جامعة الإسراء
ISRAA UNIVERSITY
مجلة جامعة الإسراء للعلوم الإنسانية
ISRAA UNIVERSITY JOURNAL FOR HUMANITIES

مجلة علمية محكمة تصدر عن دائرة البحث العلمي

مجلة جامعة الإسراء للعلوم الإنسانية

ISRAA UNIVERSITY JOURNAL FOR HUMANITIES

1438-2017

العدد الثالث - يوليو 2017

عدد خاص

ISSN 5918-2518

الأبحاث المشاركة في المؤتمر العلمي المحكم الأول لكلية الحقوق

(الواقع الصحي في فلسطين من منظور حقوقي)

عُقد في 10 ديسمبر 2016

تخلي المجلة مسؤليتها عن أي انتهاك لحقوق الملكية الفكرية
لاتعبر الآراء الوارده في هذه الأبحاث بالضرورة عن رأي المجلة
جميع الحقوق محفوظة لمجلة العلوم الإنسانية

فلسطين - غزة - شارع يافا - المحطة - هاتف : 0097282843433
فاكس : 0097282843434 البريد الإلكتروني : Info@israa.edu.ps

بسم الله الرحمن الرحيم

المشرف العام

د. عدنان الحجار

هيئة التحرير

د. علاء مطر (رئيساً)

د. شريف بعلوشة (عضواً)

د. سرور طالبي (عضواً)

مدقق لغوي

أ.خالد أبو علي (مدقق لغة عربية)

د.أحمد الحساينة (مدقق لغة انجليزية)

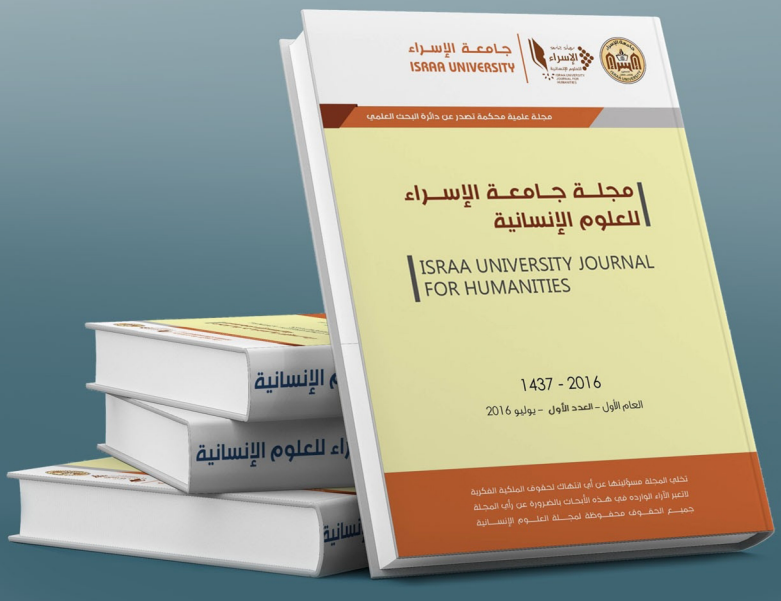
تصميم وإخراج

م. أمين ماهر المجدوب (تصميم)

أ. ميساء حمدان (تنسيق وطباعة)

اللجنة العلمية للمجلة

- الأستاذ الدكتور/ فركوس كمال
- الأستاذ الدكتور/ حسن كمال
- الأستاذ الدكتور/ جمال مانع
- الأستاذ الدكتور/ بوكحيل الأخضر
- الأستاذ الدكتور/ صادق أبو سليمان
- الدكتور/.نبيل أبو شمالة
- الدكتور/ فضل المزيني
- الدكتور/ طارق الديراوي
- الدكتورة/ أمحمدي بوزينة آمنة
- الدكتور/ كمال المصري
- الدكتور/ محمد بالعيساوي
- الدكتور/ ناجي شراب
- الدكتور/ عبد المجيد قادري
- الدكتور/ عبد القادر جرادة
- الدكتور/ سعد طالب



