται ότι είναι πάνω από την σύγκρουση».²⁵¹

Στην έκθεσή της το 2011, η ΔΕΕΣ εξέφρασε την ανάγκη για μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση από τα Κράτη στην εναρμόνιση των πολιτικών και νομικών τους υποχρεώσεων, τόσο στη σφαίρα του ανθρωπισμού όσο και της αντιτρομοκρατίας, προκειμένου να επιτευχθεί σωστά ο επιδιωκόμενος σκοπός και των δύο πεδίων. Στη 32^η Διεθνή Διάσκεψη του Ερυθρού Σταυρού/Ερυθράς Ημισελήνου, επαναλαμβάνει αυτές τις συστάσεις καθώς παραμένουν επίκαιρες έως σήμερα. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρει ότι : « Τα μέτρα που έχουν υιοθετηθεί από τις κυβερνήσεις, είτε σε διεθνές είτε σε εθνικό επίπεδο, με σκοπό την ποινική καταστολή των τρομοκρατικών ενεργειών

²⁵⁰ Βλ. Leonard S Rubenstein, «Punishing Health Care providers for treating terrorists», ο.π, p.14

²⁵¹ ICRC, Commentary of 1952 on G C I, article 18, para. 192 «*The Geneva Convention is the embodiment of a great humanitarian idea, which goes far beyond the letter of the Convention's provisions -- the idea, namely, that all wounded persons are to be cared for without distinction of nationality. It follows that medical treatment, even where given to enemies, is always legitimate, and does not constitute a hostile act. Medical personnel are placed above the conflict.*»

Commentary of 2016 on GC I, Content E, para.3 «*Caring for the wounded or sick must not be regarded as an offence under any circumstances. The right not to be harmed, harassed or convicted for exercising the right set down in the previous paragraph is crucial to protect those caring for the wounded and sick.*»

θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να μην εμποδίζουν την ανθρωπιστική δράση. Με άλλα λόγια, η νομοθεσία, που θεωρεί ως ποινικά αδικήματα την «υλική υποστήριξη», τη «παροχή υπηρεσιών» και τη «βοήθεια» σε πρόσωπα ή οντότητες που εμπλέκονται σε τρομοκρατικές ενέργειες, θα πρέπει να αποκλείει από το πεδίο εφαρμογής των αδικημάτων αυτών τις δραστηριότητες που έχουν αποκλειστικά ανθρωπιστικό και αμερόληπτο χαρακτήρα και οι οποίες διεξάγονται χωρίς απολύτως καμία διάκριση.»²⁵²

Σύμφωνα με την Διακήρυξη του Τόκιο του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (WMA) « ένας γιατρός πρέπει να έχει κλινική ανεξαρτησία στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη περίθαλψη του προσώπου για το οποίο έχει την ιατρική ευθύνη. Ο θεμελιώδης ρόλος του γιατρού είναι η ανακούφιση της δυσφορίας...χωρίς να υπερισχύει κανένα κίνητρο, προσωπικό, συλλογικό ή πολιτικό, έναντι αυτού του σκοπού.»²⁵³

Αντίστοιχα, ο WMA στο Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ορίζει ότι « η ιατρική δεοντολογία σε περιόδους ενόπλων συρράξεων είναι ταυτόσημη με την ιατρική δεοντολογία σε περιόδους ειρήνης...Η πρωταρχική υποχρέωση των γιατρών είναι απέναντι στους ασθενείς τους. Στην άσκηση του επαγγελματικού τους καθήκοντος, η συνείδησή τους θα πρέπει να είναι ο οδηγός τους...»²⁵⁴

Συνεπώς, η άρνηση της περίθαλψης με κριτήριο τις πράξεις κάποιου ισοδυναμεί με μια μορφή τιμωρίας των ατόμων για τη συμπεριφορά τους, η οποία αποτελεί ευθύνη του κράτους και όχι των γιατρών/υγειονομικού προσωπικού. Όπως το θέτει ο Justin List « η δικαιοσύνη, για τα εγκλήματα που έχει διαπράξει κάποιος, δεν πρέπει να αποδοθεί στις κλινικές(ιατρικούς χώρους) από γιατρούς»²⁵⁵

²⁵² Βλ. ICRC, Report of 32nd International Conference of the Red Cross and Red Crescent, ο.π, p. 21

²⁵³ Βλ. World Medical Association, Declaration of Tokyo, 1975, Preamble, para 5. διαθέσιμο σε : <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c18/>

²⁵⁴ Βλ. World Medical Association, «The World Medical Association Regulations in Times of Armed Conflict», Preamble, διαθέσιμο σε : [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a20/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a20/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])

²⁵⁵ Βλ. Justin List «Medical Neutrality and Political Activism: Physicians' Roles in Conflict Situations» in Physicians at War, ed. Fritz Allhoff, Springer, p. 240, διαθέσιμο σε : http://download.springer.com/static/pdf/81/chp%253A10.1007%252F978-1-4020-6912-3_14.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fchapter%2F10.1007%2F978-1-4020-6912-3_14&token2=exp=1461588330~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F81%2Fchp%25253A10.1007%25252F978-1-4020-6912-3_14.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Fchapter%252F10.1007%252F978-1-4020-6912-3_14*~hmac=d4b45b1ce7eece49455ea12819ae34b217e8867ada6ec59d0a5e2859a9117595

Δεύτερον, οι πολιτικές αντιμετώπισης της τρομοκρατίας απορρίπτουν τις διατάξεις του ΔΑΔ(κοινό άρθρο 3) αναφορικά με την δυνατότητα ενός μη κρατικού δρώντα (αντάρτικες ένοπλες ομάδες/τρομοκρατικές οργανώσεις) να αναθέσει σε αμερόληπτο ανθρωπιστικό οργανισμό να παρέχει περίθαλψη και να λειτουργήσει υπό την εποπτεία του. Έτσι, οι εθνικές αντιτρομοκρατικές νομοθεσίες συχνά απαγορεύουν στο υγειονομικό προσωπικό/Οργανισμό να ενεργεί και να παρέχει υγειονομική περίθαλψη υπό την καθοδήγηση και τον έλεγχο των τρομοκρατικών ομάδων.²⁵⁶

Ωστόσο, μια πιο προσεκτική εξέταση αυτών των εθνικών νόμων αποκαλύπτει ότι δεν υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ μέσων και σκοπών, με αποτέλεσμα ο νόμος να είναι πολύ πιο περιοριστικός από όσο δικαιολογείται για την επίτευξη του στόχου.²⁵⁷

Σύμφωνα με την ΔΕΕΣ, θα πρέπει να αναγνωριστεί και να γίνει αποδεκτό από τα Κράτη, ότι η δέσμευση της με μη κρατικές ένοπλες ομάδες, κατά τη διάρκεια συρράξεων μη διεθνούς χαρακτήρα, προβλέπεται από το ΔΑΔ. Σύμφωνα με το σχολιασμό του κοινού άρθρου 3 των ΣΓ '49 ²⁵⁸, από τη στιγμή που έχει δοθεί η συγκατάθεση από το Υψηλά συμβαλλόμενο μέρος, όσον αφορά στις ανθρωπιστικές δραστηριότητες που πρόκειται να αναληφθούν στη περιοχή στην οποία το μη συμβαλλόμενο μέρος(μη συμβαλλόμενο στις ΣΓ '49) στη σύγκρουση έχει παρουσία, η αμερόληπτη ανθρωπιστική οργάνωση, θα πρέπει, επίσης, να βεβαιωθεί ότι και το μη συμβαλλόμενο μέρος εγκρίνει τις δραστηριότητες αυτές για να εξασφαλίσει την ασφάλεια του προσωπικού της. Συνεπώς, η ποινικοποίηση της ανθρωπιστικής δράσης έρχεται σε αντίθεση με το πνεύμα των ΣΓ '49 ενώ καθιστά αδύνατη για την ΔΕΕΣ την εκπλήρωση της «εντολής» της σε περιπτώσεις όπου οι μη κρατικές ένοπλες ομάδες χαρακτηρίζονται ως «τρομοκρατικές οργανώσεις».²⁵⁹

Καταλήγοντας, κρίνεται αναγκαίο να καταστεί σαφές ότι κανένα άτομο ή ομάδα δεν εισάγεται στη Λίστα των κυρώσεων προς της Al Qaeda του Συμβουλίου Ασφαλείας βάσει αποκλειστικά της συμμετοχής του/της σε ιατρικές δραστηριότητες.²⁶⁰ Συνήθως, τις περισσότερες φορές, τα άτομα που «κατηγορούνται», παράλληλα με τις πιο

²⁵⁶ Βλ. Dustin A. Lewis, Naz K. Modirzadeh, and Gabriella Blum, ο.π. σελ. 4-5

²⁵⁷ Βλ. Leonard S Rubenstein, «Punishing Health Care providers for treating terrorists», ο.π, p.15

²⁵⁸ Βλ. ICRC, Commentary of 2016 on GC I, Common Article 3, i) requirement of consent, p. 134-135, Με τον όρο «μη συμβαλλόμενο μέρος» νοούνται οι μη κρατικοί δρώντες, καθώς όλα τα Κράτη έχουν υπογράψει και επικυρώσει τις ΣΓ' 49

²⁵⁹ Βλ. ICRC, Report of 32nd International Conference of the Red Cross and Red Crescent, ο.π, p. 21

²⁶⁰ Dustin A. Lewis, Naz K. Modirzadeh, and Gabriella Blum, ο.π. σελ. 109-110

παραδοσιακές μορφές υποστήριξης, όπως είναι η χρηματοδότηση εκείνων που συνδέονται με την Al Qaeda, προσφέρουν και ιατρικές υπηρεσίες.

III. Οι συνέπειες των επιθέσεων στη δράση και στη πρόσβαση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Οι επιπτώσεις της βίας κατά της υγειονομικής περίθαλψης εκτείνονται πέρα από τη στιγμή της επίθεσης και τις άμεσες συνέπειες της. Η έλλειψη ασφάλειας η οποία προκύπτει συνήθως από τις απρόβλεπτες πράξεις της βίας έχει και δευτερογενείς επιπτώσεις.

Οι επιθέσεις εναντίον των υγειονομικών υπηρεσιών δεν επηρεάζουν μόνο το προσωπικό που έχει άμεσα πληγεί αλλά και το σύνολο του πληθυσμού, το οποίο εξαρτάται από αυτούς για την παροχή της περίθαλψης. Για κάθε μέλος υγειονομικού προσωπικού που δέχεται επίθεση, υπάρχουν εκατοντάδες ασθενείς, οι οποίοι δεν θα έχουν την δυνατότητα να λάβουν θεραπεία, είτε προληπτικά (όπως οι εκστρατείες εμβολιασμού) είτε θεραπευτικά (όπως μια χειρουργική επέμβαση).²⁶¹

Ταυτόχρονα, οι επανειλημμένες πράξεις βίας κατά της υγειονομικής περίθαλψης (απαγωγή, δολοφονία, τραυματισμός, ληστεία) έχουν ως αποτέλεσμα είτε την προσωρινή αναστολή των προγραμμάτων της ανθρωπιστικής δράσης, είτε την πλήρη αποχώρηση της ανθρωπιστικής οργάνωσης από την περιοχή λόγω φόβου για την προσωπική ασφάλεια των μελών της.

Επιπλέον, ο ανεφοδιασμός των ιατρικών κέντρων με φάρμακα, υλικά και εξοπλισμό είναι ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα σε ανασφαλή περιβάλλοντα, όπου οι δρόμοι είναι ιδιαίτερα δύσβατοι.

Ως επακόλουθο, η στέρηση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη οδηγεί στην μακροπρόθεσμη εξαθλίωση των κοινωνιών.²⁶²

²⁶¹ Βλ. Vincent Bernard, Editorial: « Violence against health care: giving in is not an option» in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part I :The problem and the Law, Geneva, Vol.95, Number 889, 2013, p. 7

²⁶² Βλ. Vincent Bernard, Editorial: « Violence against health care: giving in is not an option», ο.π., p.7

Σύμφωνα με την έκθεση Health in Danger από το 2012 έως το 2014, ως συνέπεια των επιθέσεων, οι ασθενείς μεταφέρθηκαν, στα πλαίσια της εκκένωσης των νοσοκομείων, το προσωπικό μετεγκαταστάθηκε ή αποχώρησε και η κίνηση έξω από τις εγκαταστάσεις περιορίστηκε σε μεγάλο βαθμό. Σε 65 από τα συνολικά 109 περιστατικά που καταγράφηκαν από την ΔΕΕΣ τα μέτρα ασφαλείας που εφαρμόστηκαν συνίσταντο στην αναστολή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, η προληπτική αναστολή για λόγους ασφαλείας δεν ήταν ο μοναδικός λόγος για τον οποίο αναστάλησαν οι υπηρεσίες στις υγειονομικές εγκαταστάσεις. Συνολικά, οι πηγές αναφέρουν ότι για 280 εγκαταστάσεις έπρεπε να ανασταλούν οι υπηρεσίες, στην πλειοψηφία τους, λόγω της ζημίας που υπέστησαν(127) και από αυτές τις 127, οι 97 αναστάλησαν οριστικά. Σε άλλες περιπτώσεις, οι υπηρεσίες διεκόπησαν λόγω της απουσίας του υγειονομικού προσωπικού, το οποίο έφυγε ή συμμετείχε σε απεργία επειδή εξωτερικοί φορείς ανάγκασαν την υγειονομική εγκατάσταση να κλείσει ή εξαιτίας κατάχρησης της εγκατάστασης.²⁶³

Στο Αφγανιστάν, στη Σομαλία και σε ένα μικρότερο βαθμό στη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό(DRC), οι δολοφονίες και οι απαγωγές του υγειονομικού προσωπικού έχουν προκαλέσει σημαντικές επιπτώσεις στο τομέα της υγείας. Σε αυτές τις χώρες, οι επιθέσεις είναι περισσότερο στοχευμένες, έχουν πολιτικά κίνητρα και ξεφεύγουν από εγκληματικές ενέργειες. Το τοπικό υγειονομικό προσωπικό στο Αφγανιστάν και στη Σομαλία έχει σκοτωθεί λόγω του ότι δουλεύουν με τους «ξένους απίστευτους» (Διεθνείς ανθρωπιστικές οργανώσεις) και άλλες φορές έχει απαχθεί για λύτρα από τις οικογένειες τους ή από τις Διεθνείς οργανώσεις στις οποίες εργάζονται. Στόχος των επιθέσεων είναι η πρόκληση ενός μειωμένου αισθήματος ασφάλειας. Ως αποτέλεσμα, πολλοί από αυτούς παραιτήθηκαν, αφήνοντας τις οργανώσεις με ανεπαρκές προσωπικό.²⁶⁴

Στην Κεντροαφρικανική Δημοκρατία, ως άμεσο επακόλουθο των επιθέσεων κατά του υγειονομικού προσωπικού, μια πληθώρα ανθρωπιστικών οργανώσεων, συμπεριλαμβανομένου του Διεθνούς Ιατρικού Σώματος(International Medical Corps), των Γιατρών χωρίς Σύνορα (MSF) και του Γαλλικού Ερυθρού Σταυρού, είτε

²⁶³ Βλ. Health in Danger 2012-2014, ο.π, p. 14

²⁶⁴ Βλ. Fiona Terry, «Violence against health care : insights from Afghanistan, Somalia and Democratic Republic of the Congo» , in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part I : The problem and the Law, Geneva, Vol.95, Number 889, 2013, p. 24, Βλ και Μαρία-Ντανιέλλα Μαρούδα, « Περί του Ανθρωπιστικού Χώρου στον 21^ο αιώνα», ο.π, σελ. 337

μεταφέρθηκαν σε άλλη περιοχή, είτε εκκένωσαν μερικώς ή ολικώς την περιοχή λόγω της ανασφάλειας για το προσωπικό τους. Δυο Οργανώσεις οι οποίες παρείχαν υπηρεσίες υγείας, η Cordaid και η Action against Hunger αναγκάστηκαν να κλείσουν τα γραφεία τους ή να μειώσουν αισθητά τις δραστηριότητες τους στη χώρα.

Αντίστοιχα, στο Ιράκ, τον Ιούλιο του 2014, το νοσοκομείο στη πόλη Shirqat βομβαρδίστηκε και το υγειονομικό προσωπικό αναγκάστηκε να εκκενώσει το νοσοκομείο και να μεταφέρει τους τραυματίες και ασθενείς σε άλλες υγειονομικές εγκαταστάσεις στις πλησιέστερες πόλεις. Στην Νιγηρία, από τον Φεβρουάριο του 2014 έως σήμερα, εκατοντάδες ειδικευμένα μέλη υγειονομικού προσωπικού έχουν φύγει από την πόλη Borno λόγω φόβου επίθεσης ή απαγωγής από την Ισλαμιστική μαχητική οργάνωση Boko Haram και πάνω από 2.000.000 Νιγηριανοί έχουν εκτοπιστεί. Επίσης, στην Ουκρανία, τον Αύγουστο του 2014, οι MSF ανέφεραν ότι τουλάχιστον 11 νοσοκομεία στην πόλη Donetsk χτυπήθηκαν κατά τη διάρκεια της μάχης, με αποτέλεσμα τα 3 από αυτά να κλείσουν.²⁶⁵

ι) Η εξ αποστάσεως πολιτική διαχείρισης των προγραμμάτων από τις ΜΚΟ (Remote Management)

Όταν το περιβάλλον εργασίας για τις ανθρωπιστικές οργανώσεις έχει γίνει τελείως ανασφαλές ή η παρουσία τους δεν επιτρέπεται σε μια χώρα, κατά τη διάρκεια της ένοπλης σύρραξης, πολλές Διεθνείς ΜΚΟ αλλά και η ΔΕΕΣ ακολουθούν άλλες μεθόδους προκειμένου να διατηρήσουν την παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας. Πιο συγκεκριμένα, καταφεύγουν στην εξ αποστάσεως πολιτική διαχείρισης των προγραμμάτων τους (remote management), μειώνοντας όμως την παρουσία και την παραμονή των διεθνών στελεχών τους στη χώρα.²⁶⁶

Η εξ αποστάσεως διαχείριση συνεπάγεται την απόσυρση των ανώτερων διεθνών ή τοπικών στελεχών της οργάνωσης από την περιοχή στην οποία παρέχεται η βοήθεια και την αντικατάστασή τους από μια σειρά τεχνολογιών (όπως κινητά, τηλεπαρακολούθηση, χαρτογράφηση εξ αποστάσεως και χρήση μη επανδρωμένων

²⁶⁵ Βλ. Human Rights Watch, Global Report, ο.π., p. 8,10,12,14

²⁶⁶ Βλ. ICRC, Antonio Donini and Daniel Maxwell « From face to face to face to screen: remote management, effectiveness and accountability of humanitarian action in insecure environments», in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part II : The Way forward, Geneva, Vol.95, Number 890, 2013. p. 384

αεροσκαφών «drones» για τη συλλογή δεδομένων) ως ένα είδος προσαρμογής στην ανασφάλεια και στην άρνηση πρόσβασης, καθιστώντας εμφανές ότι η εν λόγω διαχείριση έχει μεγάλη απόκλιση από την «φυσιολογική» πρακτική διαχείρισης προγραμμάτων.²⁶⁷ Με λίγα λόγια, αυτού του είδους η διαχείριση αποτελεί την έσχατη λύση των οργανώσεων προκειμένου να «παραμείνουν στη περιοχή» ακόμα και με αυτόν τον τρόπο.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, μια Διεθνής ή τοπική οργάνωση θα αποσύρει ή θα μειώσει το Διεθνές προσωπικό στην περιοχή των επιχειρήσεών της και θα μεταθέσει την ευθύνη για την παροχή της βοήθειας στο τοπικό προσωπικό (το οποίο δεν είναι το ίδιο εκπαιδευμένο με το Διεθνές) ή σε τοπικούς οργανισμούς με τους οποίους συνεργάζεται. Η ιδέα είναι ότι οι ντόπιοι είναι εξοικειωμένοι με την περιοχή, οι κάτοικοι τους γνωρίζουν και μπορούν να βοηθήσουν στην διευκόλυνση των σχέσεων συνεργασίας με την τοπική κοινωνία. Παρ' όλα αυτά, η επιλογή μιας διαχείρισης εξ αποστάσεως ενέχει και μια σειρά από κινδύνους, οι οποίοι μπορεί να περιλαμβάνουν : i) χαμηλότερης ποιότητας και λιγότερο αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών, ii) δυσκολίες στη διατήρηση της πολιτικής ή στρατηγικής κατεύθυνσης της Οργάνωσης και iii) τον κίνδυνο διαφθοράς ή άλλων καταχρήσεων. Ομοίως, μπορεί να είναι πιο δύσκολη η συμμόρφωση με τις ανθρωπιστικές αρχές και η αποφυγή πρακτικών που συνεπάγονται διακρίσεις με βάση το φύλο ή την εθνικότητα.²⁶⁸

Επιπλέον, η εν λόγω διαχείριση αλλάζει ριζικά τη φύση της ανθρωπιστικής βοήθειας και σχέσης, καθώς η εγγύτητα που υπάρχει μεταξύ προσωπικού και επωφελούμενων λόγω της παρουσίας των οργανώσεων στην εκάστοτε περιοχή, μετατρέπεται σε μια «σχέση από απόσταση». Επομένως, η εξ αποστάσεως πολιτική διαχείρισης των προγραμμάτων από τις ΜΚΟ μπορεί να επιτρέψει την συνέχιση της παροχής βοήθειας, αλλά οι επιπτώσεις στη προστασία των ατόμων και των κοινωνιών εγείρουν ιδιαίτερους λόγους ανησυχίας.

²⁶⁷ Βλ. και Definition of remote management by OCHA : «An adaptation to insecurity, the practice of withdrawing international (or other at-risk staff) while transferring increased programming responsibilities to local staff or local partner organisations.» Jan Egeland, Adele Harmer and Abby Stoddard in Policy and studies series 2011, « To stay and deliver : Good Practice for Humanitarians in Complex Security Environments, UN OCHA, New York, 2011, p. xv

²⁶⁸ Βλ. ICRC, Antonio Donini and Daniel Maxwell, ο.π, p. 385

ii) Η ανάγκη ένοπλης συνοδείας - Montreux Document

Μετά την 11^η Σεπτεμβρίου, η διάκριση ανθρωπιστικού ή στρατιωτικού χαρακτήρα των αποστολών σκοπίμως συγχέονται. Από τις σύγχρονες πρακτικές, διαφαίνεται ότι ο συνολικός κατακερματισμός της νομικής προστασίας για την ιατρική περίθαλψη στις ένοπλες συρράξεις αποτελεί εν μέρει μια αντανάκλαση της ποικιλομορφίας των κρατικών προσεγγίσεων να εξισορροπήσουν την στρατιωτική αναγκαιότητα με τις επιταγές του ανθρωπισμού.²⁶⁹

Ένας βασικός λόγος των σκόπιμων επιθέσεων στις ανθρωπιστικές οργανώσεις μπορεί απλά να είναι ότι ο ρόλος τους δεν είναι πλήρως αναγνωρισμένος, κατανοητός ή διαφοροποιημένος. Η σημερινή πραγματικότητα στο θέατρο των ενόπλων συρράξεων γεννά πολλά ερωτήματα:

- Ποιος θεωρείται, πλέον, γνήσιος «ανθρωπιστής»;
- Πώς μπορεί να θεωρηθεί μια ανθρωπιστική δράση ουδέτερη αν στην ίδια έκτακτη κατάσταση υπάρχουν στρατιώτες που επίσης εκτελούν «ανθρωπιστικές» δράσεις;
- Πώς θα αναγνωριστεί η ανθρωπιστική βοήθεια ως ανεξάρτητη όταν ένοπλες δυνάμεις χρησιμοποιούν εμβλήματα ανθρωπιστικών οργανώσεων για να εξαπατήσουν τους αντιπάλους τους;

Μερικές συνδέσεις μεταξύ ανθρωπιστικών οργανώσεων και του στρατού είναι απαραίτητες καθώς συχνά χρειάζεται η διαχειριστική υποστήριξη του στρατού όταν πρόκειται για μεγάλες και ανθρωπιστικές επιχειρήσεις. Ωστόσο, αυτό δεν θα έπρεπε να θεωρείται ως το σύνηθες καθώς, η σύγχυση των ρόλων θέτει τους εργαζόμενους στον ανθρωπιστικό χώρο σε κίνδυνο.

Στην σημερινή πραγματικότητα όπου οι συνθήκες ανασφάλειας κλιμακώνονται στις περισσότερες συρράξεις ανά τον κόσμο, οι ανθρωπιστικές οργανώσεις έχουν υιοθετήσει μια σειρά διαφορετικών μέτρων για την αντιμετώπιση τους. Μεταξύ

²⁶⁹ Βλ. Dustin A. Lewis, Naz K. Modirzadeh, and Gabriella Blum, ο.π. σελ. 145

αυτών, το πιο αμφιλεγόμενο μέτρο είναι η σύναψη συμφωνιών με ιδιωτικές εταιρίες για την παροχή υπηρεσιών ασφαλείας στις οργανώσεις και στο προσωπικό τους. ²⁷⁰

Βέβαια, αν και η εικόνα της ένοπλης φύλαξης ή συνοδείας σε ανθρωπιστικές οργανώσεις, από μόνη της, προκαλεί ανησυχίες, παραμένει σε μεγάλο βαθμό η εξαίρεση και περιορίζεται σε συγκεκριμένα πλαίσια²⁷¹. Πιο συχνά, οι ιδιωτικές εταιρίες ασφαλείας προβαίνουν στην εκπαίδευση σε θέματα ασφάλειας, στην αξιολόγηση των κινδύνων αλλά και σε συμβουλές σε θέματα διαχείρισης της ασφάλειας.²⁷²

Όσο και αν αυτές οι τακτικές αποτελούν εξαίρεση, βέβαια, η χρήση της ένοπλης φύλαξης/συνοδείας αποτελεί, σήμερα, μια πραγματικότητα για τη Διεθνή ανθρωπιστική κοινότητα, καθώς οι ανθρωπιστικές οργανώσεις αναγνωρίζουν ότι σε ορισμένες καταστάσεις, η συνεργασία με πολιτικοστρατιωτικούς δρώντες είναι αναγκαία. Σύμφωνα με την Μελέτη του Human Policy Group, όλες οι ειδικευμένες οργανώσεις των Η.Ε αλλά και μεγάλες ΜΚΟ- εκτός της ΔΕΕΣ- έχουν χρησιμοποιήσει ένοπλη συνοδεία τουλάχιστον σε μια ανθρωπιστική κρίση. ²⁷³

Είναι γεγονός, ότι το Διεθνές Κίνημα του Ερυθρού Σταυρού/Ερυθράς Ημισελήνου έχει «μια ηθική στάση» κατά της χρήσης οποιασδήποτε ένοπλης προστασίας. Η πεποίθηση αυτή προκύπτει από το Ψήφισμα 9,²⁷⁴ του Συμβουλίου των Αντιπροσώπων, το 1995, με τίτλο « Ένοπλη προστασία της ανθρωπιστικής βοήθειας», και επιβεβαιώνεται από το πιο πρόσφατο Ψήφισμα ²⁷⁵, το 2005, με τίτλο «Έγγραφο καθοδήγησης σχετικά με τις σχέσεις μεταξύ των μερών του Κινήματος και των στρατιωτικών δυνάμεων» . Ο λόγος για αυτή την βασική αντίρρηση είναι ότι η ένοπλη προστασία είναι ασυμβίβαστη με τις θεμελιώδεις αρχές του.

²⁷⁰ Βλ. Abby Stoddard, Adele Harmer and Victoria Didomenico, « The use of private security Providers and Services in Humanitarian Operations», HGP Report 27(2008) p. 1

²⁷¹ Βλ. την περίπτωση της Σομαλίας, του Αφγανιστάν και της Σίερα Λεόνε.

²⁷² Abby Stoddard, Adele Harmer and Victoria Didomenico, « The use of private security Providers and Services in Humanitarian Operations», ο.π, p.1

²⁷³ Abby Stoddard, Adele Harmer and Victoria Didomenico, « The use of private security Providers and Services in Humanitarian Operations», ο.π, p.1 και Βλ. Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα, «Περί του Ανθρωπιστικού Χώρου στον 21^ο αιώνα...», ο.π, σελ.355

²⁷⁴ Βλ. ICRC, Council of Delegates 1995: Resolution 9, « Armed Protection of humanitarian assistance», διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/resolution/council-delegates-resolution-9-1995.htm>

²⁷⁵ Βλ. ICRC, Council of Delegates 2005: Resolution 7, « Guidance document on relations between the components of the Movement and military bodies», διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/resolution/council-delegates-resolution-7-2005.htm>

Βέβαια, αξιοσημείωτης σημασίας παραμένει το ότι ακόμα και το Διεθνές Κίνημα αναγνωρίζει, μέσα από την Έκθεση της για «τη χρήση της ένοπλης Συνοδείας», η οποία επισυνάπτεται στο ψήφισμα 9 του Συμβουλίου των Αντιπροσώπων το 1995, ότι ενδέχεται να υπάρχουν εξαιρετικές περιπτώσεις στις οποίες ζωές μπορούν να σωθούν μόνο με την αποδοχή μιας ένοπλης συνοδείας, και ως εκ τούτου, όπου η αρχή του ανθρωπισμού το απαιτεί, το Κίνημα θα αποδέχεται αλλαγές στις συνήθεις διαδικασίες λειτουργίας του. Βέβαια, η έκθεση προβλέπει ορισμένες προϋποθέσεις/προβληματισμούς που θα πρέπει να πληρούνται για να δεχθεί ένα μέρος του Κινήματος ένοπλη συνοδεία.²⁷⁶

Καταρχάς, οι ανάγκες που προκύπτουν είναι τόσο «πιεστικές» (π.χ. διάσωση ζωών σε μεγάλη κλίμακα) ούτως ώστε να δικαιολογούν ένα διαφορετικό/εξαιρετικό τρόπο λειτουργίας και να μπορούν να επιτευχθούν μόνο με τη χρήση ένοπλης συνοδείας; Μπορεί κάποιος να εγγυηθεί ότι η χρήση ένοπλης συνοδείας δεν θα έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ασφάλεια των επωφελούμενων; Η ένοπλη ομάδα ή η κρατική αρχή, η οποία έχει τον έλεγχο του εδάφους, μέσω του οποίου η αυτοκινητοπομπή θα περάσει και στο οποίο η ανθρωπιστική βοήθεια θα φθάσει, έχει δώσει πλήρη έγκριση για την ένοπλη συνοδεία; Οι φρουροί της συνοδείας, προορίζεται να παρέχουν προστασία έναντι πιθανών ληστών και εγκληματιών²⁷⁷ σε περίπτωση γενικής κατάρρευσης της χώρας;²⁷⁸

Το Διεθνές Κίνημα του Ερυθρού Σταυρού/Ερυθράς Ημισελήνου οφείλει να αναγνωρίσει, ωστόσο, ότι οι υγειονομικές μεταφορές που δεν αποτελούν μέρος του Κινήματος μπορούν να συνεργαστούν με τις στρατιωτικές συνοδείες, όπως προαναφέρθηκε.

Οι πρώτες απειλές και προκλήσεις στην πρόσβαση και στην ασφάλεια των ανθρωπιστικών οργανώσεων καταγράφονται στη Σομαλία, το 1992, όπου η γενικευμένη ανασφάλεια, οι περιορισμοί στην μεταφορά των εφοδίων και οι επιθέσεις σε βάρος του προσωπικού των ανθρωπιστικών οργανώσεων απειλούν,

²⁷⁶ Βλ. ICRC, Report on the use of Armed Protection for Humanitarian Assistance, Extract from Working Paper, Geneva, 1-2 December 1995, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/misc/57jneg.htm>

²⁷⁷ Σύμφωνα με το ΔΑΔ, δεν πρέπει να τεθεί αντιπαράθεση μεταξύ της συνοδείας και των εμπλεκόμενων μέρων στη σύρραξη που ελέγχουν μέρος της περιοχής μέσω της οποίας η ανθρωπιστική αυτοκινητοπομπή πρέπει να περάσει.

²⁷⁸ Βλ. ICRC, Report on the use of Armed Protection for Humanitarian Assistance, Extract from Working Paper, Criteria for accepting an armed escort, ο.π

ουσιαστικά πλέον, με εξαφάνιση κάθε έννοια ανθρωπισμού, άρα και δράσης. Τότε για πρώτη φορά, οι ανθρωπιστικές οργανώσεις ζητούν ανοικτά επέμβαση με χρήση βίας και ένοπλη συνοδεία για την διανομή/παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας.²⁷⁹ Αμερικανικά στρατεύματα στάλθηκαν για να επιβάλουν την παράδοση της επισιτιστικής βοήθειας, ενέργεια που οδήγησε στην αμερικανική και διεθνή (Η.Ε) στρατιωτική ανάμειξη στις εσωτερικές πολιτικές υποθέσεις της Σομαλίας.²⁸⁰

Με άλλα λόγια, για πρώτη φορά, γίνονται εμφανείς οι συνέπειες της σύγκυσης ανθρωπιστικών (οργανώσεις) και πολιτικοστρατιωτικών (Αμερικανικά στρατεύματα και πολυεθνικές επιχειρήσεις των Η.Ε) δρώντων, με καταστροφικές συνέπειες σε βάρος των μελών τόσο των ανθρωπιστικών οργανώσεων, όσο και των πολυεθνικών επιχειρήσεων, επιβεβαιώνοντας έτσι την ανάγκη για διατήρηση του διαχωρισμού ανάμεσα σε ανθρωπιστικούς και πολιτικούς σκοπούς.²⁸¹

Εκτός από τη Σομαλία, η σύγκυση των προαναφερθέντων δρώντων και οι κίνδυνοι που αυτή επιφέρει στην ανθρωπιστική δράση έγινε εμφανής και στο Κόσοβο, με την επιχείρηση του ΝΑΤΟ, την οποία ζήτησαν πολλές ανθρωπιστικές οργανώσεις για να αποτραπεί η γενοκτονία. Από την συγκεκριμένη ανθρωπιστική κρίση και μετά, οι εικόνες των C-130 που μεταφέρουν στελέχη ΜΚΟ και ανθρωπιστική βοήθεια δεν κάνουν πια εντύπωση, μολονότι παραβιάζουν τις αρχές της ανεξάρτητης και αμερόληπτης ανθρωπιστικής βοήθειας.²⁸²

Παράλληλα, ενδιαφέρον παρουσιάζουν, οι περιπτώσεις του Νταρφούρ, του Σουδάν και του Ιράκ, όπου οι ανθρωπιστικές οργανώσεις χρησιμοποίησαν την ιδιωτική ασφάλεια μόνο σε πολύ περιορισμένο πλαίσιο, αν όχι καθόλου, στηριζόμενες περισσότερο στην τακτική της απόσυρσης, της αναστολής των λειτουργιών τους και στην απομακρυσμένη διαχείριση των προγραμμάτων τους (remote management) για την αντιμετώπιση των απειλών ασφαλείας.²⁸³

²⁷⁹ Βλ. Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα, «Περί του Ανθρωπιστικού Χώρου στον 21^ο αιώνα...», ο.π, σελ. 104

²⁸⁰ Βλ. Marion Nestle and Sharron Dalton, «Food Aid and International Hunger Crises: The United States in Somalia», Agriculture and Human Values, 1994, Springer, p. 19, 20

²⁸¹ Βλ. Marion Nestle and Sharron Dalton, «Food Aid and International Hunger Crises: The United States in Somalia», ο.π, p. 25

²⁸² Βλ. Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα, «Περί του Ανθρωπιστικού Χώρου στον 21^ο αιώνα...», ο.π, σελ. 276

²⁸³ Abby Stoddard, Adele Harmer and Victoria Didomenico, « The use of private security Providers and Services in Humanitarian Operations», ο.π, p.

Αναγνωρίζοντας τις ανθρωπιστικές ανησυχίες που προκαλεί η αύξηση των ιδιωτικών εταιρειών ασφαλείας (PMSCs)²⁸⁴ στις ένοπλες συρράξεις, η Ελβετία και η ΔΕΕΣ ξεκίνησαν μια κοινή πρωτοβουλία που οδήγησε στην υιοθέτηση του «Montreux Document» το 2009. Η εν λόγω πρωτοβουλία είχε ως στόχο να καθορίσει πώς το Διεθνές Δίκαιο εφαρμόζεται στις δραστηριότητες των PMSCs στις ένοπλες συρράξεις. Το κείμενο επιβεβαίωσε τις υφιστάμενες Διεθνείς υποχρεώσεις των Κρατών και περιγράφει παραδείγματα καλών πρακτικών, με στόχο την επίτευξη μεγαλύτερου σεβασμού των διεθνών κανόνων σε περιπτώσεις όπου λειτουργούν οι PMSCs, σύμφωνα με το ΔΑΔ και το ΔΔΑΔ.²⁸⁵

Το Montreux Document δεν είναι το μοναδικό κείμενο που περιλαμβάνει Διεθνή νομικά πρότυπα για την «συμπεριφορά» των ιδιωτικών εταιρειών. Τα τελευταία χρόνια, έχουν ξεκινήσει και άλλες Διεθνείς πρωτοβουλίες για την ρύθμιση των δραστηριοτήτων των PMSCs, όπως για παράδειγμα, οι συζητήσεις που λαμβάνουν χώρα, στο πλαίσιο των Η.Ε, σχετικά με τη δυνατότητα εκπόνησης μιας Διεθνούς σύμβασης για τη συνολική ρύθμιση των PMSCs. Παρόλα αυτά, η ΔΕΕΣ θεωρεί ότι όλες αυτές οι πρωτοβουλίες θα πρέπει να αλληλοσυμπληρώνονται και να αλληλοενισχύονται καθώς έχουν ένα κοινό στόχο, ο οποίος είναι η προώθηση του σεβασμού του Διεθνούς Δικαίου και η βελτίωση της προστασίας των ατόμων που πλήττονται από τις ένοπλες συγκρούσεις.²⁸⁶

Συμπερασματικά, η έλλειψη ξεκάθαρης ανάλυσης και κατανόησης της νομικής και κυρίως της πραγματικής κατάστασης στις περιοχές όπου δρουν οι ανθρωπιστικές οργανώσεις, επιδεινώνεται από την τάση να ορίζονται όλες οι επιχειρήσεις ως ανθρωπιστικές, ώστε να «νομιμοποιηθεί» ευκολότερα η παρουσία των Η.Ε, των ΜΚΟ κλπ. Αυτό από μόνο του αρκεί για να μετατραπεί η παραδοσιακή ανθρωπιστική δράση σε πεδίο πολιτικών αντιπαραθέσεων.²⁸⁷ Πρέπει να καταστεί σαφές ότι, οι επαγγελματίες εργαζόμενοι στον ανθρωπιστικό τομέα θα διατρέχουν κίνδυνο όσο στο μυαλό των αντιμαχομένων μερών, αυτοί θα συσχετίζονται με το στρατό, ή τις πολιτικές, θρησκευτικές ή ιδεολογικές αρχές.

²⁸⁴ Στην αγγλική ορολογία, Private Military and Security Companies (PMSCs)

²⁸⁵ Βλ. ICRC, «The Montreux Document» On pertinent international legal obligations and good practices for States related to operations of private military and security companies during armed conflict, Geneva, 2009, p. 9, διαθέσιμο σε : https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0996.pdf

²⁸⁶ Βλ. ICRC, Report of 32nd International Conference of the Red Cross and Red Crescent, ο.π, p. 59,60

²⁸⁷ Βλ. Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα, «Περί του Ανθρωπιστικού Χώρου στον 21^ο αιώνα...», ο.π, σελ. 269, 270

Κεφάλαιο Δεύτερο: Η Διεθνής Αναγνώριση των παραβιάσεων (soft law) και οι συστάσεις της ΔΕΕΣ για την ασφαλή πρόσβαση των ανθρωπιστικών οργανώσεων και την προστασία των τραυματιών και ασθενών αμάχων

I. Οι μηχανισμοί πρόληψης και καταστολής των παραβιάσεων του ΔΑΔ αναφορικά με τη προστασία των αμάχων και του υγειονομικού προσωπικού

Οι επιθέσεις στην υγειονομική περίθαλψη πρέπει να θεωρούνται πρωτίστως ως ένα ανθρωπιστικό και όχι απλώς ως ένα μεμονωμένο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι του ανθρωπιστικού χώρου.

Σταδιακά, η βία που υφίστανται οι «επαγγελματίες του Ανθρωπιστικού Χώρου»²⁸⁸ αρχίζει να κερδίζει την διεθνή προσοχή που της αρμόζει, μέσω της εντατικοποίησης των συζητήσεων για την αύξηση της διεθνούς επιχειρησιακής ασφάλειας.²⁸⁹ Σε αυτό το εγχείρημα, είναι εξαιρετικά σημαντική η συμβολή και η προσπάθεια αντιμετώπισης των ανωτέρω παραβιάσεων, όχι μόνο από το Διεθνές Κίνημα του Ερυθρού Σταυρού/Ερυθράς Ημισελήνου, άλλες ΜΚΟ, Διεθνή θεσμικά όργανα αλλά και την Διεθνή νομολογία(ΔΠΔΓ).

Για παράδειγμα, το 2011, το Γραφείο των Η.Ε για τον συντονισμό των Ανθρωπιστικών Υποθέσεων (OCHA) εξέδωσε μία έκθεση στην οποία προσδιόριζε και τεκμηρίωνε τις στρατηγικές και τις πρακτικές που επέτρεψαν στις ανθρωπιστικές οργανώσεις να διατηρήσουν μια αποτελεσματική δράση σε περιοχές με υψηλό βαθμό κινδύνου, ενώ παράλληλα τόνισε την ανάγκη για ενίσχυση της ασφάλειας σε αυτές τις περιοχές.²⁹⁰

Ομοίως, το 2012, στην 65^η Συνεδρίαση της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας(World Health Assembly/WHA), υιοθετήθηκε μια σημαντική απόφαση, η οποία εξουσιοδοτούσε τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization/WHO) να προχωρήσει στη συλλογή δεδομένων σχετικά με τις επιθέσεις στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε πολύπλοκες ανθρωπιστικές

²⁸⁸ Βλ. Μαρία Ντανιέλλα Μαρούδα, «Περί του Ανθρωπιστικού Χώρου στον 21^ο αιώνα...», ο.π., σελ. 38

²⁸⁹ Βλ. Leonard S. Rubenstein, «A way forward in protecting health services in conflict: moving beyond the humanitarian paradigm» in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part II : The Way forward, Geneva, Vol.95, Number 890, 2013, p. 331-332

²⁹⁰ UN OCHA, Report «To stay and deliver: Good Practice for Humanitarians in Complex Security Environments», 2011, p.1, διαθέσιμο σε: https://docs.unocha.org/sites/dms/Documents/Stay_and_Deliver.pdf

κρίσεις, γεγονός που δίνει μια νέα ώθηση στην ενίσχυση του σεβασμού και της προστασίας της υγειονομικής περίθαλψης.²⁹¹

ι) Η ανάδειξη της ανάγκης θέσπισης ποινικών διώξεων κατά των υπευθύνων για τις σοβαρές παραβιάσεις του ΔΑΔ μέσα από τις εκθέσεις του Γενικού Γραμματέα

Η προστασία των αμάχων, του υγειονομικού προσωπικού αλλά και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων εν γένει έγκειται στην προσπάθεια αποτροπής των δραστών από τις παραβιάσεις που διαπράττουν, τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον, μέσω της δημόσιας έκθεσης τους, των διπλωματικών παρεμβάσεων αλλά και της επιβολής ποινών.²⁹²

Ως εκ τούτου, ο Γενικός Γραμματέας των Η.Ε έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια καταπολέμησης του εν λόγω ανθρωπιστικού προβλήματος, επικρίνοντας σε διάφορες εκθέσεις του την πρακτική των επιθέσεων κατά των αμάχων γενικά. Η έκθεση του 376/2012 για « την προστασία των αμάχων στις ένοπλες συρράξεις» αποτελεί την πρώτη έκθεση στην οποία επικεντρώθηκε στις παραβιάσεις που αφορούν στις επιθέσεις των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, αναγνωρίζοντας τις ως ένα από τα μεγαλύτερα, πιο σύνθετα και λιγότερο αναγνωρισμένα ζητήματα της εποχής μας. Για παράδειγμα, στη Συρία, ο αποκλεισμός των δρόμων είχε ως αποτέλεσμα την αδυναμία πρόσβασης των τραυματιών στα νοσοκομεία, ενώ η εκτεταμένη χρήση εκρηκτικών είχε ως συνέπεια την καταστροφή βασικών υποδομών. Αντίστοιχα, η Διεθνής Εξεταστική Επιτροπή για τη Λιβύη έλαβε πολυάριθμες καταγγελίες για επιθέσεις σε νοσοκομεία και ασθενοφόρα, ενώ το ιατρικό προσωπικό υπέστη δολοφονίες, συλλήψεις και κρατήσεις.²⁹³

Παράλληλα, ο Γ.Γ κάλεσε το Συμβούλιο Ασφαλείας να υιοθετήσει μια πιο δυναμική προσέγγιση για την πρόληψη και την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών. Μεταξύ άλλων, ζήτησε από το Συμβούλιο την σύσταση εξεταστικών και fact finding επιτροπών για την διερεύνηση των επιθέσεων κατά του υγειονομικού προσωπικού και των εγκαταστάσεων, με στόχο την ποινική δίωξη των δραστών και την

²⁹¹ WHA's Resolution on WHO's response, and role as the health cluster lead, in meeting the growing demands of health in humanitarian emergencies, 21 January 2012, RES/EB130.R14 διαθέσιμο σε : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R14-en.pdf

²⁹² Βλ. Leonard S. Rubenstein, ο.π, σελ 337

²⁹³ Report of the Secretary General on the protection of civilians in armed conflict, UN Doc.S/2012/376, 2012, para. 5, 11, 13, 33, 34 διαθέσιμο σε : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/2012/376

παραπομπή τους στο Διεθνές Ποινικό Δικαστήριο. Ταυτόχρονα, κάλεσε τα κράτη μέλη να συνδράμουν σε αυτή τη προσπάθεια με την ενθάρρυνση και υποστήριξη των ερευνών αυτών σε εθνικό επίπεδο.²⁹⁴

Ομοίως, στην έκθεση του 689/2013, ο Γ.Γ κάνει λόγο για τις επιθέσεις κατά του υγειονομικού προσωπικού, των εγκαταστάσεων και των μεταφορών, αναφέροντας τα συγκεντρωτικά στοιχεία της ΔΕΕΣ και υποχρεώνει όλα τα μέρη στη σύρραξη να παύσουν άμεσα τις επιθέσεις εναντίον όλων των ανωτέρω, κατά παράβαση του ΔΑΔ. Επιπλέον, εκφράζει την ανησυχία του για τις συνέπειες των επιθέσεων στην πρόσβαση των ανθρωπιστικών επιχειρήσεων σε μέρη όπως το Αφγανιστάν, την Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, το Σουδάν, το Ιράκ, το Σουδάν, τη Σομαλία, τη Συρία, την Υεμένη και άλλες χώρες, ενώ κάνει λόγο για το γεγονός ότι οι απαγωγές του υγειονομικού προσωπικού έχουν τετραπλασιαστεί τα τελευταία 10 χρόνια.