مجلة جامعة الإسراء للعلوم الإنسانية
ISRAA UNIVERSITY JOURNAL FOR HUMANITIES

الفهرس

المحتوى	الرقم
هيئة التحرير	3
الفهرس	5
تعريف المجلة	6
شروط النشر	7
الافتتاحية	9
الالتزامات والمسئوليات تجاه الحقوق الصحية (الانتهاكات الإسرائيلية للحقوق الصحية الفلسطينية) د. أمحمدي بوزينة أمنة	11
الحماية الدستورية للحق في الصحة_(دراسة تحليلية) د. رائد صالح قنديل	43
المعالجة التشريعية للقوانين المتعلقة بالحقوق الصحية ومدى انسجامها والمعايير الدولية أ.محمد عوض أحمد التلباني	79
الحقوق الصحية للمرأة والطفل في التشريعات الفلسطينية د. عمر حمزة التركماني	103
الحماية المقررة لحق الصحة للطفل الفلسطيني في القانون الدولي أ . حـــدو رابح	129
تحديات الحقوق الصحية لمريضات السرطان في قطاع غزة د. علاء محمد مطر	143
انتهاكات سلطات الاحتلال الإسرائيلي للحماية الدولية للطواقم الطبية الفلسطينية الباحث . محمد زايد	165
دراسة أثر الحصار الاسرائيلي على الواقع الصحي في قطاع غزة د. فضل عصام المزيني	197
جريمة إفشاء الأسرار الطبية د. عبد القادر جرادة	223
إثبات الخطأ الطبي في الدعوى الجزائية د. طارق محمد الديراوي	225
المسئولية المدنية للطبيب عن أخطائه المهنية د. شرين محمد خضر القاعود	279
المسئولية المدنية للصيدلي عن أخطائه المهنية د. أنور الطويل	305
المسؤولية التأديبية للطبيب في الوظيفة العامة- دراسة تحليلية د. شريف أحمد بعلوشة	335
المسئولية التأديبية للصيدلي في القطاع الخاص وفق القانون الفلسطيني د. عامر سليمان أبو شريعة أ. سليمان أسامة أبو سلامة	371

مجلة جامعة الإسراء للعلوم الإنسانية

رؤية المجلة:

التميز والريادة في نشر البحوث المحكمة في العلوم الإنسانية وطنياً ودولياً.

رسالة المجلة:

تسعى المجلة لتصبح مرجعاً علمياً للباحثين، ونشر البحوث المحكمة في العلوم الإنسانية وفق معايير الجودة، لتساهم بارتقاء البحث العلمي من أجل تنمية واقع الفرد والمجتمع في فلسطين وخارجها.

أهداف المجلة:

1. الارتقاء بالبحث العلمي مساهمة في تنمية واقع الفرد والمجتمع في فلسطين وخارجها.
2. إبراز إسهامات المتخصصين في الحقول المتباينة للعلوم الإنسانية وتسليط الضوء على الإشكاليات والقضايا المركزية في العلوم الإنسانية.
3. توثيق الروابط والصلات بين المتخصصين من العلماء والمفكرين وأساتذة الجامعات في فلسطين وخارجها.
4. إقامة شبكة تعاون علمي بحثي أكاديمي بين المتخصصين في العلوم الإنسانية.
5. نشر البحوث العلمية التي تتميز بالأصالة والجدة في حقول العلوم الإنسانية المختلفة والتي من شأنها أن تشكل إضافة معرفية لهذه العلوم.
6. المشاركة في بناء مجتمع المعرفة من خلال نشر بحوث متخصصة بعد تحكيمها من مقومين أكفاء.
7. مسايرة ومتابعة وتسجيل حركة تطور العلوم الإنسانية على المستوى الوطني والدولي.
8. تقويم ونشر بحوث الأكاديميين والباحثين وذلك للاستفادة منها لأغراض الترقيات العلمية والتقويم السنوي وغير ذلك.