Επαναλαμβάνει, ακόμα, ότι το Συμβούλιο Ασφαλείας και τα κράτη μέλη θα πρέπει να καταδικάζουν συνεχώς τις εν λόγω επιθέσεις και να αυξήσουν την λογοδοσία για τόσο σοβαρά περιστατικά, μέσω των ποινικών διώξεων των υπευθύνων. Ενώ παράλληλα, το Συμβούλιο θα πρέπει να επεκτείνει την πρακτική της επιβολής στοχευόμενων μέτρων στα άτομα που παρεμποδίζουν την πρόσβαση στην ανθρωπιστική βοήθεια.²⁹⁵

Τέλος, η πιο πρόσφατη έκθεση 453/2015 του ΓΓ, για την προστασία των αμάχων στις ένοπλες συρράξεις, προσδιορίζει τις άμεσες προκλήσεις σχετικά με την ενδυνάμωση της προστασίας κατά των επιθέσεων των υγειονομικών υπηρεσιών και προτρέπει την έναρξη ενός προγράμματος για την αλλαγή και την μείωση των συγκρούσεων, το οποίο θα παρουσιαστεί στη Παγκόσμια Ανθρωπιστική Διάσκεψη (World Humanitarian Summit), στην Κωνσταντινούπολη, η οποία έχει τίτλο «Μια ανθρωπότητα, κοινή ευθύνη». Ο Γ.Γ. του ΟΗΕ εφιστά την προσοχή ως προς αυτό που αποκαλεί «αναίσχυνη και βίαιη διάβρωση του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και του Ανθρωπιστικού Δικαίου» σε καταστάσεις ένοπλων συγκρούσεων, φαινόμενο που απειλεί με πισωγύρισμα στις εποχές των πολέμων που δεν γνώριζαν όρια.

²⁹⁴ Βλ. Report of the Secretary General, ο.π., παρα . 74(e), 80(e), 82

²⁹⁵ Βλ. Report of the Secretary General on the protection of civilians in armed conflict, UN Doc.S/2013/689, 2013, para. 23, 53, 76, 77, 78 διαθέσιμο σε : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/2013/689

Επίσης, επαναλαμβάνει την ανησυχία του για τις συνεχείς επιθέσεις κατά του υγειονομικού προσωπικού, επισημαίνοντας πόσο καταστροφικές συνέπειες έχουν αυτές οι επιθέσεις αλλά και η αδυναμία πρόσβασης των ανθρωπιστικών οργανώσεων για τους άμαχους. « Δεν είναι απλώς μια τεχνική απαίτηση ή μια γραφειοκρατική απόφαση για τις Κυβερνήσεις... η άρνηση της πρόσβασης παρατείνει τον πόνο και σκοτώνει ανθρώπους...» Παράλληλα, επιμένει ότι, τα κράτη μέλη θα πρέπει να θεσπίσουν εθνική νομοθεσία για την δίωξη προσώπων, τα οποία είναι ύποπτα για σοβαρές παραβιάσεις του ΔΑΔ αλλά και του ΔΔΑΔ, όπως γενοκτονία, εγκλήματα κατά της ανθρωπότητας και εγκλήματα πολέμου, ενώ το Συμβούλιο Ασφαλείας θα πρέπει να καταδικάσει την αυθαίρετη άρνηση της πρόσβασης σε ανθρωπιστική βοήθεια.²⁹⁶

Το κοινό στοιχείο των τριών εκθέσεων, εκτός από την αναφορά συγκεκριμένα στις παραβιάσεις των υγειονομικών υπηρεσιών και τις επαναλαμβανόμενες προτροπές στα κράτη μέλη για την παύση των επιθέσεων κατά του υγειονομικού προσωπικού, των μονάδων και των μεταφορών, είναι ότι ο Γ.Γ αναφέρεται στις θεμελιώδεις προκλήσεις της προστασίας όλων των ανωτέρω. Οι εν λόγω προκλήσεις παραμένουν πολύ σημαντικές, καθώς παρά το γεγονός ότι τους τελευταίους 18 μήνες έχουν «υποβαθμιστεί» αρκετές παρατεταμένες συγκρούσεις, έχουν εμφανιστεί νέες με καταστροφικές συνέπειες για τους αμάχους.

ii) Οι σκόπιμες επιθέσεις κατά των νοσοκομείων και του υγειονομικού προσωπικού ως εγκλήματα πολέμου κατά το Συμβούλιο Ασφαλείας – Απόφαση ΣΑ/ΗΕ 2286/2016

Το Συμβούλιο Ασφαλείας έχει μια μακροχρόνια πρακτική υιοθέτησης ψηφισμάτων ως «απάντηση» σε καταστάσεις χωρών, όπου η διεθνής ειρήνη και ασφάλεια βρίσκεται σε κίνδυνο. Πιο συγκεκριμένα, το Συμβούλιο έχει καταδικάσει σε αρκετές αποφάσεις του όλες τις μορφές βίας, όπως οι δολοφονίες, ο βιασμός και η σεξουαλική επίθεση, η ένοπλη ληστεία, η απαγωγή και η ομηρία, στις οποίες μπορούν να εκτεθούν όλοι όσοι συμμετέχουν σε ανθρωπιστικές επιχειρήσεις. Η απόφαση 1502 αποτελεί την πρώτη απόφαση, στην οποία το Συμβούλιο επικεντρώνεται στη

²⁹⁶ Βλ. Report of the Secretary General on the protection of civilians in armed conflict, UN Doc.S/2015/453, 2015, para. 4, 8, 29, 38, 60, 61 διαθέσιμο σε : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/2015/453

προστασία του προσωπικού του ανθρωπιστικού χώρου αλλά και του προσωπικού των Η.Ε.²⁹⁷

Στη συνέχεια, στην απόφαση 1674, μεταξύ των άλλων μορφών βίας, τις οποίες καταδικάζει απερίφραστα, είναι η εκ προθέσεως άρνηση της ανθρωπιστικής βοήθειας αλλά και οι επιθέσεις που στοχεύουν σκοπίμως το προσωπικό των ανθρωπιστικών αποστολών. Στην ίδια απόφαση, το Συμβούλιο τονίζει ότι η σκόπιμη στόχευση των αμάχων αλλά και των προαναφερθέντων προστατευόμενων προσώπων, εκτός του ότι αποτελεί κατάφωρη παραβίαση του ΔΑΔ και του ΔΔΑΔ, μπορεί να αποτελέσει απειλή για τη Διεθνή ειρήνη και ασφάλεια. Ταυτόχρονα, επιβεβαιώνει την ετοιμότητα του να υιοθετήσει, σε όποιες καταστάσεις κριθεί αναγκαίο, τα κατάλληλα μέτρα.²⁹⁸

Ομοίως, στην απόφαση 1894, το καινούργιο στοιχείο είναι ότι το Συμβούλιο εξετάζει την πιθανότητα χρήσης/ενεργοποίησης της Διεθνούς Διερευνητικής Επιτροπής (International Fact-Finding Commission), η οποία συστάθηκε με το άρθρο 90 του ΠΠ Ι '77 των Συμβάσεων της Γενεύης του 1949, προκειμένου να συλλέγει πληροφορίες για πιθανές παραβιάσεις του Διεθνούς Δικαίου σχετικά με την προστασία αμάχων. Επιπλέον, καλεί όλα τα μέρη των ενόπλων συρράξεων να συμμορφωθούν με τις επιταγές του ΔΑΔ και να λάβουν ειδικά μέτρα για τον σεβασμό και την προστασία του προσωπικού και του υλικού των ανθρωπιστικών επιχειρήσεων.²⁹⁹

Το 2014, η απόφαση 2175 του Συμβουλίου βασίζεται σε όλες τις προηγούμενες αποφάσεις του αλλά και στο ψήφισμα 68/101 της Γενικής Συνέλευσης³⁰⁰, επιβεβαιώνοντας για ακόμα μια φορά την νομική προστασία που οφείλουν τα κράτη

²⁹⁷ Βλ. United Nations Security Council Resolution 1502(2003), 26 August 2003, UN.Doc. S/RES/1502, διαθέσιμο σε : http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1502%282003%29

²⁹⁸ Βλ. United Nations Security Council Resolution 1674(2006), 28 April 2006, UN.Doc. S/RES/1674, διαθέσιμο σε : http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1674%282006%29

²⁹⁹ Βλ. United Nations Security Council Resolution 1894(2009), 11 November 2009, UN.Doc. S/RES/1894, διαθέσιμο σε : http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1894%282009%29

³⁰⁰ Βλ. United Nations General Assembly Resolution 68/101, 18 February 2014, UN.Doc S/RES/68/101, διαθέσιμο σε : <http://www.refworld.org/pdfid/532197504.pdf>

Στο ψήφισμα γίνεται ρητή αναφορά στην υποχρέωση σεβασμού και προστασίας του ιατρικού προσωπικού, των μονάδων και των μεταφορών και των ιατρικών τους καθηκόντων, σε όλες τις περιστάσεις. Συγκεκριμένα, η Γ.Σ στη παρα.14 :

Stresses the obligation, in accordance with international humanitarian law and national laws and regulations as applicable, to respect and protect medical personnel, as well as humanitarian personnel exclusively engaged in medical duties, their means of transport and equipment and hospitals and other medical facilities, in all circumstances.

να παρέχουν στο υγειονομικό προσωπικό αλλά και την απρόσκοπτη πρόσβαση σε όλους όσους έχουν ανάγκη από βοήθεια. Παράλληλα, εκφράζει την έντονη ανησυχία του για τον αυξανόμενο αριθμό των κρουσμάτων βίας, τόσο στο υγειονομικό προσωπικό της εκάστοτε χώρας όσο και στο Διεθνές, τα οποία έχουν προκληθεί σε μεγάλο βαθμό από την παρουσία και την δράση μη κρατικών δρώντων και τρομοκρατικών οργανώσεων.³⁰¹

Η σημαντικότερη, έως σήμερα, απόφαση του ΣΑ/ΗΕ αναφορικά με την προστασία του υγειονομικού προσωπικού και των τραυματιών και ασθενών είναι η 2286 του 2016. Στη συγκεκριμένη απόφαση, πέρα του ότι εκφράζει την ανησυχία του για την αύξηση των επιθέσεων κατά όλων των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, επιβεβαιώνει τις προαναφερθείσες μελέτες της ΔΕΕΣ σχετικά με το ότι τη πλειονότητα των θυμάτων στις ένοπλες συρράξεις αποτελούν τα μέλη του «ντόπιου» υγειονομικού προσωπικού. Επιπλέον, ένα από τα κρισιμότερα στοιχεία της απόφασης αποτελεί το γεγονός ότι το ΣΑ χαρακτηρίζει ως εγκλήματα πολέμου, για πρώτη φορά, τις σκόπιμες επιθέσεις συγκεκριμένα κατά του υγειονομικού προσωπικού, των υγειονομικών μεταφορών και των υγειονομικών εγκαταστάσεων(νοσοκομείων) στα οποία περιθάλπονται οι τραυματίες και ασθενείς και τα οποία χρησιμοποιούν το διακριτικό έμβλημα των ΣΓ '49, υπό τον όρο ότι δεν αποτελούν στρατιωτικούς στόχους.³⁰²

Παράλληλα, προτρέπει τα Κράτη μέλη να λάβουν αποτελεσματικά μέτρα ώστε να διασφαλίσουν ότι οι παραβιάσεις του ΔΑΔ σχετικά με τη προστασία των τραυματιών και ασθενών αμάχων και του υγειονομικού προσωπικού που ασχολείται **αποκλειστικά και μόνο** με τα ιατρικά καθήκοντα, δεν θα μείνουν ατιμώρητες και οι υπεύθυνοι θα οδηγηθούν στη δικαιοσύνη, όπως προβλέπεται από την εθνική νομοθεσία και τις υποχρεώσεις που απορρέουν από το Διεθνές Δίκαιο.³⁰³

Υπογραμμίζει, τέλος, την ανάγκη συλλογής των δεδομένων, από τα Κράτη, που σχετίζονται με την παρεμπόδιση, τις απειλές και τις σωματικές επιθέσεις κατά του υγειονομικού προσωπικού αλλά και τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η μόρφωση και η εκπαίδευση του ΔΑΔ στην υποστήριξη των προσπαθειών για την

³⁰¹ Βλ. United Nations Security Council Resolution 2175 (2014), 29 August 2014, UN Doc. S/RES/2175, διαθέσιμο σε : http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2175%20%282014%29

³⁰² Βλ. United Nations Security Council Resolution 2286 (2016), 3 May 2016, UN Doc. S/RES/2286, διαθέσιμο σε: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2286%282016%29

³⁰³ Βλ. UN Doc. S/RES/2286/2016, ο.π

αναχαίτηση και την πρόληψη των πράξεων βίας που υφίστανται όλες οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.³⁰⁴

Σε αυτό το σημείο, κρίνεται αναγκαίο να αναφερθεί το ψήφισμα 69/132 της Γενικής Συνέλευσης, στο οποίο το εν λόγω όργανο ενισχύει και ενδυναμώνει τους κανόνες του ΔΑΔ και του ΔΔΑΔ που ισχύουν έναντι επιθέσεων στις υπηρεσίες υγείας, καταδικάζει *«τις επιθέσεις στην υγειονομική περίθαλψη, οι οποίες μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την απώλεια της ζωής και τον ανθρώπινο πόνο»* και καλεί τα κράτη *«να προωθήσουν το δικαίωμα ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, να σέβονται την ακεραιότητα του υγειονομικού προσωπικού κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, σύμφωνα με τους κώδικες δεοντολογίας και να το προστατεύουν από την παρεμπόδιση, τις απειλές και τις σωματικές επιθέσεις.»*

Η Γενική Συνέλευση προτρέπει, επίσης, τα κράτη μέλη να συνεργαστούν, κατά περίπτωση, με Διεθνείς Οργανισμούς αλλά και με μη κρατικούς δρώντες για την δημιουργία αποτελεσματικών προληπτικών μέτρων για την ενίσχυση και την προώθηση της ασφάλειας και της προστασίας του υγειονομικού προσωπικού. Τέλος, το ψήφισμα επαναβεβαιώνει την ανάγκη ο WHO να εκπληρώσει την εντολή που έχει λάβει από την WHA, ήτοι να αναλάβει παγκόσμιο ηγετικό ρόλο στην ανάπτυξη μεθόδων συλλογής και διάδοσης δεδομένων σχετικά με τις επιθέσεις στις υπηρεσίες υγείας σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης³⁰⁵

Επιπρόσθετα, ιδιαίτερη αναφορά αξίζει να γίνει στην υιοθέτηση της «Ευθύνης Προστασίας» (Responsibility to Protect/R2P) από την Παγκόσμια Διάσκεψη Κορυφής το 2005, η οποία ορίζει ότι η Διεθνής κοινότητα, μέσω των Ηνωμένων Εθνών, έχει την ευθύνη να χρησιμοποιήσει την «εξουσία» του Συμβουλίου Ασφαλείας για την προστασία των πληθυσμών από τα Διεθνή εγκλήματα, όπως η γενοκτονία, τα εγκλήματα πολέμου, και τα εγκλήματα κατά της ανθρωπότητας, συμπεριλαμβανομένης της ανάληψης διεθνούς δράσης, όπου οι εκάστοτε κρατικές αρχές αδυνατούν πρόδηλα να το κάνουν.³⁰⁶

³⁰⁴ Βλ. UN Doc. S/RES/2286/2016, ο.π

³⁰⁵ Βλ. United Nations General Assembly Resolution 69/132 on Global Health and Foreign Policy, 9 January 2015, UN. Doc A/RES/69/132, διαθέσιμο σε : http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/132

³⁰⁶ Βλ. United Nations General Assembly Resolution 60(2005), 15 September 2005, UN.Doc S/RES/60/L.1, 2005 World Summit Outcome, para.138-140, διαθέσιμο σε : <http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/worldsummit.pdf>

Συμπερασματικά, παρόλο που υπάρχει μια αισθητή ενεργοποίηση/ κινητοποίηση των Διεθνών Οργάνων και Οργανισμών των Η.Ε σχετικά με την υιοθέτηση μέτρων από τα κράτη προς τον σκοπό την πρόληψης, της προστασίας και της λογοδοσίας των υπευθύνων για τις επιθέσεις στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στις ένοπλες συρράξεις, τα περιστατικά βίας στους ανθρωπιστικούς δρόντες συνεχίζονται αυξανόμενα, καταδεικνύοντας, ίσως, έτσι την ανάγκη για περισσότερο αποτελεσματικούς μηχανισμούς λογοδοσίας.

iii) Οι επιθέσεις κατά των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ως σοβαρές παραβιάσεις του ΔΑΔ από τις Εξεταστικές Επιτροπές για το Λίβανο και τη Γάζα (Fact-Finding Commissions)

Στην προσπάθεια αντιμετώπισης των παραβιάσεων του ΔΑΔ αναφορικά με την προστασία των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, έχει συμβάλει με την εξαιρετικά σημαντική της έκθεση, η Εξεταστική Επιτροπή του Λιβάνου (Commission of Inquiry-Fact Finding Commission), η οποία ιδρύθηκε με την απόφαση S-2/1 του Συμβουλίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (HRC) με τίτλο «*Η σοβαρή κατάσταση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στο Λίβανο που προκλήθηκε από τις Ισραηλινές στρατιωτικές επιχειρήσεις*» για να ερευνήσει, μεταξύ άλλων, τη συστηματική στόχευση και τις δολοφονίες των αμάχων στο Λίβανο από το Ισραήλ, το 2006.³⁰⁷

Η Επιτροπή υπογράμμισε ένα σημαντικό μοτίβο υπερβολικής, αδιάκριτης και δυσανάλογης χρήση βίας από τις Ισραηλινές Στρατιωτικές Δυνάμεις (Israel Defence Force-IDF) κατά των Λιβανέζων αμάχων και των πολιτικών στόχων, παραβιάζοντας, έτσι, την αρχή της διάκρισης. Όσον αφορά στα μέτρα που έλαβε το Ισραήλ για να ελαχιστοποιήσει τις απώλειες των αμάχων, η Επιτροπή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το IDF δεν έδινε αποτελεσματική προειδοποίηση, όπως απαιτείται σύμφωνα με το ΔΑΔ και το άρθρο 57 του ΠΠΠ '77.³⁰⁸ Στο ίδιο πνεύμα, η Επιτροπή κατέγραψε διάφορες περιπτώσεις άμεσων επιθέσεων από τον Ισραηλινό στρατό στο υγειονομικό προσωπικό, ενώ επαλήθευσε ότι ο συγκεκριμένος στρατός πραγματοποίησε επιθέσεις

³⁰⁷ Βλ. United Nations General Assembly, Human Rights Council, A/HRC/S-2/L.1, 9 August 2006 , διαθέσιμο σε <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/G06/133/02/PDF/G0613302.pdf?OpenElement>

³⁰⁸ Βλ. Report of the Commission of Inquiry on Lebanon pursuant to Human Rights Council resolution S 2/1, A/HRC/3/2, 23 November 2006, para. 13, 14 διαθέσιμο σε : <http://www.refworld.org/docid/45c30b6e0.html>

σε μια σειρά υγειονομικών εγκαταστάσεων στον Λίβανο, παρά την προστασία που υφίστανται βάσει ΔΑΔ.³⁰⁹

Ως προς τις υγειονομικές εγκαταστάσεις, στη Tibnin, το «κυβερνητικό» νοσοκομείο είχε υποστεί πλήγματα στην υποδομή του από επιθέσεις, σε πέντε από τις οποίες ήταν παρούσα η Επιτροπή. Σύμφωνα με τις εκθέσεις που έλαβε η Επιτροπή, στις 13 Αυγούστου, η περιοχή γύρω από το νοσοκομείο αποτέλεσε αντικείμενο βομβιστικής επίθεσης - ακριβώς πριν από την κατάπαυση του πυρός. Σύμφωνα με τις εκθέσεις αυτές, η επίθεση έλαβε χώρα, ενώ περίπου 2.000 άμαχοι είχαν βρει καταφύγιο μέσα στο νοσοκομείο.³¹⁰ Αξιοσημείωτης σημασίας αποτελεί το γεγονός ότι η Επιτροπή διαπίστωσε, εν τέλει, ότι δεν υπήρχε καμία δικαιολογία για τις επιθέσεις από στρατιωτικής άποψης ενώ δεν βρήκε κανένα αποδεικτικό στοιχείο για το ότι το νοσοκομείο είχε χρησιμοποιηθεί με οποιονδήποτε τρόπο και για στρατιωτικούς σκοπούς.³¹¹

Ομοίως, στο Baalbeck, άλλο ένα νοσοκομείο αποτέλεσε στόχο των IDF. Το νοσοκομείο Dar-el-Hekma δέχθηκε επίθεση, ενώ δεν είχε ασθενείς εκείνη τη στιγμή, παρά μόνο προσωπικό, από τα μέλη του οποίου, ένας σκοτώθηκε και δύο τραυματίστηκαν.³¹² Για ακόμα μια φορά, η Επιτροπή δεν έλαβε καμία πληροφορία ως προς το αν το νοσοκομείο είχε χρησιμοποιηθεί από τους μαχητές της Χεζμπολάχ και συνεπώς δεν υπήρχε καμία δικαιολογία για τη ζημιά και την καταστροφή του ιατρικού εξοπλισμού, των επίπλων, των επίσημων εγγράφων ή των αρχείων των ασθενών, καθένα από τα οποία αποτελούσαν καθαρά πλοτικούς στόχους. Επιπλέον, σημαντική διαπίστωση της Επιτροπής αποτελεί ότι η προέλευση της χρηματοδότησης του νοσοκομείου ή οι πιθανές διασυνδέσεις μεταξύ ορισμένων μελών του προσωπικού και της Χεζμπολάχ δεν μπορεί, σε καμία περίπτωση, να δικαιολογήσει την υπόθεση ότι το εν λόγω νοσοκομείο αποτελεί στρατιωτικό στόχο.³¹³

³⁰⁹Βλ. Report of the Commission of Inquiry on Lebanon pursuant to Human Rights Council resolution S 2/1, para 15, 27, ο.π

³¹⁰ Βλ. Report of the Commission of Inquiry on Lebanon pursuant to Human Rights Council resolution S 2/1, para 163, ο.π

³¹¹ Βλ. Report of the Commission of Inquiry on Lebanon pursuant to Human Rights Council resolution S 2/1, para 165, ο.π

³¹²Βλ. Report of the Commission of Inquiry on Lebanon pursuant to Human Rights Council resolution S 2/1, para 166, ο.π

³¹³ Βλ. Report of the Commission of Inquiry on Lebanon pursuant to Human Rights Council resolution S 2/1, para 167, ο.π

Σε άλλες περιπτώσεις, όπως στην Tyre, διαπιστώθηκε ότι κάποια νοσοκομεία χτυπήθηκαν από ακούσιο βομβαρδισμό ως παράπλευρες απώλειες. Έτσι λοιπόν, τα ευρήματα της Επιτροπής κατέληξαν ότι οι υγειονομικές εγκαταστάσεις αποτέλεσαν τόσο το αντικείμενο των αδικαιολόγητων άμεσων επιθέσεων όσο και το θύμα των παράπλευρων απωλειών.³¹⁴ Παράλληλα, η Επιτροπή δεν μπόρεσε να βρεί καμία εξήγηση, από τις ισραηλινές αρχές, που θα μπορούσε να δικαιολογήσει τις άμεσες η έμμεσες στρατιωτικές τους επιχειρήσεις κατά των ιατρικών εγκαταστάσεων, ενώ η γενική εξήγηση του Ισραήλ ότι όλες οι υποδομές που χτυπήθηκαν χρησιμοποιούνται από την Χεζμπολάχ δεν αρκεί για να δικαιολογήσει την παραβίαση των IDF της υποχρέωσής του να απέχει από τη διενέργεια επιθέσεων εναντίον προστατευμένων ιατρικών εγκαταστάσεων. Σύμφωνα με το ΔΑΔ, οι υγειονομικές μονάδες που χρησιμοποιούνται, αποκλειστικά για ιατρικούς σκοπούς, πρέπει να προστατεύονται, σε κάθε περίπτωση, ενώ χάνουν την ασυλία τους μόνο εάν χρησιμοποιηθούν εκτός της ανθρωπιστικής τους λειτουργίας για την διάπραξη επιβλαβών πράξεων στον εχθρό, γεγονός που δεν διαπίστωσε η Επιτροπή, παρα τους ισχυρισμούς του IDF.³¹⁵

Ως προς το υγειονομικό προσωπικό, η Επιτροπή σημείωσε ότι το υγειονομικό προσωπικό αλλά και τα οχήματα του Διεθνούς Κίνηματος του Ερυθρού Σταυρού και πιο συγκεκριμένα της ΔΕΕΣ αλλά και του Λιβανέζικου Ερυθρού Σταυρού βρεθήκαν στο στόχαστρο των επιθέσεων των IDF.³¹⁶

Σε όλες τις περιπτώσεις, για τις οποίες έλαβε πληροφορίες η Επιτροπή, ο Λιβανέζικος Ερυθρός Σταυρός είχε λάβει όλα τα μέτρα προστασίας στη διεξαγωγή δραστηριοτήτων, όπως ορίζεται από τις ΣΓ'49. Πιο συγκεκριμένα, τα οχήματα που χρησιμοποιήθηκαν, είχαν το έμβλημα του Ερυθρού Σταυρού και οι δραστηριότητές τους έγιναν με πλήρη σεβασμό των διεθνών κανόνων ανθρωπιστικού δικαίου. Ακόμα, η Επιτροπή δεν βρήκε κανένα αποδεικτικό στοιχείο που να δείχνει ότι οι επιθέσεις αυτές συνδέονται με οποιοδήποτε τρόπο με στρατιωτικές δραστηριότητες της Χεζμπολάχ και ως εκ τούτου κατέληξε για ακόμα μια φορά στο ότι όλα αυτά τα

³¹⁴ Βλ. Report of the Commission of Inquiry on Lebanon pursuant to Human Rights Council resolution S 2/1, para 169, ο.π

³¹⁵ Βλ. Report of the Commission of Inquiry on Lebanon pursuant to Human Rights Council resolution S 2/1, para 170, ο.π

³¹⁶ Βλ. Report of the Commission of Inquiry on Lebanon pursuant to Human Rights Council resolution S 2/1, para 171-175, ο.π

περιστατικά συνιστούν σκόπιμη και αδικαιολόγητη στόχευση των προστατευμένων ιατρικών οχημάτων και του προσωπικού.³¹⁷

Καταλήγοντας, η Επιτροπή στην έκθεση της έβγαλε το συμπέρασμα ότι με την εσκεμμένη στόχευση του Λιβανέζικου Ερυθρού Σταυρού, τις παράπλευρες απώλειες και τις άμεσες επιθέσεις κατά των υγειονομικών εγκαταστάσεων, του προσωπικού και των οχημάτων, οι Ισραηλινές Στρατιωτικές Δυνάμεις διέπραξαν σοβαρή παραβίαση του εθνικού και του συμβατικού Διεθνούς Ανθρωπιστικού Δικαίου.³¹⁸ Αυτό συνεπάγεται ότι οι σοβαρές παραβιάσεις(grave breaches) των ΣΓ'49 και του ΠΠΠ '77 συνιστούν εγκλήματα πολέμου και ως απόρροια γίνεται λόγος για ατομική ποινική ευθύνη των δραστών.³¹⁹

Η συγκεκριμένη έκθεση αποτελεί μια ουσιαστική συμβολή στην προσπάθεια διεθνούς αναγνώρισης των παραβιάσεων που υφίστανται οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, καθώς δεν διαφαίνεται συχνά, τέτοιου είδους εκθέσεις να αναφέρονται σε περιστατικά επίθεσης κατά των νοσοκομείων, των ασθενοφόρων και του ιατρικού προσωπικού, αξιολογώντας τα ως σοβαρές παραβιάσεις του ΔΑΔ. Ναι μέν, δεν γίνεται ρητή αναφορά στις επιθέσεις κατα του υγειονομικού προσωπικού και εγκαταστάσεων ως εγκλήματα πολέμου, όπως στη τελευταία απόφαση 2286/2016 του ΣΑ/ΗΕ, αλλά γίνεται έμμεση αναφορά αφού κατονομάζονται(οι επιθέσεις) ως σοβαρές παραβιάσεις και αυτές ως εγκλήματα πολέμου.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έκθεση της Εξεταστικής Επιτροπής (Fact-Finding) εμπειρογνομόνων, η οποία ιδρύθηκε με την απόφαση S-9/1 του Συμβουλίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (HRC) με τίτλο «*Οι σοβαρές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στα κατεχόμενα παλαιστινιακά εδάφη, κυρίως λόγω των πρόσφατων ισραηλινών στρατιωτικών επιθέσεων εναντίον της κατεχόμενης Λωρίδας της Γάζας*» για τη διακρίβωση των πραγματικών περιστατικών στη σύρραξη που έλαβε μέρος το 2009 ανάμεσα στο Ισραήλ και στα κατεχόμενα εδάφη της

³¹⁷ Βλ. Report of the Commission of Inquiry on Lebanon pursuant to Human Rights Council resolution S 2/1, para 176, ο.π

³¹⁸ Βλ. Report of the Commission of Inquiry on Lebanon pursuant to Human Rights Council resolution S 2/1, para 323, ο.π

³¹⁹ Βλ. Report of the Commission of Inquiry on Lebanon pursuant to Human Rights Council resolution S 2/1, para 347, ο.π

Παλαιστίνης και την καταγραφή των παραβιάσεων του ΔΔΑΔ και του ΔΑΔ που διεπράχθησαν.³²⁰

Όσον αφορά τις παραβιάσεις κατά των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, η κυβέρνηση του Ισραήλ ισχυρίζεται ότι η Χαμάς χρησιμοποιούσε συστηματικά τις ιατρικές εγκαταστάσεις, τα οχήματα και τις στολές του προσωπικού ως κάλυψη για τρομοκρατικές πράξεις. Αυτό περιελάμβανε την εκτεταμένη χρήση των ασθενοφόρων που φέρουν τα προστατευτικά εμβλήματα του Ερυθρού Σταυρού/Ημισελήνου και τη χρήση των νοσοκομείων ως έδρα αλλά και ως καταφύγιο.³²¹

Η Επιτροπή διερεύνησε τις επιθέσεις εναντίον του νοσοκομείου Al Quds στο Tal el-Hawa, ένα από τα νοσοκομεία τα οποία φέρεται να χρησιμοποιήθηκαν για στρατιωτικούς σκοπούς από παλαιστινιακές ένοπλες ομάδες και χτυπήθηκε άμεσα από λευκό φώσφορο. Μετά από διεξαγωγή εκτενών συνεντεύξεων με το προσωπικό του νοσοκομείου αλλά και άλλων που βρίσκονταν στην περιοχή κατά τη στιγμή της επίθεσης, η Επιτροπή συμπέρανε πρώτον ότι οι πυρκαγιές που προκλήθηκαν, είχαν ως αποτέλεσμα τον πανικό μεταξύ των τραυματιών και ασθενών, δεύτερον, το νοσοκομείο έπρεπε να εκκενωθεί σε εξαιρετικά επικίνδυνες συνθήκες και τρίτον, οι ζωές εκατοντάδων αμάχων, συμπεριλαμβανομένου και του ιατρικού προσωπικού, τέθηκαν σε πολύ μεγάλο κίνδυνο. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι καμία προειδοποίηση δεν δόθηκε, σε κανένα σημείο, για την επικείμενη επίθεση, όπως προβλέπει το άρθρο 19 της IV ΣΓ '49.³²²

Υπό το φως όλων των ανωτέρω διεργασιών σχετικά με το νοσοκομείο Al Quds, κατά την Επιτροπή υπήρχαν βάσιμοι λόγοι ότι τόσο το νοσοκομείο, όσο και τα ασθενοφόρα, αποτέλεσαν αντικείμενο άμεσης επίθεσης των ισραηλινών ενόπλων δυνάμεων στην περιοχή, κατά παράβαση του άρθρου 18 της IV ΣΓ'49 και ότι το νοσοκομείο δεν θα μπορούσε να θεωρηθεί στρατιωτικός στόχος, καθώς ήταν απίθανο να υπήρξε ένοπλη παρουσία σε οποιοδήποτε από τα κτίρια του νοσοκομείου εκείνη τη στιγμή.³²³

³²⁰ Βλ. United Nations General Assembly, Human Rights Council, A/HRC/RES/S-9/1, 12 January 2009, διαθέσιμο σε : <https://unispal.un.org/DPA/DPR/unispal.nsf/0/404E93E166533F828525754E00559E30>

³²¹ Βλ. Report of the United Nations Fact Finding mission on the Gaza Conflict, Human Rights Council resolution A/HRC/12/48, 25 September 2009, para. 466, διαθέσιμο σε : <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/12session/A-HRC-12-48.pdf>

³²² Βλ. Report of the United Nations Fact Finding mission on the Gaza Conflict, para.467- 469, 615, 619, ο.π

³²³ Βλ. Report of the United Nations Fact Finding mission on the Gaza Conflict, para.623, ο.π

Παράλληλα, η Επιτροπή εξέτασε τις επιθέσεις εναντίον του νοσοκομείου AL –Wafa στην ανατολική Γάζα. Όπως και στην περίπτωση του πρώτου νοσοκομείου, αφού έλαβε αξιόπιστες μαρτυρίες από τους γιατρούς στο νοσοκομείο, η Επιτροπή απέκλεισε το ενδεχόμενο να υπήρχαν μαχητές μέσα στο νοσοκομείο κατά τη στιγμή της επίθεσης και συνεπώς βρήκε στοιχεία που να στηρίζουν τους ισχυρισμούς της ισραηλινής κυβέρνησης.³²⁴

Αναφορικά με τους ισχυρισμούς της Ισραηλινής κυβέρνησης ότι «η Χαμάς χρησιμοποιούσε τα ασθενοφόρα ως μέσο διαφυγής από μάχες με τις Ισραηλινές στρατιωτικές δυνάμεις(IDF)», αν και δεν είναι δυνατόν να ειπωθεί ότι δεν έγιναν προσπάθειες ποτέ από οποιαδήποτε παλαιστινιακή ένοπλη ομάδα να χρησιμοποιήσει ασθενοφόρα κατά τη διάρκεια στρατιωτικών επιχειρήσεων, η Επιτροπή από τις έρευνες³²⁵ που διεξήγαγε, πείστηκε ότι ακόμα και στην περίπτωση που χρησιμοποιήθηκαν ασθενοφόρα για αυτό το σκοπό, ήταν η εξαίρεση και όχι ο κανόνας.³²⁶

Στο καταληκτικό κείμενό της, η Επιτροπή προβαίνει σε συνολική αξιολόγηση των ευρημάτων, κάνοντας παράλληλα αναγωγή στο Διεθνές Δίκαιο, τα διεθνή έθιμα, το Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο και το Διεθνές Δίκαιο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Συγχρόνως, αφού αξιολογεί τόσο τη συμπεριφορά των Παλαιστινιακών αρχών, όσο και της Ισραηλινής κυβέρνησης, κάνει συστάσεις και στα δυο μέρη με απώτερο σκοπό την αποζημίωση των θυμάτων των παραβιάσεων και την αποκατάσταση της ειρήνης και της ασφαλείας της ευρύτερης περιοχής.

Διαπιστώνεται, επιπλέον, ότι σε πολλές περιπτώσεις το Ισραήλ απέτυχε να λάβει τις απαραίτητες προφυλάξεις³²⁷ που απαιτούνται από το εθιμικό δίκαιο και αντικατοπτρίζονται στο άρθρο 57 (2) (α) (ii) του ΠΠ'77 για την αποφυγή ή την ελαχιστοποίηση της απώλειας της ανθρώπινης ζωής, του τραυματισμού των αμάχων και της ζημιάς σε πολιτικούς στόχους(νοσοκομεία). Ως εκ τούτου, οι καταχρήσεις από την πλευρά της εξουσίας στοιχειοθετούν ύπαρξη κυβερνητικής ευθύνης για αποτυχία προστασίας θεμελιωδών δικαιωμάτων.³²⁸

³²⁴ Βλ. Report of the United Nations Fact Finding mission on the Gaza Conflict, para.467- 469, ο.π

³²⁵ Κανένας από τους οδηγούς ασθενοφόρων, από τους οποίους πήρε συνέντευξη η Επιτροπή δεν ανέφερε καμία προσπάθεια από τις παλαιστινιακές ένοπλες ομάδες να χρησιμοποιήσουν τα ασθενοφόρα για οποιοδήποτε απώτερο σκοπό.

³²⁶ Βλ. Report of the United Nations Fact Finding mission on the Gaza Conflict, para.474 ο.π

³²⁷ Επίθεση με λευκό φώσφορο

³²⁸ Βλ. Report of the United Nations Fact Finding mission on the Gaza Conflict, para.1919 ο.π

Τέλος, από τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν, η Επιτροπή κατέληξε ότι διαπράχθησαν σοβαρές παραβιάσεις της IV ΣΓ'49 από τις ισραηλινές ένοπλες δυνάμεις στη Γάζα, όπως βασανιστήρια ή απάνθρωπη μεταχείριση, εσκεμμένη πρόκληση πόνο ή σοβαροί τραυματισμοί σωματικοί και ψυχικοί, εκτεταμένη καταστροφή περιουσίας, που δεν δικαιολογούνται από τη στρατιωτική αναγκαιότητα και διεξάγονται παράνομα και αναίτια. Όλες οι ανωτέρω παραβιάσεις, συνεπάγονται την ανάγκη απόδοσης ατομικής ποινικής ευθύνης, ενώ η χρήση των ανθρώπινων ασπίδων αποτελεί, επίσης, έγκλημα πολέμου σύμφωνα με το Καταστατικό της Ρώμης του Διεθνούς Ποινικού Δικαστηρίου.³²⁹

iv) Νοσοκομείο Vukovar : Μια σημαντική συνεισφορά (δικαστικός στιγματισμός) για τις παραβιάσεις του ΔΑΔ

Παρά το γεγονός ότι, μια αμιγώς κατασταλτική προσέγγιση στο ζήτημα των παραβιάσεων ΔΑΔ κατά της υγειονομικής περίθαλψης, μέσα από την ποινική δίωξη και την τιμωρία των δραστών, δεν μπορεί να εμποδίσει εντελώς τέτοια περιστατικά, ένας αποτελεσματικός και κατάλληλος δικαστικός στιγματισμός μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του αριθμού των εν λόγω περιστατικών.³³⁰ Στο πλαίσιο αυτό, η υπόθεση του Νοσοκομείου Vukovar αποτελεί, ίσως, ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα νομολογιακής αναγνώρισης της παραβίασης κατά της ιερότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Πρόκειται για μια υπόθεση η οποία εξετάστηκε τόσο από το Διεθνές Ποινικό Δικαστήριο της πρώην Γιουγκοσλαβίας³³¹ (ΔΠΔΓ) όσο και από τα εθνικά δικαστήρια της Σερβίας ενώ οδηγήθηκαν στη δικαιοσύνη οι δύο ανώτεροι διοικητές και οι άμεσοι δράστες.

Το νοσοκομείο στην Κροατική πόλη του Βούκοβαρ λειτουργούσε σε όλη τη διάρκεια της μη διεθνούς χαρακτήρα ένοπλης σύρραξης³³² στη Δημοκρατία της Κροατίας, ακόμη και στις σφοδρότερες μάχες. Παρά τις δύσκολες συνθήκες, το ιατρικό προσωπικό παρείχε υγειονομική περίθαλψη στους τραυματίες και ασθενείς, μαχητές

³²⁹ Βλ. Report of the United Nations Fact Finding mission on the Gaza Conflict, para.1935 ο.π

³³⁰ Miroslav Alimpic, « The Vukovar Hospital case from the perspective of a national investigate judge», in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part II : The Way forward, Geneva, Vol.95, Number 890, 2013

³³¹ Prosecutor v. Mile Mrksic, Miroslav Radic, Veselin Sljivancanin, Case No. ICTY-IT-95-13/1-T, 27 September 2007

³³² Ανάμεσα στο Γιουγκοσλάβικο Λαϊκό Στρατό (Jugoslavenska Narodna Armija, JNA)-νόμιμο στρατό του κράτους τότε, μαζί με την Territorial Defence και τις κροατικές ένοπλες δυνάμεις (Zbor Narodne Garde, ZNG)

και άμαχους.³³³ Όταν οι σερβικές δυνάμεις κατέλαβαν την πόλη, ένας μεγάλος αριθμός αμάχων (γυναίκες, παιδιά και ηλικιωμένοι) βρήκαν, επίσης, καταφύγιο στο νοσοκομείο. Δεδομένου ότι δεν ήταν ασφαλές, ειδικά για τους τραυματίες και ασθενείς να παραμείνουν στο νοσοκομείο, ελήφθη η απόφαση από τη Κυβέρνηση της Κροατίας να εκκενώθει το νοσοκομείο, με την βοήθεια των JNA και την παρουσία διεθνών παρατηρητών.³³⁴

Την ημέρα της εκκένωσης, εκδόθηκε διαταγή για triage και διαχωρισμό των αμάχων, των τραυματιών και του ιατρικού προσωπικού και των οικογενειών τους από όσους ήταν ύποπτοι για την τέλεση ποινικών αδικημάτων. Όσοι ήταν ύποπτοι για την διάπραξη αδικημάτων, διαχωρίστηκαν και μεταφέρθηκαν, στις 20 Νοεμβρίου του 1991, στην φάρμα Oncara. Εκεί, μετά από διαρκή κακομεταχείριση από μέλη της Vukovar Territorial Defence, εκτελέστηκαν τουλάχιστον 200 άτομα.³³⁵

Σύμφωνα με την απόφαση του, το Περιφερειακό Δικαστήριο του Βελιγραδίου(District Court) μετά που έλαβε υπόψη του όλα τα στοιχεία που συγκέντρωσε, κατέληξε ότι δεν μπορεί να υπάρξει καμία αμφιβολία ότι μεταξύ των θυμάτων της σφαγής στη φάρμα ήταν και δύο μέλη των κροατικών ενόπλων δυνάμεων και ασθενείς άμαχοι του νοσοκομείου, είτε πραγματικά ασθενείς είτε προσποιούμενοι κάποιο τραυματισμό ή ασθένεια, καθώς και ενδεχομένως, ξένοι μισθοφόροι.³³⁶ Επιπλέον, διαπίστωσε ότι οι δράστες είναι υπεύθυνοι για εγκλήματα πολέμου κατά αιχμαλώτων πολέμου, μετά από συμφωνία που είχε γίνει μεταξύ των εμπολέμων να μεταχειριστούν τους κρατούμενους ως αιχμαλώτους πολέμου, παρα το γεγονός ότι επρόκειτο για μη διεθνούς χαρακτήρα ένοπλη σύρραξη.³³⁷

Αναφορικά με τις εγκληματικές ενέργειες των δραστών, το Δικαστήριο διερεύνησε αν επρόκειτο για εγκλήματα πολέμου μόνο κατά αιχμαλώτων ή αν έχουν διαπραχθεί και άλλα αδικήματα, δεδομένου ότι, μεταξύ των θυμάτων, δεν υπήρχαν μόνο αιχμάλωτοι αλλά και άμαχοι τραυματίες και ασθενείς. Το Δικαστήριο κατέληξε οτι ακόμη και αν οι πράξεις των κατηγορουμένων είχαν ορισμένα στοιχεία των

³³³ Miroslav Alimpic, « The Vukovar Hospital case from the perspective of a national investigate judge», ο.π σελ 269

³³⁴ European Community Monitoring Mission

³³⁵ Miroslav Alimpic, « The Vukovar Hospital case from the perspective of a national investigate judge», ο.π σελ 269-270

³³⁶ Βλ. District Court in Belgrade (War Crimes Chamber), Prosecutor v. Mirosljub Vukovic et al., Case No. K.V. 4/2006, 12 March 2009

³³⁷ Βλ. District Court in Belgrade (War Crimes Chamber), Prosecutor v. Mirosljub Vukovic et al., Case No. K.V. 4/2006, ο.π

αδικημάτων των εγκλημάτων πολέμου εναντίον των τραυματιών και ασθενών και κατά του άμαχου πληθυσμού, οι εν λόγω πράξεις εξακολουθούσαν να επικεντρώνονται στο κυρίαρχο αδίκημα των εγκλημάτων πολέμου κατά των αιχμαλώτων, επειδή διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα από τα θύματα είχαν αυτό το καθεστώς και ότι οι κατηγορούμενοι διέπραξαν τα εγκλήματα εναντίον τους, με την πεποίθηση ότι πράγματι είχαν να κάνουν με αιχμαλώτους πολέμου.³³⁸

Με τα γεγονότα στη φάρμα Oncara ασχολήθηκε και το ΔΠΔΓ, εκτός από το Περιφερειακό Δικαστήριο του Βελιγραδίου (War Crimes Chamber), του οποίου η δίκη ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2005 και διήρκεσε μέχρι το Σεπτέμβριο του 2007. Σύμφωνα με το εν λόγω Δικαστήριο, κατηγορητήριο ήταν εναντίον των 3 ανώτατων υπευθύνων «Vukovar Three»³³⁹ για το σχεδιασμό, την υποκίνηση, την εντολή ή με άλλο τρόπο βοήθεια και παρακίνηση για τα εγκλήματα των διώξεων για πολιτικούς, φυλετικούς ή θρησκευτικούς λόγους, για εξόντωση, δολοφονίες, βασανιστήρια, απάνθρωπες πράξεις και βάνανυση μεταχείριση, βάσει των άρθρων 3 και 7 του Καταστατικού της Ρώμης.³⁴⁰

Μέσα από τη συγκεκριμένη απόφαση καταδεικνύεται ακόμα μια φορά ότι οι επιθέσεις σε νοσοκομεία, το ιατρικό προσωπικό και τις μεταφορές δεν ήταν κάτι σπάνιο στις ένοπλες συρράξεις, ήδη από τη δεκαετία του 1990. Οι συγκεκριμένες επιθέσεις αποτελούν προσβολή προς τις θεμελιώδεις ιδέες της ανθρωπότητας και μια σοβαρή πρόκληση για την ευρύτερη διεθνή κοινότητα, η οποία απλά πρέπει να βρει έναν αποτελεσματικό τρόπο για να αποτρέπει τέτοια περιστατικά. Οι δραστηριότητες της Διεθνούς Κοινότητας και η χρήση των ισχυρών μέσων που διαθέτει, με τη μορφή των μηχανισμών ποινικής δίωξης και τιμωρίας σε εθνικά και διεθνή δικαστήρια είναι που μπορούν να κάνουν μια σημαντική συνεισφορά στη μείωση του αριθμού των παραβιάσεων του ΔΑΔ.

³³⁸ Miroslav Alimpic, « The Vukovar Hospital case from the perspective of a national investigate judge», ο.π σελ 272

³³⁹ Εναντίον των αξιωματικών του JNA : 1) Συνταγματάρχη Mile Mrksic, ο οποίος καταδικάστηκε με 20 χρόνια φυλακή, 2) Ταγματάρχη Veselin Sljivanc, ο οποίος καταδικάστηκε με 5 χρόνια φυλακή και 3) Λοχαγού Miroslav Radic, ο οποίος αθωώθηκε απ όλες τις κατηγορίες.

³⁴⁰ Βλ. UN, ICTY, Summary of Judgement of Mile Mrksic, Veselin Sljivanc and Miroslav Radic, 27 September 2007

Π. Συστάσεις των εμπλεκόμενων ανθρωπιστικών δρώντων και της ΔΕΕΣ για την ασφαλή πρόσβαση των ανθρωπιστικών οργανώσεων και την προστασία των τραυματιών και ασθενών αμάχων

Στα πλαίσια της ευαισθητοποίησης και της προσπάθειας κατανόησης του σημερινού περιβάλλοντος και της βίας που αυτό συνεπάγεται στα στελέχη των ανθρωπιστικών οργανώσεων (υγειονομικό προσωπικό), στις εγκαταστάσεις και τις μεταφορές τους σε ένοπλες συρράξεις, η «κοινότητα της υγειονομικής περίθαλψης» εν γένει, έχει κινητοποιηθεί για να λάβει μέτρα για την αντιμετώπιση του εν λόγω ζητήματος.

Πιο συγκεκριμένα, το Health Care in Danger αποτέλεσε το έναυσμα για οργανώσεις, όπως η Παγκόσμια Ιατρική Ένωση (WMA), η Διεθνής Επιτροπή Στρατιωτικής Ιατρικής (ICMM), οι Γιατροί χωρίς Σύννορα (MSF), το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών(ICN) και η Διεθνής Φαρμακευτική Ομοσπονδία(FIP), οι οποίες συγκλήθηκαν από την ΔΕΕΣ, με κύριο σκοπό να προβληματιστούν και να συμφωνήσουν σχετικά με ένα κοινό παρανομαστή ηθικών αρχών της υγειονομικής περίθαλψης και των ειδικών προκλήσεων που αυτή επιφέρει σε περιόδους ενόπλων συγκρούσεων και άλλων καταστάσεων έκτακτης ανάγκης.³⁴¹

Ορισμένες από τις γενικές αρχές, στις οποίες δεσμεύτηκαν, οι οργανώσεις, για την εφαρμογή αλλά και την διάδοση τους, ύστερα από διαβουλεύσεις, επιβεβαιώνοντας το μακροχρόνιο έργο της ΔΕΕΣ είναι ότι :

- i) Οι ηθικές αρχές της υγειονομικής περίθαλψης είναι ίδιες είτε σε περίοδο πολέμου, είτε σε περίοδο ειρήνης
- ii) Ασχέτως των επιχειρημάτων που μπορεί να παρουσιαστούν στο υγειονομικό προσωπικό, αυτό δεν μπορεί να δεχτεί πράξεις βασανιστηρίων ή οποιαδήποτε άλλη μορφή σκληρής, απάνθρωπης ή εξευτελιστικής μεταχείρισης υπό οποιεσδήποτε συνθήκες, ενώ παράλληλα δεν μπορεί να λάβει μέρος σε τέτοιες ενέργειες.
- iii) Το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αποκαλύψει εμπιστευτικές πληροφορίες μόνο με την συγκατάθεση του ασθενούς ή μόνο όταν υπάρχει πραγματική η επικείμενη απειλή να « υποστεί βλάβη» ο ασθενής ή κάποιος άλλος

³⁴¹ Βλ. WMA, ICMM, ICN, FIP, ICRC, Ethical Principles of Health Care in times of armed conflict and other emergencies, διαθέσιμο σε : http://www.wma.net/en/20activities/60campaigns/11HealthDanger/10icrcevent/4245_002_Ethical_principles_web.pdf

iv)το υγειονομικό προσωπικό οφείλει να καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια να εξασφαλίσει το σεβασμό της ιδιωτικής ζωής των τραυματιών και ασθενών, μαχητών και αμάχων, μακριά από την δημοσιότητα ή τους πολιτικούς σκοπούς.³⁴²

Αναφορικά με την προστασία του ίδιου του προσωπικού, επιβεβαιώνεται ότι θα πρέπει να προστατεύεται κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του και να έχει ασφαλή πρόσβαση στους ασθενείς. Παράλληλα, κατά την εκπλήρωση των καθηκόντων του, θα αναγνωρίζεται από Διεθνώς αναγνωρισμένα σύμβολα όπως ο Ερυθρός Σταυρός, η Ερυθρά Ημισέληνος ή ο Κόκκινος Κρύσταλλος, ως μια ορατή εκδήλωση της προστασίας του, σύμφωνα με το εφαρμοστέο Διεθνές Δίκαιο.³⁴³

Από το 2012, με την υιοθέτηση της Resolution 5 για το Health in Danger Project, στην 31^η Διάσκεψη, η ΔΕΕΣ, συγκεκριμένα, σε συνεργασία με τους Εθνικούς Συλλόγους του Ερυθρού Σταυρού/Ερυθράς Ημισελήνου, τα κράτη, ΜΚΟ και άλλους φορείς (όπως προαναφέρθηκαν) που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας, ξεκίνησαν τις διαβουλεύσεις με ειδικούς εμπειρογνώμονες για την εφαρμογή σχετικών πρακτικών συστάσεων³⁴⁴ και τη βελτίωση της προστασίας της υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με τα ισχύοντα Διεθνή και εθνικά νομικά πλαίσια.³⁴⁵ Το εν λόγω έργο (Project) της ΔΕΕΣ έχει αποκτήσει μια πολύ θετική δυναμική, φέρνοντας σε επαφή όλους τους απαραίτητους φορείς, τόσο σε επιχειρησιακό όσο και σε διπλωματικό επίπεδο³⁴⁶, από τη Διεθνή Κοινότητα, οι οποίοι έχουν την αρμοδιότητα και την επιρροή για να επιτευχθεί μια σημαντική αλλαγή στο απαιτούμενο ζήτημα.

Στις αρχές του 2014, με πρωτοβουλία της ΔΕΕΣ, του Βέλγικου Ερυθρού Σταυρού και της Διυπουργικής Επιτροπής Ανθρωπιστικού Δικαίου του Βελγίου, περίπου 50 ειδικοί από την Αφρική, την Ασία, τη Μέση Ανατολή και την Αμερική, συναντήθηκαν στις Βρυξέλλες με στόχο την ενίσχυση της εθνικής νομοθεσίας, μέσω

³⁴² Βλ. WMA, ICMM, ICN, FIP, ICRC, Ethical Principles of Health Care in times of armed conflict and other emergencies, ο.π

³⁴³ Βλ. WMA, ICMM, ICN, FIP, ICRC, Ethical Principles of Health Care in times of armed conflict and other emergencies, ο.π

³⁴⁴ Είναι αναγκαίο, η υπεράσπιση(advocacy) και η ευαισθητοποίηση, που αποτελούν κύριο χαρακτηριστικό των τελευταίων 4 ετών να μετατραπούν σε πρακτικά μέτρα, με την μορφή συστάσεων μέσα από παγκόσμιες διαβουλεύσεις.

³⁴⁵ Report of the 31st International Conference of the Red Cross and Red Crescent, Geneva, 2011, Resolution 5, ο.π

³⁴⁶ Η ΓΣ/HE υιοθέτησε 4 ψηφίσματα για την προστασία του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης σε ένοπλες συγκρούσεις ή άλλες έκτακτες ανάγκες. Βλ. A/RES/69/120, A/RES/69/132, A/RES/69/133, A/RES/69/135

της εφαρμογής ειδικών νομοθετικών μέτρων από τα Κράτη για την καλύτερη προστασία των ατόμων που παρέχουν(προσωπικό) ή λαμβάνουν (τραυματίες και ασθενείς) υγειονομική περίθαλψη σε ένοπλες συγκρούσεις και άλλες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, ενώ η συζήτηση επικεντρώθηκε στην εφαρμογή του υφιστάμενου Διεθνούς πλαισίου και όχι στη δημιουργία νέων κανόνων ή προτύπων.³⁴⁷

Σε αυτό το πλαίσιο, κατέληξαν ότι τέσσερα ήταν τα θέματα πάνω στα οποία, θα μπορούσαν να ληφθούν μέτρα: i) η βελτίωση της νομικής προστασίας των ασθενών και του προσωπικού και των υγειονομικών εγκαταστάσεων, ii) η διασφάλιση της σωστής χρήσης των διακριτικών εμβλημάτων, iii) η παροχή νομικής προστασίας για τη διαφύλαξη της ιατρικής δεοντολογίας και εμπιστευτικότητας και iv) η αποτελεσματική επιβολή κυρώσεων για τις παραβιάσεις των κανόνων που προστατεύουν την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης.

Ως απόρροια των ανωτέρω διαβουλεύσεων, οι συστάσεις οι οποίες προέκυψαν από τους εμπλεκόμενους φορείς αφορούσαν τρεις βασικούς τύπους μέτρων: i) νομοθετικά μέτρα για την εφαρμογή του ισχύοντος Διεθνούς νομικού πλαισίου³⁴⁸ ii) τη διάδοση, την εκπαίδευση και τη κατάρτιση³⁴⁹ και iii) μέτρα για να εξασφαλιστεί ο καλύτερος συντονισμός μεταξύ των ενδιαφερόμενων μερών.³⁵⁰ Παράλληλα, οι συστάσεις περιλαμβάνουν ειδικά μέτρα για την αποτελεσματική καταστολή και επιβολή κυρώσεων για όλες τις μορφές βίας κατά της υγειονομικής περίθαλψης.³⁵¹

Δεδομένου, ωστόσο, ότι δεν έχουν φθάσει όλες οι χώρες το ίδιο επίπεδο εφαρμογής των Διεθνών υποχρεώσεών τους στο εθνικό νομικό τους πλαίσιο, είναι

³⁴⁷ Βλ. ICRC, « Domestic Normative Frameworks for the protection of health care», Geneva, January 2015, p.7

³⁴⁸ Οι συμμετέχοντες υπογράμμισαν ότι η εφαρμογή του Διεθνούς νομικού πλαισίου για την προστασία της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις ιδιαιτερότητες κάθε εσωτερικής έννομης τάξης(ενός Κράτους) και την κατανομή των δικαιοδοτικών αρμοδιοτήτων.

³⁴⁹ Τα κράτη πρέπει να λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα για την εκπαίδευση και την ευαισθητοποίηση των ενόπλων και των δυνάμεων ασφαλείας(στρατός, αστυνομία) , των δημοσίων υπαλλήλων, του υγειονομικού προσωπικού και του πληθυσμού γενικότερα σχετικά με την εθνική νομοθεσία για την προστασία της παροχής και πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Πολλοί συμμετέχοντες υπογράμμισαν ότι ένα από τα κύρια εμπόδια για την αποτελεσματική προστασία δεν ήταν η έλλειψη της εσωτερικής νομοθεσίας, αλλά το ότι οι υπεύθυνοι για την τήρηση και εφαρμογή των κανόνων προστασίας συχνά δεν γνωρίζουν την έκταση των υποχρεώσεών τους ή υπό ποιες συνθήκες αυτές εφαρμόζονται.

³⁵⁰ Εκτός από την σαφή καθορισμό των ρόλων και των ευθυνών των διαφόρων εμπλεκόμενων στον τομέα της παροχής επείγουσας υγειονομικής περίθαλψης, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην ανάγκη κάθε χώρα να έχει ένα **εθνικό σχέδιο συντονισμού**, το οποίο θα προσδιορίζει με σαφήνεια ποια αρμόδια αρχή είναι υπεύθυνη για τον συντονισμό και την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης σε περιόδους ενόπλων συγκρούσεων και άλλων καταστάσεων έκτακτης ανάγκης.

³⁵¹ Βλ. ICRC, « Domestic Normative Frameworks for the protection of health care»,ο.π, p. 8, 36

σημαντικό οι κρατικές αρχές να προσδιορίζουν/αναγνωρίζουν ποιες από αυτές τις προτάσεις είναι σχετικές με το δικό τους πλαίσιο και να επιλέγουν τα κατάλληλα μέσα για την εφαρμογή τους. Αυτό για να συμβεί, προϋποθέτει ότι τα κράτη λαμβάνουν μέτρα για να επιτευχθεί μια συνολική κατανόηση της φύσης και των αιτιών της βίας κατά υγειονομικής περίθαλψης που συμβαίνουν στο έδαφος τους.³⁵²

Για παράδειγμα, σε ορισμένες χώρες, έχει ήδη κατοχυρωθεί η υποχρέωση όλων των ατόμων για τη διάσωση ή την παροχή βοήθειας σε ανθρώπους που έχουν ανάγκη από επείγουσα ιατρική φροντίδα. Στην Κολομβία, η υποχρέωση αυτή απορρέει από το άρθρο 95 του Συντάγματός της.³⁵³ Πρόκειται για το «καθήκον της κοινωνικής αλληλεγγύης» και οποιαδήποτε παράβαση του μπορεί να οδηγήσει σε φυλάκιση σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα.³⁵⁴ Αντίστοιχα, στο Βέλγιο, η αποτυχία της παροχής ή λήψης βοήθειας σε/από ένα άτομο που βρίσκεται σε κίνδυνο, τιμωρείται με φυλάκιση από 8 μέρες έως ένα χρόνο ή/και με πρόστιμο σύμφωνα με το Βελγικό Ποινικό Κώδικα.

Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες υπογράμμισαν τη γενική έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τη φύση της βίας κατά της υγειονομικής περίθαλψης, όσον αφορά, κυρίως, στις αιτίες, στους δράστες και στις συνέπειές της. Ως εκ τούτου, η δημιουργία ενός εθνικού συστήματος συλλογής δεδομένων³⁵⁵ σχετικά με τα περιστατικά βίας κατά της υγειονομικής περίθαλψης κρίθηκε αναγκαία προκειμένου να υπάρξει καλύτερη εικόνα της κατάστασης που επικρατεί και έτσι οι κρατικές αρχές να αναπτύξουν μια κατάλληλη στρατηγική παρακολούθησης και προστασίας.³⁵⁶

³⁵² Βλ. ICRC, « Domestic Normative Frameworks for the protection of health care», ο.π., p. 8

³⁵³ Art. 95 of the Colombian Constitution: Duties of each person «... To strive, in accordance with the principle of social solidarity, to respond with humanitarian actions when faced with situations that endanger the life or health of individuals...»

³⁵⁴ Art. 131 of the Criminal Code (Law 599 of 2000): «*Failure to provide assistance/relief: A person who fails, without just cause, to assist a person whose life or health is in grave danger, shall be liable to imprisonment.*»

Art. 152 of the same law: «*Failure to provide humanitarian assistance and relief measures: A person who fails, within and during the armed conflict when so obliged, to adopt assistance and humanitarian relief measures in favour of protected persons shall be liable to imprisonment.*»

³⁵⁵ Το σύστημα αυτό θα : 1) θα ορίζεται από σαφή κριτήρια, την ταξινόμηση των δεδομένων στο πλαίσιο ειδικών κατηγοριών (το είδος των πληροφοριών που θα συλλέγεται και θα οργανώνονται) 2) θα το διαχειρίζονται οι κρατικές αρχές (π.χ. τα Υπουργεία υγείας και εσωτερικών) 3) θα έχει διαφάνεια και θα είναι ανεξάρτητο, με σκοπό την εξασφάλιση της αξιοπιστίας των δεδομένων που συλλέγονται 4) θα εξυπηρετεί μόνο τους σκοπούς της ανάλυσης (που δεν προορίζονται να χρησιμοποιηθούν στο πλαίσιο ποινικής δίωξης) και 5) θα διασφαλίζει τη προστασία της χρήσης και της πρόσβασης στα δεδομένα που συλλέγονται.

³⁵⁶ Βλ. ICRC, « Domestic Normative Frameworks for the protection of health care», ο.π., p. 38

Προτάθηκε, επιπλέον, να συμπληρωθεί το συγκεκριμένο εθνικό σύστημα από ένα Διεθνές σύστημα συλλογής δεδομένων, το οποίο θα επέτρεπε την εδραίωση και τη σύγκριση των δεδομένων, προκειμένου να αποκτήσουν τα Κράτη μια σφαιρική εικόνα της φύσης της βίας κατά την παροχής υγειονομικής περίθαλψης, παγκοσμίως. Αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα την ενδυνάμωση της συνεργασίας μεταξύ των Κρατών προκειμένου να αναπτύξουν παγκόσμιες και συντονισμένες στρατηγικές προστασίας τόσο για το υγειονομικό προσωπικό, όσο και για εγκαταστάσεις και τις μεταφορές.³⁵⁷

Τέλος, μέσα από μια σειρά διαπιστώσεων και παραδοχών στη συνάντηση των Βρυξελλών, βγήκε το συμπέρασμα ότι απαιτούνται πολλοί δρώντες, οι οποίοι θα λάβουν πολλά διαφορετικά μέτρα, για να επιτευχθεί μια αλλαγή. Εάν οι αρχές, ο στρατός, η αστυνομία, οι δικηγόροι, η Διεθνής Κοινότητα και οι επαγγελματίες εργαζόμενοι στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, λάβουν ορισμένα πρακτικά μέτρα, οι ζωές χιλιάδων ανθρώπων, σε πολλές χώρες σε όλο τον κόσμο, θα μπορούσαν να σωθούν.³⁵⁸

ι) Συστάσεις προς τις ένοπλες ομάδες για τις πρακτικές που διευκολύνουν την ιατρική πρόσβαση

Συνεχίζοντας στο ίδιο πλαίσιο των συστάσεων από την ΔΕΕΣ, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει μια από τις τελευταίες της εκθέσεις « Safeguarding the provision of health care: Operational practices and relevant international humanitarian law concerning armed groups». Πρόκειται για συστάσεις που αφορούν σε ένοπλες ομάδες, οι οποίες συμμετέχουν σε ένοπλες συρράξεις μη διεθνούς χαρακτήρα. Μετά από μια διαδικασία διαβούλευσης³⁵⁹ δύο ετών με 36 ένοπλες ομάδες³⁶⁰ από 10 χώρες, η ΔΕΕΣ έχει συγκεντρώσει μια σωρεία συστάσεων που αφορούν επιχειρησιακές

³⁵⁷ Βλ. ICRC, « Domestic Normative Frameworks for the protection of health care», ο.π, p. 39

³⁵⁸ Βλ. ICRC, « Domestic Normative Frameworks for the protection of health care», ο.π, p. 65

³⁵⁹ Οι διαβουλεύσεις έλαβαν τη μορφή μεμονωμένων ή ομαδικών συνεντεύξεων με μέλη των ενόπλων ομάδων, τα οποία κατείχαν πολιτικές, στρατιωτικές ή υγειονομικές θέσεις.

³⁶⁰ Οι ομάδες ήταν διαφορετικές όσον αφορά στο μέγεθος, την οργανωτική δομή, τους στρατηγικούς στόχους τους και την έκταση του εδαφικού ελέγχου.

πρακτικές και μέτρα που μπορούν να εφαρμόσουν οι ένοπλες ομάδες, ούτως ώστε να σέβονται και να προστατεύουν την υγειονομική περίθαλψη.³⁶¹

Οι διαβουλεύσεις επικεντρώθηκαν σε δύο ζητήματα: 1) στην πρόσβαση των ίδιων των ένοπλων ομάδων στην υγειονομική περίθαλψη και 2) στις απόψεις των ένοπλων ομάδων που αφορούν στο σεβασμό για το υγειονομικό προσωπικό, τις εγκαταστάσεις και τους τραυματίες και τα οχήματα που χρησιμοποιούνται για την εκκένωση τους. Αποτελεί καθοριστικής σημασίας το γεγονός ότι η εξέταση για το πώς ένοπλες ομάδες αντιλαμβάνονται τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, εκ των έσω, βοηθά στην απόκτηση μιας πιο ολοκληρωμένης εικόνας για τρόπο σκέψης και λειτουργίας τους.³⁶²

Σύμφωνα με την έρευνα, η συμπεριφορά των ενόπλων ομάδων προς την υγειονομική περίθαλψη εξαρτάται από συγκεκριμένους παράγοντες όπως είναι : 1) η έκταση του αποτελεσματικού ελέγχου που έχουν σε μια περιοχή,³⁶³ 2) η διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας,³⁶⁴ 3) το επίπεδο της οργάνωσης της ένοπλης ομάδας,³⁶⁵ 4) το επίπεδο της διοίκησης και του ελέγχου εντός των ομάδων³⁶⁶ και 5) οι τακτικές που έχουν υιοθετηθεί από τις ομάδες και τους αντιπάλους τους.

Επιπρόσθετα, συγκεντρώνει εξαιρετικό ενδιαφέρον το γεγονός ότι τα περισσότερα μέλη των ενόπλων ομάδων, χωρίς απαραίτητα να διαθέτουν λεπτομερή γνώση των

³⁶¹ Βλ. ICRC, 32nd International Conference of the Red Cross and Red Crescent, Health in Danger: Continuing to protect the delivery of health care together, Background Report, Geneva, 8-10 December 2015, 32IC/15/19.4, p. 6

³⁶² Βλ. ICRC, «Safeguarding the provision of health care, operational practices and relevant international humanitarian law concerning armed groups», Geneva, June 2015, p. 18, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4243.pdf>

³⁶³ Ο έλεγχος στις κατοικημένες περιοχές διαμορφώνει τον τρόπο και το βαθμό στον οποίο οι ένοπλες ομάδες αλληλεπιδρούν με το τοπικό πληθυσμό αλλά και με το υγειονομικό προσωπικό. Επηρεάζει, επίσης, την ικανότητα των ενόπλων ομάδων να εξασφαλίσουν την ασφαλή παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.

³⁶⁴ Η κατάσταση των υφιστάμενων υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με το γεωγραφικό περιβάλλον (αστικό ή αγροτικό), η κατάσταση της ασφάλειας και η διαθεσιμότητα των δρόμων και των μεταφορικών μέσων μεταφοράς έχουν επίδραση στην ικανότητα τόσο των ανθρώπων όσο και των ενόπλων ομάδων να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη,

³⁶⁵ Οι ένοπλες ομάδες με υψηλό επίπεδο οργάνωσης είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν εσωτερικές υγειονομικές υπηρεσίες.

³⁶⁶ Το επίπεδο της διοίκησης και ελέγχου που ασκείται από τις ένοπλες ομάδες διαμορφώνει την ικανότητά τους να συμμορφωθούν με τις νομικές υποχρεώσεις τους, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που αφορούν στο σεβασμό και στην προστασία της υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, προκειμένου για οι μονάδες υγείας των ένοπλων ομάδων να μπορούν να χρησιμοποιούν το διακριτικό έμβλημα, οι ομάδες πρέπει να αποδείξουν ένα ορισμένο βαθμό οργάνωσης και ότι είναι σε θέση να εφαρμόζουν τους κανόνες του ΔΑΔ. Πρέπει επίσης να υπάρχει μια αρμόδια αρχή που είναι υπεύθυνη για την παρακολούθηση της χρήσης του εμβλήματος.

κανόνων του ΔΑΔ για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, ήταν εξοικειωμένα με το πνεύμα και το περιεχόμενο αυτών των κανόνων³⁶⁷. Ειδικότερα, από την έρευνα προέκυψε ότι αυτές οι αρχές υφίστανται/ενσωματώνονται στην εκπαίδευσή, τον πολιτισμό, τη θρησκεία τους ή τους παραδοσιακούς κανόνες του πολέμου. Η συντριπτική πλειοψηφία των ένοπλων ομάδων, δε, κατά τη διάρκεια των διαβουλεύσεων συμφώνησαν με την ανάγκη σεβασμού και προστασίας της υγείας, εν γένει. Ωστόσο, μια μειοψηφία των ερωτηθέντων εξήγησε ότι η αντίληψή τους και μεταχείριση των τραυματιών δεν ήταν ομοιόμορφη, αλλά μάλλον εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο οι τραυματίες είχαν συμπεριφερθεί στη μάχη και αν είχαν διαπράξει «εγκλήματα» κατά τη διάρκεια αυτής.³⁶⁸

Όπως όλα τα μέρη στις ένοπλες συρράξεις μη διεθνούς χαρακτήρα, έτσι και οι ένοπλες ομάδες έχουν υποχρεώσεις στο πλαίσιο του ΔΑΔ να εξασφαλίζουν τόσο την ασφαλή πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για όσους έχουν ανάγκη, όσο και την ικανότητα του προσωπικού να παρέχει υγειονομική περίθαλψη.

Σε αυτό το πλαίσιο, η ΔΕΕΣ παρουσίασε μηχανισμούς ή μέτρα/συστάσεις³⁶⁹ για να εξασφαλίσει τη συμμόρφωση των ενόπλων ομάδων μέσω της ενσωμάτωσης των νομικών τους υποχρεώσεων προς την υγειονομική περίθαλψη στο δόγμα,³⁷⁰ στη «παιδεία»³⁷¹ και την εκπαίδευση τους³⁷², οι οποίες θα συνοδεύονται από ένα αποτελεσματικό σύστημα κυρώσεων.³⁷³

³⁶⁷ Ορισμένα μέλη ένοπλης ομάδας, μάλιστα, δήλωσαν ότι είναι αν «καλύτερα να τραυματίσεις κάποιον από το να τον σκοτώσεις» (better to wound than to kill), γιατί από τη στιγμή που θα τραυματιστεί ένας μαχητής, οι «σύντροφοί» του θα αποχωρήσουν από την μάχη για να του παρέχουν περίθαλψη. Ο σεβασμός προς τους τραυματίες θεωρείται, επίσης, ως ένα θετικό παράγοντα στις ειρηνευτικές διαπραγματεύσεις

³⁶⁸ Βλ. ICRC, «Safeguarding the provision of health care, operational practices and relevant international humanitarian law concerning armed groups», ο.π, p. 24, 25

³⁶⁹ Βλ. ICRC, «Safeguarding the provision of health care, operational practices and relevant international humanitarian law concerning armed groups», ο.π, p. 27- 30

³⁷⁰ Με τον όρο «δόγμα» νοούνται όλες οι βασικές αρχές που καθοδηγούν τη δράση των ένοπλων ομάδων σε στρατηγικό, επιχειρησιακό και τακτικό επίπεδο, ανεξάρτητα από τις μορφές που αυτές οι αρχές μπορούν να λάβουν. Περιλαμβάνει όλες τις οδηγίες, τις πολιτικές, τις διαδικασίες, τους κώδικες συμπεριφοράς και τα εγχειρίδια, πάνω στα οποία εκπαιδεύονται και τα οποία διαμορφώνουν μια κοινή τακτική και συμπεριφορά στις επιχειρήσεις.- Οι συστάσεις της ΔΕΕΣ περιλαμβάνουν ενσωμάτωση των διατάξεων του ΔΑΔ στο Δόγμα των ενόπλων ομάδων, προκειμένου να παρέχονται οι οδηγίες για την νόμιμη αλλά και την παράνομη συμπεριφορά(συνέπειες-εφαρμογή κυρώσεων).

³⁷¹ Μερικές ομάδες έχουν ειδικές μονάδες που, σε τακτά χρονικά διαστήματα, ενημερώνουν όλα τα μέλη της ομάδας για τις βασικές αρχές, συμπεριλαμβανομένων και των αρχών του ΔΑΔ. Σε άλλες ομάδες, ο διοικητής είναι υπεύθυνος να διασφαλίζει ότι τα στρατεύματα έχουν επίγνωση των εσωτερικών κανόνων. – Οι συστάσεις της ΔΕΕΣ αποσκοπούν στο να γίνουν τα μέσα και οι μηχανισμοί συμμόρφωσης με το ΔΑΔ, αναπόσπαστο κομμάτι του διδακτικού περιεχομένου των ενόπλων ομάδων.

³⁷² Οι πιο οργανωμένες ένοπλες ομάδες έχουν αναπτύξει μηχανισμούς για την εκπαίδευση των μελών τους στη παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Η εκπαίδευση είχε διάφορες μορφές, από την παροχή

Το μεγάλο στοίχημα για την ΔΕΕΣ είναι οι ένοπλες ομάδες να εντάξουν και να υιοθετήσουν αυτές τις σημαντικές συστάσεις, προκειμένου να ενισχυθεί η ικανότητά τους να σέβονται και να προστατεύουν όλες τις υπηρεσίες της υγειονομικής περίθαλψης. Ο κυριότερος λόγος είναι γιατί στις ένοπλες συρράξεις μη διεθνούς χαρακτήρα, οι ένοπλες ομάδες δεν λειτουργούν «στο κενό». Υπάρχει μια πληθώρα δρώντων, όπως το υγειονομικό προσωπικό, οι ανθρωπιστικές οργανώσεις και οι κρατικές αρχές, οι οποίες, επίσης, συμβάλλουν στην οικοδόμηση ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος για την ασφαλή και αμερόληπτη παροχή της υγειονομικής περίθαλψης.³⁷⁴

Ωστόσο, στις σύγχρονες πολύπλοκες ένοπλες συρράξεις, παραμένει δύσκολο εγχείρημα για τις ένοπλες ομάδες να προωθήσουν, τις αρχές του σεβασμού και της προστασίας του ΔΑΔ, στο δικό τους εσωτερικό και παράλληλα όταν αλληλεπιδρούν με τις άλλες ένοπλες ομάδες.

ii) Συστάσεις για την διευκόλυνση των υγειονομικών μεταφορικών μέσων

Εκτός από τις συστάσεις προς τις ένοπλες ομάδες, η ΔΕΕΣ έχει ασχοληθεί, ουκ ολίγες φορές και με την ενίσχυση του τομέα των υγειονομικών μεταφορών. Τον Μάιο του 2013, στο Μεξικό, έλαβε χώρα ακόμα μια συνεδρίαση(workshop)της ΔΕΕΣ με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς για την κατανόηση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν

πρώτων βοηθειών μέχρι τα μαθήματα χειρουργικής στο πεδίο της μάχης. Μάλιστα, ορισμένες ένοπλες ομάδες κάλεσαν εξωτερικούς φορείς για την παροχή εκπαίδευσης στις αρχές του ΔΑΔ. - Οι συστάσεις της ΔΕΕΣ περιλαμβάνουν την εκπαίδευση του ΔΑΔ με ένα ρεαλιστικό τρόπο. Οι ένοπλες ομάδες πρέπει να πάρουν μια σειρά μέτρων για την εκπαίδευση των μελών τους, ούτως ώστε να επιτρέπουν την ταχεία διέλευση των οχημάτων και για την ευαισθητοποίηση σχετικά με την ανάγκη να φροντίζουν τους τραυματίες και ασθενείς.

³⁷³ Πολλές από τις ένοπλες ομάδες σημείωσαν ότι κατείχαν έναν κατάλογο κυρώσεων, όπως ο ποινικός κώδικας. Επιπλέον, η ευθύνη για την επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση παραβιάσεων ήταν του διοικητή. Ανάλογα με τη σοβαρότητά τους, ορισμένες παραβιάσεις (του ΔΑΔ ή του ποινικού κώδικα) αναφορικά με το σεβασμό των τραυματιών, του υγειονομικού προσωπικού και των εγκαταστάσεων υπόκεινται σε σκληρότερες κυρώσεις. -Οι συστάσεις της ΔΕΕΣ αφορούν στα μέτρα/κυρώσεις που πρέπει να λαμβάνονται, προκειμένου να τιμωρούνται οι υπεύθυνοι για τις αυθαιρεσίες σε βάρος των τραυματιών και του προσωπικού. Οι κυρώσεις πρέπει να είναι ευρέως γνωστές, ορατές, προβλέψιμες και αποτελεσματικές, για την επίτευξη του σεβασμού των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου.

³⁷⁴ Βλ. ICRC, «Safeguarding the provision of health care, operational practices and relevant international humanitarian law concerning armed groups», ο.π, p. 47

τα μέλη του υγειονομικού προσωπικού κατά τη διάρκεια των μεταφορών τους με υγειονομικά μέσα/οχήματα.³⁷⁵

Όπως έχει ήδη γίνει αναφορά στο Μέρος Α της διπλωματικής (Κεφάλαιο των Παραβιάσεων), η πίεση και οι κίνδυνοι, που υφίστανται τα άτομα που παρέχουν τις πρώτες βοήθειες στα ασθενοφόρα αλλά και οι τραυματίες και ασθενείς, είναι τεράστιοι. Για ακόμα μια φορά, τονίστηκαν οι σημερινές προκλήσεις, όπως η κατάχρηση, η αυθαίρετη παρεμπόδιση ή λεηλασία και οι έμμεσες ή άμεσες επιθέσεις εναντίον των υγειονομικών οχημάτων, οι οποίες αποτελούν σημαντικά εμπόδια για την παροχή αποτελεσματικής και αμερόληπτης ιατρικής περίθαλψης.³⁷⁶

Κατόπιν διαβουλεύσεων, η ΔΕΕΣ προχώρησε, για ακόμα μια φορά, στην διατύπωση μιας σειράς συστάσεων με στόχο την ασφαλέστερη μεταφορά των τραυματιών και του υγειονομικού προσωπικού. Πρόκειται για συστάσεις οι οποίες περιλαμβάνουν 1) την ενίσχυση των εθνικών νομοθεσιών για την περαιτέρω προστασία των υπηρεσιών πρώτων βοηθειών και 2) τη βελτίωση του συντονισμού με τις αρχές, το στρατό και τους άλλους εμπλεκόμενους φορείς. Επιπλέον, προτάθηκε η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης³⁷⁷, η εκπαίδευση των ατόμων που παρέχουν τις πρώτες βοήθειες (συμπεριλαμβανομένων των οδηγών ασθενοφόρων) και, ενδεχομένως, η παροχή, σε προσωπικό και εθελοντές, εξοπλισμού ατομικής προστασίας³⁷⁸ και εκπαίδευση στη χρήση του.³⁷⁹

Όσον αφορά στη πρώτη κατηγορία των συστάσεων, υποστηρίχθηκε ότι για να εξασφαλιστεί η αποτελεσματική ανταπόκριση σε καταστάσεις κινδύνου, το νομικό πλαίσιο θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης και να ορίζει με σαφήνεια τους ρόλους και τις ευθύνες τους. Επιπλέον, ένα από τα θέματα που προέκυψαν κατά τη διάρκεια των διαβουλεύσεων ήταν η ανάγκη να εξεταστεί το δικαίωμα των εθελοντών στην ασφάλιση. Ο βαθμός στον οποίο οι εθελοντές έχουν ασφαλιστική

³⁷⁵ Βλ. ICRC, 32nd International Conference of the Red Cross and Red Crescent, Health in Danger: Continuing to protect the delivery of health care together, Background Report, ο.π, p. 5

³⁷⁶ Βλ. ICRC, «Ambulance and pre-hospital services in risk situations», Geneva, ο.π, p. 9

³⁷⁷ Οι εθελοντές θα πρέπει να εκπαιδεύονται στην οδική ασφάλεια, την ηθική και ψυχολογική υποστήριξη, σε θέματα ασφαλείας στο πεδίο, στις δεξιότητες επικοινωνίας και διαπραγμάτευσης, στην απόκτηση γνώσεων ανάλογα την κουλτούρα και τον πολιτισμό της εκάστοτε χώρας αλλά και στο Κώδικα Συμπεριφοράς του Κινήματος.

³⁷⁸ Στην αγγλική ορολογία, personal protective equipment (PPE)

³⁷⁹ Βλ. ICRC, «Ambulance and pre-hospital services in risk situations», Geneva, ο.π, p. 9

κάλυψη ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα και εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, από τα διαθέσιμους πόρους. Σύμφωνα με τις συστάσεις της ΔΕΕΣ, οι κυβερνήσεις και οι εθελοντικές οργανώσεις θα πρέπει να εργαστούν από κοινού για την προστασία των εθελοντών, λόγω του σημαντικού ρόλου που διαδραματίζουν.³⁸⁰

Τέλος, προτάθηκε η ανάγκη ανταλλαγής πληροφοριών (μέσω μιας πλατφόρμας) μεταξύ των εμπλεκόμενων στον ανθρωπιστικό τομέα για να συλλεχθούν δείγματα από τα υφιστάμενα νομικά πλαίσια των χωρών τους που ρυθμίζουν τις υπηρεσίες πρώτων βοηθειών, με σκοπό την άσκηση πίεσης για την υιοθέτηση ισχυρότερης νομοθεσίας και σε άλλες χώρες.³⁸¹

Αναφορικά με την δεύτερη κατηγορία των συστάσεων, το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να συνεργάζεται με όλους τους δρώντες, συμπεριλαμβανομένων των ενόπλων δυνάμεων. Έτσι, θα πρέπει να υπάρχει ένα νομικό πλαίσιο που να διέπει το συντονισμό μεταξύ των ατόμων που εμπλέκονται στην επείγουσα υγειονομική περίθαλψη (first responders) και τις ένοπλες δυνάμεις και παράλληλα να κατανοούν όλοι οι ενδιαφερόμενοι μεταξύ τους, τους ρόλους και τις μεθόδους επικοινωνίας και συντονισμού για την καλύτερη δυνατή συνεργασία. Υπάρχουν μια σειρά από μέτρα εκ των προτέρων που μπορούν να ληφθούν πριν από μια έκτακτη κατάσταση προκειμένου να διασφαλιστεί ο αποτελεσματικός συντονισμός, όπως η δημιουργία σχεδίων, μηχανισμών συντονισμού, κοινές ασκήσεις, προγράμματα εκπαιδεύσεις ή προσομοιώσεις με τις κυβερνήσεις, με το υγειονομικό προσωπικό τα μέλη της τοπικής κοινότητας και όσους γενικά εμπλέκονται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

382

Σε αυτό το σημείο, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί, καθώς παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, ο προβληματισμός που υπήρξε ως προς τον εξοπλισμό ατομικής προστασίας (PPE)³⁸³. Η συζήτηση στο Μεξικό επικεντρώθηκε περισσότερο στα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της χρήσης τους και λιγότερο για το αν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Το ίδιο το

³⁸⁰ Βλ. ICRC, «Ambulance and pre-hospital services in risk situations», Geneva, ο.π , p. 21, 22

³⁸¹ Βλ. ICRC, «Ambulance and pre-hospital services in risk situations», Geneva, ο.π , p. 28

³⁸² Βλ. ICRC, «Ambulance and pre-hospital services in risk situations», Geneva, ο.π , p. 28

³⁸³ Ο εξοπλισμός μπορεί να περιλαμβάνει : Αλεξίσφαιρα γιλέκα, κράνη, θωρακισμένα οχήματα, στολές που έχουν σχεδιαστεί ειδικά για την προστασία από χημικές ουσίες ή επικίνδυνα υλικά, γάντια (π.χ για προστασία από μολυσματικές ασθένειες), γυαλιά, και μάσκες. **Δεν συμπεριλαμβάνονται οι ένοπλες συνοδείες.**

υγειονομικό προσωπικό αναγνώρισε ότι η χρήση του προστατευτικού εξοπλισμού στο πεδίο δημιουργεί διλήμματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η χρήση του μπορεί να ενθαρρυνθεί και σε άλλες μπορεί να θέσει την ομάδα σε κίνδυνο.

Κατά τη διάρκεια των συζητήσεων, παρουσιάστηκαν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη λήψη των αποφάσεων αναφορικά με την χρήση του PPE. Έτσι λοιπόν, στα πλεονεκτήματα συγκαταλέγονται : 1) ότι ο εξοπλισμός μπορεί όντως να προσφέρει προστασία από τους κινδύνους. 2) όταν η κατάσταση το απαιτεί, η διαθεσιμότητά του μπορεί να έχει μια σημαντική επίδραση στην έγκαιρη ανταπόκριση(π.χ στολές, θωρακισμένα οχήματα) 3) το προσωπικό και οι εθελοντές μπορεί να αισθάνονται πιο ασφαλείς 4) μπορεί να είναι σε θέση το προσωπικό να φθάσει στους ασθενείς σε περιοχές που δεν θα ήταν δυνατόν να εισέλθουν χωρίς προστασία.³⁸⁴

Ως προς τα μειονεκτήματα : 1) ένα κύριο επιχείρημα κατά του προστατευτικού εξοπλισμού είναι ότι είναι ακριβό. 2) πολλές φορές είναι πιο δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ των ενόπλων δυνάμεων ή την αστυνομία και του υγειονομικού προσωπικού(εξαιτίας των στολών ή από τα κράνη) 3) ο εξοπλισμός είναι συχνά πολύ βαρύς, γεγονός που καθιστά δύσκολο για τους χρήστες να κινούνται ελεύθερα. 4) ο εξοπλισμός μπορεί να δώσει μια ψευδή αίσθηση ασφάλειας, η οποία οδηγεί τα άτομα στην ανάληψη περισσότερων ρίσκων, 5) οι εργαζόμενοι υγειονομικής περίθαλψης φορώντας τον PPE μπορεί να δεχθούν επίθεση από άτομα που θέλουν τον εξοπλισμό τους. Τέλος, ο εξοπλισμός μπορεί να δημιουργήσει φόβο στους ασθενείς ή τον πληθυσμό (οι μάσκες κρύβουν τα πρόσωπά και τους φοβίζουν/τρομοκρατούν).³⁸⁵

Ακόμα και σήμερα, δεν έχει βρεθεί μια κοινή λύση σχετικά με την χρήση του εξοπλισμού ατομικής προστασίας, στην οποία να μπορούν να συμφωνήσουν όλοι, καθώς οι επαγγελματίες του ανθρωπιστικού χώρου εργάζονται σε διαφορετικά περιβάλλοντα, όπου η αναγκαιότητα της χρήσης του PPE ποικίλλει αναλόγως.

³⁸⁴ Βλ. ICRC, «Ambulance and pre-hospital services in risk situations», Geneva, ο.π , p. 37

³⁸⁵ Βλ. ICRC, «Ambulance and pre-hospital services in risk situations», Geneva, ο.π , p. 37

iii) Συστάσεις για την ασφάλεια των υγειονομικών εγκαταστάσεων

Αναφορικά με την ενίσχυση της ασφάλειας των υγειονομικών εγκαταστάσεων και την πρόληψη έναντι των περιστατικών βίας, οργανώθηκαν δύο συνεδριάσεις (workshops) στην Οττάβα και στην Πρετόρια από τη ΔΕΕΣ, με παρουσία όλων των άμεσα εμπλεκόμενων φορέων.³⁸⁶

Κατόπιν διαβουλεύσεων, προτάθηκαν συστάσεις οι οποίες αφορούν, κατ αρχάς, προληπτικά μέτρα³⁸⁷ για την αύξηση της ασφάλειας των υγειονομικών εγκαταστάσεων, όπως η διάταξη των κτιρίων και η προστασία των υποδομών. Διασφαλίζοντας ότι εφαρμόζονται συστηματικά και σωστά αυτά τα μέτρα θα κάνουν μεγάλη διαφορά, όταν ξεσπάσει μία κρίση. Επιπλέον, τα μέτρα αυτά θα πρέπει να ενσωματωθούν σε τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας (πρωτόκολλα ασφαλείας) και να αξιολογούνται, δοκιμάζονται και επανεξετάζονται τακτικά. Όλα αυτά θα πρέπει να συμβαίνουν, στο πλαίσιο ρουτίνας, σε περιόδους ειρήνης, ούτως ώστε να αναπτυχθεί μια μεγαλύτερη αίσθηση ετοιμότητας.³⁸⁸

Αναγκαία κρίνεται, επίσης, η προετοιμασία του προσωπικού στην αξιολόγηση διάφορων κινδύνων, μέσω ασκήσεων ετοιμότητας οι οποίες βασίζονται σε ρεαλιστικά σενάρια. Αυτές θα πρέπει να επαναλαμβάνονται αρκετά συχνά για να εκπαιδεύονται όλοι οι νέοι και να διατηρείται ένα υψηλό επίπεδο ικανότητας και αντίδρασης μεταξύ των μελών του προσωπικού.³⁸⁹

³⁸⁶ WHO, WMA, MSF & προσωπικό από το Διεθνές Κίνημα του Ερυθρού Σταυρού/Ερυθράς Ημισελήνου.

³⁸⁷ Εξισορρόπηση της ανάγκης για φυσική ασφάλεια και πρόσβαση, εκτιμήσεις αναφορικά με την τοποθεσία των εγκαταστάσεων, διαχείριση στη πρόσβαση των ασθενών, συγγενών και του προσωπικού και έλεγχοι στην είσοδο της ροής των ατόμων (security screening & triage), δημιουργία ασφαλών δωματίων/χώρων εντός του νοσοκομείου για έκτακτη ανάγκη, συγκεκριμένη δομή των κτιρίων(συμπαγείς τοίχοι για ασπίδα), περιορισμός των παραθύρων και πορτών σε ένα κτίριο(προστατευτικά τοιχώματα σε μια απόσταση από τα παράθυρα), οι βασικές υπηρεσίες κοινής ωφέλειας πρέπει να βρίσκεται στο υπόγειο για να προστατεύονται από την έκρηξη και τη δολιοφθορά, αυτάρκεια (ένα ελάχιστο απόθεμα καυσίμων πρέπει να είναι διαθέσιμο προκειμένου να διασφαλιστεί ότι η υγειονομική εγκατάσταση μπορεί να συνεχίσει να λειτουργεί για ένα διάστημα κατά τη διάρκεια μιας έκτακτης ανάγκης), αποτελεσματικό σύστημα επικοινωνίας(δορυφορικά τηλέφωνα, internet, χρήση ηλιακής ενέργειας ως εφεδρική παροχή ηλεκτρικού ρεύματος)

³⁸⁸ Βλ. ICRC, « Ensuring the preparedness and security of health-care facilities in armed conflict and other emergencies», Geneva, July 2015, p.8, διαθέσιμο σε: <https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4239.pdf>

³⁸⁹ Βλ. ICRC, « Ensuring the preparedness and security of health-care facilities in armed conflict and other emergencies», Geneva, July 2015, p.8, ο.π

Επιπλέον, θα πρέπει να παρέχεται ψυχοκοινωνική υποστήριξη στο ιατρικό προσωπικό που εργάζεται κάτω από την πίεση. Οποιαδήποτε κατάσταση κρίσης μπορεί ενδεχομένως να αποσταθεροποιήσει τη συνολική λειτουργία των υγειονομικών εγκαταστάσεων. Οι εξωτερικές πιέσεις, οι εντάσεις μέσα στο νοσοκομείο, η ευθύνη του καθήκοντος τους, οι συναντήσεις με τους ασθενείς, τους συγγενείς ή με μέλη από ένοπλες ομάδες στη σύρραξη, είναι μόνο μερικές από τις προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει το υγειονομικό προσωπικό. Αυτό έχει ως συνέπεια, τα μέλη του προσωπικού να είναι εξίσου πιθανό να επηρεαστούν από μια κρίση όσο και οι άνθρωποι στους οποίους παρέχουν περίθαλψη.³⁹⁰

Ως εκ τούτου, πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, το οποίο θα είναι ευνοϊκό για το προσωπικό, ούτως ώστε να εκτελούν αποτελεσματικά τα καθήκοντά τους.³⁹¹

Τέλος, οι συστάσεις αφορούσαν και τον συντονισμό και την επικοινωνία με τις άλλες υγειονομικές εγκαταστάσεις, καθώς αυτά τα δύο συστατικά παίζουν καθοριστικό ρόλο, κατά τη διάρκεια μιας κατάστασης έκτακτης ανάγκης. Πρέπει να καταβάλλονται προσπάθειες συνεργασίας με τους τοπικούς φορείς/αρχές, ειδικά με τους υπευθύνους για τον συντονισμό της δημόσιας παροχής υγειονομικής περίθαλψης, σε καιρό ειρήνης, για την καλύτερη προετοιμασία όλων των υγειονομικών φορέων.³⁹²

Η θέσπιση μιας κοινής αντίληψης για το ρόλο των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να βοηθήσει στην προώθηση της εμπέδωσης του αμερόληπτου χαρακτήρα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης και επομένως να βελτιωθεί η ασφάλεια των υγειονομικών εγκαταστάσεων. Ο διάλογος/επικοινωνία για την ποιότητα και τον ρόλο της περίθαλψης πρέπει να είναι προκαθορισμένος για τη διασφάλιση της πρόσβασης και ασφάλειας σε περιόδους κρίσης και να γίνεται με βασικούς δρώντες, όπως τις κρατικές αρχές, τις ένοπλες ομάδες, εκπροσώπους των τοπικών κοινοτήτων κ.α. Επιπλέον, για την ενίσχυση και την προσαρμογή της ασφάλειας των

³⁹⁰ Βλ. ICRC, « Ensuring the preparedness and security of health-care facilities in armed conflict and other emergencies», Geneva, July 2015, ο.π, p.25

³⁹¹ Για παράδειγμα, οργάνωση ψυχαγωγικών ασκήσεων για το προσωπικό και άλλων δραστηριοτήτων για την καταπολέμηση του άγχους.

³⁹² Βλ. ICRC, « Ensuring the preparedness and security of health-care facilities in armed conflict and other emergencies», Geneva, July 2015, ο.π, p.20

υγειονομικών εγκαταστάσεων, θα πρέπει να υπάρχει μια συστηματική και συνεχή παρακολούθηση και επανεξέταση του πώς η εγκατάσταση γίνεται αντιληπτή μεταξύ των ενδιαφερομένων και του ευρύ κοινού αλλά και της προσβασιμότητας που έχουν το προσωπικό, οι ασθενείς και άλλοι εμπλεκόμενοι.³⁹³

Καταλήγοντας, όλες οι Διεθνείς Διασκέψεις της ΔΕΕΣ και οι συστάσεις που προκύπτουν από τις παγκόσμιες διαβουλεύσεις σκοπεύουν στην επίτευξη τριών σημαντικών στόχων : i) τη διατήρηση του ανθρωπιστικού ζητήματος ψηλά στη λίστα των προτεραιοτήτων Διεθνώς, ii) την εφαρμογή μέτρων σε εθνικό επίπεδο, από τα Κράτη, τα μέρη του Διεθνούς Κινήματος και «την κοινότητα της υγειονομικής περίθαλψης», που να αντανακλούν τις προκλήσεις αλλά και την πραγματικότητα, σύμφωνα με τους αντίστοιχους ρόλους, τις εντολές και τις δυνατότητές που έχουν και iii) την αποκόμιση των οφελών που προκύπτουν από την συνεργασία και την αποδοχή των διαφόρων εμπλεκόμενων μερών στο να μοιραστούν τις «καλές πρακτικές».³⁹⁴

³⁹³ Βλ. ICRC, « Ensuring the preparedness and security of health-care facilities in armed conflict and other emergencies», Geneva, July 2015, p. 20, 35, ο.π

³⁹⁴ Βλ. ICRC, 32nd International Conference of the Red Cross and Red Crescent, Health in Danger: Continuing to protect the delivery of health care together, Background Report, ο.π, p.12

ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Είναι γεγονός ότι η παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας στις ένοπλες συρράξεις αποτελούσε, ανέκαθεν, ένα επικίνδυνο και δύσκολο εγχείρημα. Ωστόσο, την τελευταία 15ετία, οι επιθέσεις εις βάρος όσων εργάζονται στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και στον ανθρωπιστικό χώρο, γενικότερα, έχουν τριπλασιαστεί. Κάθε βίαιη επίθεση κατά του υγειονομικού προσωπικού, των εγκαταστάσεων και των μεταφορών, είτε από κρατικούς είτε από μη κρατικούς δρώντες, προκειμένου «να βλάψουν» τον εχθρό έχει ευρύτερες συνέπειες, εκτός από τις προφανείς. Η προσωρινή αναστολή και τις περισσότερες φορές η πλήρης αποχώρηση της ανθρωπιστικής οργάνωσης έχει επηρεάσει, αναμφίβολα, εκατομμύρια ζωές και παράλληλα έχει αυξήσει τα επίπεδα ανησυχίας τόσο της Διεθνούς Κοινότητας, όσο και των άμεσα επηρεαζόμενων, ανθρωπιστικών οργανώσεων.

Η προστασία των θυμάτων των ενόπλων συρράξεων και, ως απόρροια, η παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας αποτελούν τους θεμελιώδεις στόχους τόσο των ανθρωπιστικών οργανώσεων, όσο και του ΔΑΔ εν γένει. Από την παρούσα διπλωματική εργασία προκύπτει ότι ο λόγος, για τον οποίο οι δυο αυτοί στόχοι αποτελούν αντικείμενο επίθεσης, είναι διττός!

Πρώτον, οι στόχοι αυτοί πλήττονται είτε από τα Κράτη, λόγω των πολιτικών σκοπιμοτήτων, στα πλαίσια της χειραγώγησης της ανθρωπιστικής βοήθειας στο βωμό του «πολέμου κατά της τρομοκρατίας» είτε, δεύτερον, από την πλευρά των μη κρατικών δρώντων, για πολιτικούς, θρησκευτικούς³⁹⁵ ή εθνικούς λόγους,³⁹⁶ αλλά και για να αποδείξουν τη δική τους δύναμη/ανδρεία, την αδυναμία των θυμάτων τους και την ανικανότητα των αντίπαλων στρατιωτικών δυνάμεων να τους προστατεύσει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, αφενός να δημιουργούνται υποψίες για τα κίνητρα και την ανεξαρτησία των ανθρωπιστικών οργανώσεων³⁹⁷ και αφετέρου να αυξάνεται ο κίνδυνος τόσο για τους αμάχους, όσο και για το προσωπικό των οργανώσεων.

³⁹⁵ Το τοπικό υγειονομικό προσωπικό στο Αφγανιστάν και στη Σομαλία έχει σκοτωθεί λόγω του ότι δουλεύουν με τους «ξένους απίστους» (Διεθνείς ανθρωπιστικές οργανώσεις) και άλλες φορές έχει απαχθεί για λύτρα από τις οικογένειες τους ή από τις Διεθνείς οργανώσεις στις οποίες εργάζονται.

³⁹⁶ Τέτοια παραδείγματα είναι η εθνοκάθαρση, η αποσταθεροποίηση της κυβέρνησης και ο έλεγχος ή η αναγκαστική μετακίνηση των πληθυσμών

³⁹⁷ Βλ. Αφγανιστάν και Σομαλία

Από την μια πλευρά, στο Μέρος Β' της εργασίας³⁹⁸ διαφαίνονται, μέσα από τις έρευνες, πολλά από τα κίνητρα των επιθέσεων των μη κρατικών δρώντων. Ο «Ανθρωπιστικός Χώρος» δέχεται επίθεση, όχι επειδή είναι αδύναμος ή αναποτελεσματικός, αλλά ακριβώς επειδή θεωρείται ως μια αποτελεσματική απειλή. Η βία είναι μια στοχευμένη «επιτελεστική πράξη», η οποία έχει σχεδιαστεί για να μεταφέρει ένα ισχυρό μήνυμα. Για παράδειγμα, στο Ιράκ, ο βομβαρδισμός της έδρας του ΟΗΕ και της ΔΕΕΣ προκάλεσε πολύ μεγαλύτερη δημοσιότητα για τους δράστες, από ότι θα είχε προκαλέσει μια επίθεση σε μια στρατιωτική νηοπομπή ή σε μια πολυσύχναστη αγορά.³⁹⁹

Τέτοιες επιθέσεις έχουν ως στόχο να αποδείξουν ότι οι μη κρατικές ένοπλες ομάδες είναι πιο ισχυρές από τις «Δυτικές στρατιωτικές δυνάμεις», ενώ πολλές φορές, στόχος τους είναι η πρόκληση ενός μειωμένου αισθήματος ασφάλειας. Με άλλα λόγια, το αίσθημα του φόβου και της ανασφάλειας χρησιμοποιείται θα λέγαμε σαν «όπλο πολέμου» καθώς πτοεί τόσο το ηθικό των κρατών που εμπλέκονται στη σύρραξη, λόγω της μη τήρησης των κανόνων του ΔΑΔ⁴⁰⁰ και της μη προσαρμογής (των ενόπλων ομάδων) στο σύστημα των κανόνων της Διεθνούς Κοινότητας, όσο λειτουργεί και αποτρεπτικά για την συμμετοχή ή και παραμονή των οργανώσεων και των μελών τους στο πεδίο της σύρραξης.

Επιπλέον, όλα τα ανωτέρω, σε συνδυασμό με την «θολή γραμμή» που έχει δημιουργηθεί σήμερα αναφορικά με τη διάκριση μελών των ανθρωπιστικών οργανώσεων και μαχητών, όταν οι τελευταίοι αναλαμβάνουν το ρόλο της αποκατάστασης της ειρήνης ή μεταφορές υγειονομικών προμηθειών, έχουν συμβάλει σε μια επικίνδυνη ευθυγράμμιση της ανθρωπιστικής βοήθειας με τα Δυτικά/πολιτικά συμφέροντα, με αποτέλεσμα την «στρατικοποίηση του ανθρωπισμού», την αύξηση της παρουσίας ένοπλης συνοδείας και ως απόρροια τη καχυποψία των μη κρατικών οντοτήτων αλλά και την αλλαγή του τρόπου αντιμετώπισης όλων των εμπλεκόμενων ανθρωπιστικών δρώντων.

³⁹⁸ Από τις παραβιάσεις του δικαιώματος προστασίας των τραυματιών και ασθενών μέσα από τη διεθνή πρακτική.

³⁹⁹ Βλ. Laura Hammond, «Why upholding humanitarian principles does not protect aid workers», ο.π.

⁴⁰⁰ Προκαλείται φόβος και δισταγμός εκ μέρους των στρατιωτών των κρατών, γιατί ξέρουν ότι αν τραυματιστούν ή συλληφθούν, κανείς δεν θα σεβαστεί τα δικαιώματά τους.

Τέλος, ένας από τους βασικότερες λόγους των επιθέσεων είναι ότι έχουν σχεδιαστεί για να προσελκύσουν και να στρατολογήσουν όσους αναζητούν ένα μέσο για να εκφράσουν το μίσος τους έναντι των «Δυτικών Κατακτητών».

Από την άλλη πλευρά, η προστασία των τραυματιών και ασθενών και η παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας/υγειονομικής περίθαλψης, βρίσκονται στο στόχαστρο των επιθέσεων των Κρατών στα πλαίσια των αντιτρομοκρατικών τους πολιτικών. Όπως αναλύθηκε στο Μέρος Β' της εργασίας, μια από τις βασικότερες αιτίες των επιθέσεων κατά των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, σε πολλές χώρες, είναι «ο πόλεμος κατά της τρομοκρατίας». Τα μέλη του υγειονομικού προσωπικού έχουν απειληθεί, συλληφθεί ή σκοτωθεί γιατί τήρησαν την ηθική τους υποχρέωση να παρέχουν αμερόληπτη φροντίδα σε ασθενείς, ανεξάρτητα από τις πολιτικές τους πεποιθήσεις, γεγονός που αντιβαίνει πλήρως στους Κανόνες του ΔΑΔ *«κανείς δεν μπορεί να τιμωρηθεί/διωχθεί για την τέλεση αποκλειστικά των ιατρικών του καθηκόντων στον τραυματία ή ασθενή εχθρό»*.

Εν συνεχεία, αναφορικά με τα ερωτήματα που τέθηκαν στην εισαγωγή της διπλωματικής εργασίας και το κατά πόσο έχει σημασία σε ποια πλευρά ανήκει ο τραυματίας και ασθενής αλλά και σε περιοχή βρίσκεται, αναφορικά πάντα με το δικαίωμα του να λάβει υγειονομική περίθαλψη, το ΔΑΔ αναγνωρίζει ότι όλοι όσοι βρίσκονται εκτός μάχης έχουν το δικαίωμα ιατρικής περίθαλψης, χωρίς απολύτως καμία διάκριση, πέρα της ιατρικής (triage). Στο άρθρο 12 της I και II ΣΓ '49, στο άρθρο 16 της IV ΣΓ '49 αλλά και στο άρθρο 10 του ΠΠ I '77 αναφέρεται ότι *«Όλοι τραυματίες και ασθενείς και ναυαγοί, σε οποιοδήποτε Μέρος και αν ανήκουν, τυγχάνουν σεβασμού και προστασίας»*. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει καμία λογική βάση, κατά την οποία οι τραυματίες και ασθενείς «hors de combat» των Κρατών δικαιούνται να λάβουν αμερόληπτη υγειονομική περίθαλψη ενώ οι αντίστοιχοι τραυματίες και ασθενείς των τρομοκρατικών οργανώσεων δεν δικαιούνται.

Ταυτόχρονα, όπως το ΔΑΔ δεν κάνει καμία διάκριση μεταξύ μαχητών «hors de combat», έτσι δεν κάνει και μεταξύ αμάχων με βάση τον έλεγχο κάτω από τον οποίο βρίσκονται. Άρα δεν υφίσταται καμία νομική βάση για να γίνεται διάκριση αναφορικά με την υγειονομική περίθαλψη που δικαιούνται να λάβουν οι τραυματίες και ασθενείς άμαχοι αν βρίσκονται σε περιοχή που ελέγχεται από ένα Κράτος ή σε περιοχή που ελέγχεται από τρομοκράτες.

Ως προς το προβληματισμό σχετικά με το γιατί όταν οι τρομοκρατικές οργανωμένες ένοπλες ομάδες δεν συμμορφώνονται με τους κανόνες, θα πρέπει και το κράτος, αντιτιθέμενο σε αυτές, να αναιρεί τη δική του υποχρέωση στη τήρηση των κανόνων προστασίας του ΔΑΔ αναφορικά με την υγειονομική περίθαλψη, η απάντηση διαφαίνεται πίσω από τη γενική αρχή ότι η υποχρέωση σεβασμού και προστασίας, σε μεγάλο βαθμό, δεν εξαρτάται από το αν ο αντίπαλος σέβεται και διασφαλίζει τις αρχές και τους κανόνες του ΔΑΔ.

Παράλληλα, όσο συνεχίζεται να θεωρείται παράνομη η υγειονομική περίθαλψη στο βαθμό που αυτή παρέχεται σε τρομοκράτες, τόσο περισσότερο τα κράτη διεισδύουν στον «Ανθρωπιστικό Χώρο», μετατρέποντας τον σε ένα πολιτικοστρατιωτικό περιβάλλον με την αύξηση της χρήσης ένοπλης συνοδείας. Με αυτό τον τρόπο, τα κράτη επιδιώκουν, όχι μόνο ένα μεγαλύτερο έλεγχο της κατάστασης στο πεδίο των συρράξεων αλλά, ταυτόχρονα και να κερδίσουν «την καρδιά και το μυαλό» των πολιτών, με απώτερο σκοπό την αυξημένη στήριξη στη στρατιωτική τους αυτή προσπάθεια.

Ως αποτέλεσμα, οι ανθρωπιστικές οργανώσεις διαδραματίζουν, συχνά εν αγνοία τους, έναν απρόθυμο ρόλο στις κρατικές αυτές επιχειρήσεις, καθώς ο «ανθρωπισμός» μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να κινητοποιήσει την απαιτούμενη υποστήριξη τόσο στο θέατρο των συρράξεων όσο και στη Διεθνή Κοινότητα.

Διαφαίνεται, λοιπόν, ότι οι προκλήσεις που επιφέρουν οι παραβιάσεις κατά της προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων κυμαίνονται σε πολλαπλά επίπεδα.

Η πρώτη αφορά το μη ικανοποιητικό Αντιτρομοκρατικό Πλαίσιο, το οποίο προάγεται, πλέον, από τη Διεθνή Κοινότητα, εν γένει(τόσο από τα Κράτη όσο και από το ΣΑ/ΗΕ). Με την επιβολή παγκόσμιων στοχευμένων μέτρων, οι δυο δρώντες δεν λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους τις πιθανές συνέπειες που μπορεί αυτά να έχουν, κατά την εφαρμογή τους, στην αμερόληπτη υγειονομική περίθαλψη αλλά και στη συνολική διάβρωση των θεμελιωδών αρχών του ΔΑΔ. Εάν πάλι, αυτός είναι ένας τρόπος για να αναδυθεί στην επιφάνεια ότι το ισχύον Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο, δεν ανταποκρίνεται πλέον στις σύγχρονες ανάγκες των πολύπλοκων ενόπλων συρράξεων, όσοι υποστηρίζουν αυτή τη θέση δεν έχουν παρά να προτείνουν τις δικές τους καινοτόμες λύσεις.

Η δεύτερη πρόκληση αφορά στην ανάγκη για περισσότερο αποτελεσματικούς μηχανισμούς λογοδοσίας των υπευθύνων για τις επιθέσεις στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στις ένοπλες συρράξεις. Για πολλά χρόνια, οι παραβιάσεις του δικαιώματος προστασίας των τραυματιών και ασθενών αμάχων δεν καταγράφονταν σε σταθερό και επαρκές επίπεδο, ενώ συχνά θεωρούνταν ως μεμονωμένα περιστατικά, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει η ανάλογη κινητοποίηση και οι υπεύθυνοι σπανίως να λογοδοτούν. Ως εκ τούτου, οι προσπάθειες που καταβάλουν τα τελευταία χρόνια, η ΔΕΕΣ, άλλες Διεθνείς Οργανώσεις, όπως οι MSF με το «speak out», αλλά και τα Διεθνή όργανα και οι Εξεταστικές Επιτροπές, μέσω των αποφάσεων και των εκθέσεων τους, αντίστοιχα και του χαρακτηρισμού των σκόπιμων επιθέσεων κατά των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ως εγκλήματα πολέμου, μπορεί να αποτελέσουν το έναυσμα για την αύξηση της ευαισθητοποίησης όλων των ενδιαφερόμενων δρώντων προς την ριζική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Ολοκληρώνοντας, πρέπει, σε κάθε περίπτωση, να ληφθεί σοβαρά υπόψη το σημαντικό δίλημμα, το οποίο έχουν να αντιμετωπίσουν τα μέλη του υγειονομικού προσωπικού, τα οποία γίνονται μάρτυρες της επίδρασης που έχει στα θύματα του πολέμου, η παραβίαση του ΔΑΔ και του ΔΔΑΔ. Το δίλημμα, λοιπόν, που προκύπτει τις περισσότερες φορές είναι : Να χρησιμοποιήσουν αυτήν την ισχυρή μαρτυρία για να αποκαλύψουν τη φύση και την έκταση των βίαιων γεγονότων και έτσι ενδεχομένως να βάλουν σε κίνδυνο την ασφάλεια τη δική τους, των συναδέλφων τους ή των ατόμων που προσπαθούν να βοηθήσουν. Ή μήπως να μην πουν τίποτα, ελαχιστοποιώντας, έτσι, τον κίνδυνο για όλους και παράλληλα να είναι σε θέση να συνεχίσουν να παρέχουν ιατρική περίθαλψη σε όσους έχουν ανάγκη? Το δίλημμα αυτό, δυστυχώς, δεν αποτελεί μια υποθετική κατάσταση αλλά μια πραγματικότητα που αντιμετωπίζουν μέρα με την μέρα οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο.⁴⁰¹

⁴⁰¹ Βλ. Robin Coupland, « The role of health-related data in promoting the security of health care in armed conflict and other emergencies» in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate: Law, policy, action, Violence against health care, Part I : The problem and the Law, Vol. 95 Number 889, Geneva, 2013, p. 70-71

ANTI ΕΠΙΛΟΓΟΥ...

« There are few subjects that draw attention so vividly and radically to the worst and the best of our humanity. The worst is the abuse of force against those who need treatment or those who are there to give it. The best is the commitment of volunteers and medical personnel who brave widespread insecurity, oppression, and direct violence to provide treatment out of respect for their ethics. To facilitate awareness of the problem is just a first step towards identifying solutions that can be disseminated and implemented. All the risks to which these men and women are consciously exposed cannot simply be put down to fate. »

Vincent Bernard,

ICRC

ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ

Α. Πράξεις Διεθνών Οργανισμών

1. Συμβούλιο Ασφαλείας

United Nations, Security Council Resolution 1502(2003), 26 August 2003, UN.Doc. S/RES/1502, διαθέσιμο σε :

http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1502%282003%29

United Nations, Security Council Resolution 1674(2006), 28 April 2006, UN.Doc. S/RES/1674, διαθέσιμο σε :

http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1674%282006%29

United Nations, Security Council Resolution 1894(2009), 11 November 2009, UN.Doc. S/RES/1894, διαθέσιμο σε :

http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1894%282009%29

United Nations, Security Council Resolution 2175 (2014), 29 August 2014, UN Doc. S/RES/2175, διαθέσιμο σε :

http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2175%20%282014%29

United Nations, Security Council Resolution 1373(2001), 28 September 2001, UN.Doc. S/RES/1373, διαθέσιμο σε :

http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1373%282001%29

United Nations, Security Council Resolution 1267(1999), 15 October 1999, UN.Doc. S/RES/1267, διαθέσιμο σε:

http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1267%281999%29

United Nations Security Council Resolution 1988(2011), 17 June 2011, UN.Doc. S/RES/1988, διαθέσιμο σε :

http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1988%282011%29

United Nations Security Council Resolution 1989(2011), 17 June 2011, UN.Doc. S/RES/1989, διαθέσιμο σε :
http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1989%282011%29

United Nations Security Council Resolution 2161(2014), 17 June 2014, UN.Doc. S/RES/2161, διαθέσιμο σε :
http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2161%282014%29

United Nations Security Council Resolution 2178(2014), 24 September 2014, UN.Doc. S/RES/2178, διαθέσιμο σε :
http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2178%20%282014%29

United Nations Security Council Resolution 2253(2015), 17 December 2015, UN.Doc. S/RES/2253, διαθέσιμο σε :
http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2253%282015%29

United Nations Security Council Resolution 2286 (2016), 3 May 2016, UN Doc. S/RES/2286, διαθέσιμο σε:
http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2286%282016%29

Security Council Committee pursuant to resolutions 1267 (1999) 1989 (2011) and 2253 (2015) concerning ISIL (Da'esh) Al-Qaida and associated individuals groups undertakings and entities-Sanctions List Materials, διαθέσιμο σε :
https://www.un.org/sc/suborg/en/sanctions/1267/aq_sanctions_list

Narrative Summaries of Reasons for Listing, διαθέσιμο σε :
https://www.un.org/sc/suborg/en/sanctions/1267/aq_sanctions_list/summaries

2. Γενική Συνέλευση

United Nations General Assembly, Resolution 2444 (XXIII) , 1968, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Article.xsp?action=openDocument&documentId=7F99C549B16DF20BC12563CD0051D3BC>

United Nations General Assembly Resolution 68/101, 18 February 2014, UN.Doc S/RES/68/101, διαθέσιμο σε : <http://www.refworld.org/pdfid/532197504.pdf>

United Nations General Assembly Resolution 69/132 on Global Health and Foreign Policy, 9 January 2015, UN. Doc A/RES/69/132, διαθέσιμο σε : http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/132

United Nations General Assembly Resolution 60(2005), 15 September 2005, UN.Doc S/RES/60/L.1, 2005 World Summit Outcome, para.138-140, διαθέσιμο σε : <http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/worldsummit.pdf>

U N General Assembly Resolution «The United Nations Global Counter-Terrorism Strategy Review», 24 June 2014, A/RES/68/276, διαθέσιμο σε : http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/68/276

United Nations General Assembly Resolution 2675(XXV), 9 December 1970, διαθέσιμο σε : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/349/40/IMG/NR034940.pdf?OpenElement>

3. Γενικός Γραμματέας

Report of the Secretary General on the protection of civilians in armed conflict, UN Doc.S/2012/376, 2012, διαθέσιμο σε : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/2012/376

Report of the Secretary General on the protection of civilians in armed conflict, UN Doc.S/2013/689, 2013, διαθέσιμο σε : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/2013/689

Report of the Secretary General on the protection of civilians in armed conflict, UN Doc.S/2015/453, 2015, διαθέσιμο σε : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/2015/453

4. Συμβούλιο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhumane or degrading treatment or punishment, Juan E. Mendez, A/HRC/22/53, 1 February 2013, διαθέσιμο σε : http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf

Commission on Human Rights, Final Report of the Special Rapporteur on Terrorism and Human Rights, UN Doc. E/CN.4/Sub.2/2004/40, διαθέσιμο σε : <http://www.refworld.org/docid/4152edab4.html>

Human Rights Council, Report of the International Commission of Inquiry to investigate all alleged violations of international human rights law in the Libyan Arab Jamahiriya, UN Doc. A/HRC/17/44, 2011, διαθέσιμο σε : http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/17session/A.HRC.17.44_AUV.pdf

Human Rights Council, Report of the Independent International Commission of Inquiry on the Syrian Arab Republic. UN Doc. A/HRC/31/68, February 2016, διαθέσιμο σε : <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/CoISyria/A-HRC-31-68.pdf>

United Nations General Assembly, Human Rights Council, A/HRC/S-2/L.1, 9 August 2006, διαθέσιμο σε <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/G06/133/02/PDF/G0613302.pdf?OpenElement>

Report of the Commission of Inquiry on Lebanon pursuant to Human Rights Council resolution S 2/1, A/HRC/3/2, 23 November 2006, διαθέσιμο σε : <http://www.refworld.org/docid/45c30b6e0.html>

United Nations General Assembly, Human Rights Council, A/HRC/RES/S-9/1, 12 January 2009, διαθέσιμο σε : <https://unispal.un.org/DPA/DPR/unispal.nsf/0/404E93E166533F828525754E00559E30>

Report of the United Nations Fact Finding mission on the Gaza Conflict, Human Rights Council resolution A/HRC/12/48, 25 September 2009, διαθέσιμο σε : <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/12session/A-HRC-12-48.pdf>

5. Άλλα κείμενα

UN OCHA, Report «To stay and deliver: Good Practice for Humanitarians in Complex Security Environments», 2011, διαθέσιμο σε: https://docs.unocha.org/sites/dms/Documents/Stay_and_Deliver.pdf

WHA's Resolution on WHO's response, and role as the health cluster lead, in meeting the growing demands of health in humanitarian emergencies, 21 January 2012, RES/EB130.R14 διαθέσιμο σε : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R14-en.pdf

Constitution of WHO, adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, διαθέσιμο σε : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

World Medical Association, Declaration of Tokyo, 1975, διαθέσιμο σε : <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c18/>

World Medical Association, «The World Medical Association Regulations in Times of Armed Conflict», διαθέσιμο σε :

[http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a20/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a20/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])

WHO, Situation Report on occupied Palestinian territory, 27 December 2015, p.3
διαθέσιμο σε :

http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/WHO_Sitrep_on_oPt_health_attacks_12.2015_-_final.pdf?ua=1

UNAM in Afganistan & UN OHCHR, «Afghanistan, Human Rights and Protection of Civilians in Armed Conflicts», Special Report on Kunduz Province, December 2015,
διαθέσιμο σε :

<http://www.ohchr.org/Documents/Countries/AF/KunduzReport.pdf>

6. Συμβούλιο της Ευρώπης

Council of Europe, Convention on the Prevention of Terrorism, No.196, διαθέσιμο σε
: <http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/196>

Council of Europe Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, ETS No.164, 1997, διαθέσιμο σε :
<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168007cf98>

7. Διεθνές Ποινικό Δικαστήριο

Prosecutor v. Mile Mrksic, Miroslav Radic, Veselin Sljivancanin, Case No. ICTY-IT-95-13/1-T, 27 September 2007

UN, ICTY, Summary of Judgement of Mile Mrksic, Veselin Sljivanc and Miroslav Radic, 27 September 2007

B. Διεθνείς Συμβάσεις και άλλα Διεθνή κείμενα

Σύμβαση της Γενεύης του 1864 για την βελτίωση των συνθηκών των τραυματιών των εν εκστρατεία ενόπλων δυνάμεων, Γενεύη, 22 Αυγούστου 1864

(I) Σύμβαση για τη βελτίωση της τύχης των τραυματιών και των ασθενών στις εν εκστρατεία ένοπλες δυνάμεις (II) Σύμβαση για τη βελτίωση της τύχης των τραυματιών, ασθενών και ναυαγών των ενόπλων δυνάμεων στη θάλασσα, (III) Σύμβαση για τη μεταχείριση των αιχμαλώτων πολέμου(IV) Σύμβαση για την προστασία των πολιτών σε καιρό πολέμου.- Γενεύη, 12 Αυγούστου 1949

(I) Πρόσθετο Πρωτόκολλο των Συμβάσεων της Γενεύης του 1949 που αναφέρεται στη προστασία των θυμάτων των διεθνών ενόπλων συρράξεων- Γενεύη, 8 Ιουνίου 1977

(II) Πρόσθετο Πρωτόκολλο των Συμβάσεων της Γενεύης του 1949 για την προστασία των θυμάτων των μη διεθνών ενόπλων συρράξεων- Γενεύη, 8 Ιουνίου 1977

(III) Πρόσθετο Πρωτόκολλο των Συμβάσεων της Γενεύης του 1949 σχετικά με την υιοθέτηση ενός πρόσθετου διακριτικού εμβλήματος- Γενεύη, 8 Δεκεμβρίου 2005

International Covenant on Civil and Political Rights, by General Assembly resolution 2200A(XXI),16 December 1966

African Charter on Human and Peoples' Rights(ACHPR),1998

Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women (CEDAW), 1979

Convention for the Protection and Assistance of Internally Displaced Persons in Africa(Kampala Convention), African Union, 2009, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/casebook/doc/treaty/au-idp-convention---assembly---final---10.23-pm-23-oct.pdf>

International Convention for the Suppression of the Financing of Terrorism, 9 December 1999, διαθέσιμο σε : <http://www.un.org/law/cod/finterr.htm>,

International Convention for the Suppression of Terrorist Bombings, 15 December 1997, διαθέσιμο σε : <http://www.refworld.org/docid/3dda06ddc.html>,

International Convention for the Suppression of Acts of Nuclear Terrorism, 13 April 2005, διαθέσιμο σε : https://treaties.un.org/Pages/ViewDetailsIII.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=XVIII-15&chapter=18&Temp=mtdsg3&lang=en

Inter-American Convention Against Terrorism, Organization of American States, 3 June 2002, διαθέσιμο σε : http://www.oas.org/xxxiiga/english/docs_en/docs_items/agres1840_02.htm

Convention of the Organization of the Islamic Conference on Combating International Terrorism, Organization of the Islamic Conference, 1 July 1999, διαθέσιμο σε : <http://www.refworld.org/docid/3de5e6646.html>

CESCR, General Comment No.14 on the Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) UN Document E/C.12/2000/4, 2000,

Γ. Διεθνής Επιτροπή του Ερυθρού Σταυρού (ICRC)

Marcel Junod, «The Centenary of the Red Cross Idea», Voluntary Red Cross Workers, in Revue Internationale de la Croix-Rouge, Vol. XII, No.5, May 1959

ICRC, Launch of updated Commentaries on the First Geneva Convention: Speech given by ICRC President, 6 April of 2016, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/en/document/speech-icrc-president-updated-commentaries-first-geneva-convention>

Commission of Government Experts for the Study of Conventions for the Protection of War Victims, Geneva, April 24 to 26, 1947, Preliminary Documents submitted by the ICRC

ICRC, Report on the Work of The Conference of Government Experts for the Study of the Conventions for the Protection of War Victims,

Res. XXVIII of 20th International Conference of the Red Cross, p. 568 διαθέσιμο σε :
https://www.loc.gov/rr/frd/Military_Law/pdf/RC_Nov-1965.pdf

Report of the 31st International Conference of the Red Cross and Red Crescent, Geneva, 2011, Resolution 5, διαθέσιμο σε :
<https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-1129.pdf>

ICRC, Violent Incidents affecting the delivery of health care, « Health in Danger», January 2012 to December 2014, Geneva, April 2015,
<https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4237.pdf>

ICRC, A sixteen-country study, Health in Danger, Geneva, July 2011
<https://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4073-002-16-country-study.pdf>

ICRC, News Release, 2 September 2015, διαθέσιμο σε :
<https://www.icrc.org/en/document/yemen-two-icrc-staff-members-killed-attack>

ICRC, News Release, 30 September 2015, διαθέσιμο σε :
<https://www.icrc.org/en/document/yemen-two-volunteers-international-red-cross-and-red-crescent-movement-killed-airstrike>

ICRC, News Release, 28 July 2015, διαθέσιμο σε :
<https://www.icrc.org/en/document/yemen-international-red-cross-and-red-crescent-movement-condemns-shooting-ambulance-taiz>

ICRC, Report of 32nd International Conference of the Red Cross and Red Crescent, «International Humanitarian Law and the challenges of contemporary armed conflicts», Geneva October 2015

ICRC, «The Montreux Document» On pertinent international legal obligations and good practices for States related to operations of private military and security companies during armed conflict, Geneva, 2009, διαθέσιμο σε : https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0996.pdf

ICRC, « Domestic Normative Frameworks for the protection of health care», Geneva, January 2015

ICRC, 32nd International Conference of the Red Cross and Red Crescent, Health in Danger: Continuing to protect the delivery of health care together, Background Report, Geneva, 8-10 December 2015, 32IC/15/19.4

ICRC, «Safeguarding the provision of health care, operational practices and relevant international humanitarian law concerning armed groups», Geneva, June 2015, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4243.pdf>

ICRC, «Ambulance and pre-hospital services in risk situations», Geneva, November 2013, p.9, διαθέσιμο σε: <https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4173.pdf>

ICRC, Council of Delegates 1995: Resolution 9, « Armed Protection of humanitarian assistance», διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/resolution/council-delegates-resolution-9-1995.htm>

ICRC, Council of Delegates 2005: Resolution 7, « Guidance document on relations between the components of the Movement and military bodies», διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/resolution/council-delegates-resolution-7-2005.htm>

ICRC, Report on the use of Armed Protection for Humanitarian Assistance, Extract from Working Paper, Geneva, 1-2 December 1995, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/misc/57jneg.htm>

ICRC, « Ensuring the preparedness and security of health-care facilities in armed conflict and other emergencies», Geneva, July 2015, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4239.pdf>

ICRC, WMA, ICMM, ICN, FIP, «Ethical Principles of Health Care in times of armed conflict and other emergencies» διαθέσιμο σε : http://www.wma.net/en/20activities/60campaigns/11HealthDanger/10icrccevent/4245_002_Ethical_principles_web.pdf

ICRC, Commentary of the Additional Protocols of 8 June 1977 to the Geneva Conventions of 12 August 1949

ICRC, Commentary on the Forth Geneva Convention, Geneva, 1958,

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γάγγας Σ. Διονύσης, « Εισαγωγή στο Διεθνές Δίκαιο των Ενόπλων Συγκρούσεων», Εκδόσεις Ι. Σιδέρης, Τρίτη Αναθεωρημένη Έκδοση, Άθηνα, 2009

Μαρούδα Μαρία Ντανιέλλα, «Περί του Ανθρωπιστικού Χώρου στον 21^ο αιώνα, Ανάδυση, διαστάσεις, νομικό πλαίσιο για αποτελεσματική και νομική ανθρωπιστική δράση», Εκδόσεις Ι. Σιδέρης, 2012

Μαρούδα Μαρία Ντανιέλλα, «Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο», Εκδόσεις Ι. Σιδέρης, Αθήνα, 2015

Περράκης Στέλιος, « Διαστάσεις της διεθνούς προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου, προς ένα jus universalis» Εκδόσεις Ι. Σιδέρης, Αθήνα, 2013

Περράκης Στέλιος – Μαρούδα Μαρία Ντανιέλλα, Κείμενα Διεθνούς Πρακτικής, «Ένοπλες Συρράξεις και Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο», Τόμος 12, Εκδόσεις Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2001

Χατζηκωνσταντίνου Κώστας, «Προσεγγίσεις στο Διεθνές Ανθρωπιστικό Δίκαιο», Εκδόσεις Ι. Σιδέρης, Αθήνα, 1999

Bugnion, Francois, «The International Committee of the Red Cross and the Protection of War Victims», ICRC and Macmillan, Geneva, 2003

Egeland Jan, Harmer Adele and Stoddard Abby in Policy and studies series 2011, « To stay and deliver : Good Practice for Humanitarians in Complex Security Environments, UN OCHA, New York, 2011

Green L.C, « The contemporary law of armed conflict», Manchester University Press, 1993

Henckaerts Jean Marie / Doswald-Beck Louise, « Customary International Humanitarian Law», Volume I : Rules, Cambridge University Press, 2007

Lewis A. Dustin, Modirzadeh K. Naz , and Blum Gabriella, Medical care in Armed Conflict: International Humanitarian Law and State Responses to Terrorism, , Legal Briefing, Harvard Law School Program on International Law and Armed Conflict, September 2015

Mehring Sigrid, « First do no Harm: Medical Ethics in International Humanitarian Law», Brill Nijhoff, Leiden Boston, 2005

Nestle Marion and Dalton Sharron «Food Aid and International Hunger Crises: The United States in Somalia», Agriculture and Human Values, 1994, Springer

Sassoli Marco, Bouvier A. Antoine «How does law protect in war?», Cases, Documents and Teaching Materials on Contemporary Practice in IHL, ICRC, Geneva, 1999

The Handbook of Humanitarian Law in Armed Conflicts, ed. Dieter Fleck, Oxford University Press, 1995,

Άρθρα- Συμβολές σε συλλογικούς τόμους

Μαρούδα Μαρία - Ντανιέλλα, «Ανθρωπιστικό Δίκαιο που εφαρμόζεται σε ένοπλες συρράξεις,» Κεφάλαιο 17 στον τόμο του Αντωνόπουλου Κ. και Μαγκλιβέρα Κ., (επιμ.), Το Δίκαιο Διεθνούς Κοινωνίας, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, 2011

Alimpic Miroslav, « The Vukovar Hospital case from the perspective of a national investigate judge», in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part II : The Way forward, Geneva, Vol.95, Number 890, 2013

Bernard Vincent, Editorial: « Violence against health care: giving in is not an option» in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part I : The Problem and the Law, Geneva, Vol.95, Number 889, 2013

Brooks Julia, « Humanitarians under attack: Tensions, Disparities and Legal Gaps in Protection», Humanitarian Academy at Harvard, ATHA White Paper Series, διαθέσιμο σε : <http://atha.se/presentations/attacksonaid/index.html>

Coupland Robin, « The role of health-related data in promoting the security of health care in armed conflict and other emergencies» in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate: Law, policy, action, Violence against health care, Part I : The problem and the Law, Vol. 95 Number 889, Geneva, 2013

Coupland Robin « Security, insecurity and health», Bulletin of the World Health Organization, 2007, Vol.85: διαθέσιμο σε : <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/3/06-037135.pdf>

Donini Antonio and Maxwell Daniel « From face to face to face to screen: remote management, effectiveness and accountability of humanitarian action in insecure environments», in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part II : The Way forward, Geneva, Vol.95, Number 890, 2013

Droege Cordula, «The interplay between international humanitarian law and international human rights law in situations of armed conflict», in Israel Law Review, Vol. 40, No. 2, Research Paper No. 14-07 ,December 2007

Fast Larissa, Freeman Faith, O' Neill Michael and Rowley Elizabeth, «The promise of acceptance as an NGO security management approach», Disasters, 2014, 39(2), Overseas Development Institute, 2014, p.219, διαθέσιμο σε : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/disa.12097/epdf>

Footer H.A Katherine and Rubenstein S. Leonard, «A Human rights approach to health care in conflict» in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part I : The Problem and the Law, Geneva, Vol.95, Number 889, 2013

Greenwood C.J, «Historical Development and Legal Basis» in *The Handbook of Humanitarian Law in armed conflicts*, Ed.Fleck D., Oxford University Press, 1995

Gruskin Sofia and Tarantola Daniel, « Health and Human Rights» in *Perspectives on Health and Human Rights*,Routledge, New York and London, 2005

Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part II : The Way forward, Geneva, Vol.95, Number 890, 2013.

ICRC «In conversation with Pierre Gentile», in *International Review of the Red Cross*, Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part II : The Way forward, Geneva, Vol.95, Number 890, 2013

Kalshoven Frits, *Legal Aspects of Medical Neutrality* in «Reflections on the Law of War», *Collected Essays*, Martinus Nijhoff Publishers, 2007

List Justin «Medical Neutrality and Political Activism: Physicians' Roles in Conflict Situations» in *Physicians at War*, ed. Fritz Allhoff, Springer

Mchale Jean, « Fundamental rights and health care» in *Health Systems Governance in Europe, The Role of European Union in Europe*, Cambridge University Press, 2010

Novak Gregor, 'Wounded, Sick and Shipwrecked', in *The Max Planck Encyclopedia of Public International Law*, Oxford University Press

Pictet S. Jean (1951), « The new Geneva Conventions for the Protection of War Victims », *AJIL* vol.45(3)

Rubenstein S. Leonard, «Punishing Health Care providers for treating terrorists» *Hastings Center Report* 45, No. 4

Rubenstein S. Leonard , Bittle D. Melanie « Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict », in *Health Policy*, Vol.375, 23 January 2010

Rubenstein S. Leonard, «A way forward in protecting health services in conflict: moving beyond the humanitarian paradigm» in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part II : The Way forward, Geneva, Vol.95, Number 890, 2013

Saul Ben, «Terrorism and International Humanitarian Law» in Research Handbook on International Law and Terrorism», Ed. Ben Saul, Cheltenham, UK, Northampton, MA, USA, 2014, <http://www.elgar.com/shop/eep/preview/book/isbn/9780857938817/>

Schmitt N. Michael , «Military Necessity and Humanity in International Humanitarian Law: Preserving the Delicate Balance», Virginia Journal of International Law, Volume 50, Issue 4, 2010

Terry Fiona, «Violence against health care : insights from Afghanistan, Somalia and Democratic Republic of the Congo» , in International Review of the Red Cross, Humanitarian Debate : Law, policy, action, Violence against health care, Part I : The problem and the Law, Geneva, Vol.95, , Number 890, 2013

Διαδικτυακά Άρθρα

Akkaya Kate «Havens or Targets: Would Syria benefit from a Humanitarian Safe Zone?», Article on ATHA, Harvard Humanitarian Initiative, Published on October 29, 2015, διαθέσιμο σε : <http://www.atha.se/blog/havens-or-targets-would-syria-benefit-humanitarian-safe-zone>

Hammond Laura, «Why upholding humanitarian principles does not protect aid workers», Development Viewpoint, No. 7, SOAS, July, 2008

Humanitarian Bulletin Somalia. May/June 2015, διαθέσιμο σε : http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/150716_Somalia_Humanitarian_Bulletin_June_2015.pdf

IntLaw Grrls, article on : «Strike at Kunduz: Did the United States Violate International Humanitarian Law?» διαθέσιμο σε : <https://ilg2.org/2015/10/08/strike-at-kunduz-did-the-united-states-violate-international-humanitarian-law/>

Marochini M., Council of Europe and the right to healthcare- Is the European Convention on human rights appropriate instrument for protecting the right to healthcare?

McCoubrey Hilaire, ICRC Article, «Before Geneva Law: a British Surgeon in the Crimean War», No.304, February 1995, διαθέσιμο σε : <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/misc/57jmby.htm>

Médecins Sans Frontieres, South Sudan Conflict: Violence against Healthcare, Medical Care Under Fire, MSF's article, 23 January 2016, διαθέσιμο σε : <http://www.msf.org/article/yemen-health-facilities-under-attack-msf-wants-answers>

Reuters Article <http://in.reuters.com/article/iraq-crisis-hospital-idINKBN0H202220140907>

Sulek Marty, «The Last Romantic War- The Crimean War of 1854-1856 and The Genesis of Contemporary Wartime Humanitarian Relief», November 2007

Yemen: Fighting Damages Hospital,” Human Rights Watch press release, April 18, 2015 <https://www.hrw.org/news/2015/04/17/yemen-fighting-damages-hospital>

Διάλεξη Μαρούδα Μαρία Ντανιέλλα « Η νέα αντιμετώπιση των διασυνοριακών τρομοκρατικών ομάδων από το ΣΑ/ΗΕ» διαθέσιμο σε : <http://www.blod.gr/lectures/Pages/viewlecture.aspx?LectureID=2745>

Άλλες Εκθέσεις

Center for Public Health and Human Rights, John Hopkins Bloomberg School of Public Health, « Protection of Health Workers, Patients and Facilities in Times of Violence», November 2013, Bellagio, Italy, p. 7, διαθέσιμο σε :

http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-public-health-and-human-rights/_pdf/BellagioReport-03192014.pdf

Good Practice Review No. 8 « Operational Security Management in violent environments» commissioned and published by the Humanitarian Practice Network at ODI, London, December 2010 διαθέσιμο σε : http://odihpn.org/wp-content/uploads/2010/11/GPR_8_revised2.pdf

Public Release of “Initial MSF internal review”, διαθέσιμο σε : http://kunduz.msf.org/pdf/20151030_kunduz_review_EN.pdf

Stoddard Abby, Harmer Adele and Didomenico Victoria, « The use of private security Providers and Services in Humanitarian Operations», HGP Report 27(2008)