مجلة جامعة الإسراء للعلوم الإنسانية

شروط النشر

أولاً: تقديم البحوث: إجراءات ومواصفات عامة

1. يقدم البحث وفق المواصفات المنهجية المطلوبة عبر البريد الإلكتروني.
2. يكتب البحث بلغة سليمة (اللغة العربية أو اللغة الإنجليزية).
3. يلتزم الباحث بتقديم ملخص البحث باللغتين العربية والإنجليزية.
4. يلتزم الباحث أن لا يكون البحث المقدم قد سبق نشره أو قدم للنشر لدى جهة أخرى.
5. تحتفظ المجلة بحقها في نشر أو عدم نشر البحوث والمقالات المرسلة إليها دون تقديم تبريرات لذلك.
6. ينشر البحث بعد إجازته من محكمين اثنين على الأقل من ذوي الاختصاص تختارهم هيئة التحرير بسرية تامة من بين أساتذة متخصصين في الجامعات ومراكز البحوث داخل فلسطين وخارجها على ألا تقل رتبة المحكم عن رتبة صاحب البحث.
7. يأخذ البحث المقبول للنشر دوره في النشر وفقاً لتاريخ قبوله قبولاً نهائياً، وترتب البحوث عند نشرها في المجلة وفق اعتبارات فنية لا علاقة لها بمكانة البحث أو الباحث.
8. تؤول حقوق طبع البحث ونشره إلى المجلة عند إخطار صاحب البحث بقبول بحثه للنشر.

ثانياً: خطوات إعداد البحث للنشر

يتبع الباحث الخطوات التالية في إعداد بحثه:

1. طباعة البحث

يطبع البحث الأصلي على جانب واحد من الورقة مستخدماً فراغاً مزدوجاً وحواشي واسعة (3سم من كل جانب)، مع ترقيم جميع الصفحات.

2. ترتيب المحتوي

يطلب من الباحث أن يتقيد بالترتيب التالي في كتابة بحثه:

عنوان البحث، المؤلف (المؤلفون)، عنوان الباحث (الباحثون)، الملخص، كلمات المفتاح، المتن (المقدمة، مواد البحث وطرائقه، النتائج والتوصيات)، المراجع، صفحة (صفحات) عناوين الرسومات، الجداول.

3. عنوان البحث

يفضل أن يكون العنوان مختصراً ومعبراً عن محتوى البحث.

4. حجم البحث

يجب ألا يزيد عدد صفحات على (30) صفحة .

5. الملخص

يجب ألا تزيد كلمات الملخص على (150) كلمة، ويحتوي على كلمات المفتاح وفحوى النتائج.

ثالثاً: المرفقات المطلوبة مع البحث:

1. رسالة موجهة من الباحث إلى رئيس هيئة التحرير تتضمن رغبته في نشر بحثه في المجلة ويحدِّد فيها التخصص الدقيق للبحث.
2. تعهد خطي من الباحث بأن بحثه لم ينشر، أو لم يقدم للنشر في دورية أخرى، وأنه ليس فصلاً أو جزءاً من كتاب منشور.
3. سيرة ذاتية مقتضبة للباحث تتضمن: اسمه الرباعي، ومكان عمله، ورتبته الأكاديمية، وتخصصه الدقيق، إضافة إلى بريده الإلكتروني ورقميْ هاتفه الثابت والنقال.
4. نسخة كاملة من أداة جمع البيانات (الاستبانة أو غيرها)، إذا لم تكن قد وردت في صلب البحث أو في ملاحقه.

رابعاً: التوثيق:

1. تكتب الحواشي بشكل نظامي حسب شروط برنامج Microsoft Word أسفل كل صفحة حيث يرمز لها بأرقام بالشكل 1.
2. يستخدم الخط Simplified Arabic حجم (14 بالنسبة للمتن، و11 بالنسبة للهوامش) في البحوث المكتوبة باللغة العربية وTimes New Roman حجم (12 بالنسبة للمتن وبحجم 10 بالنسبة للهوامش) في البحوث المكتوبة باللغة الإنجليزية. والعناوين الداخلية بخط أسود (بولد).
3. إذا كان المصدر أو المرجع أو المصدر كتاباً فيثبت اسم المؤلف، عنوان الكتاب أو البحث، اسم المترجم أو المحقق (مكان النشر، الناشر، الطبعة، سنة النشر) الجزء أو المجلد، رقم الصفحة، أما إذا كان المرجع مجلة فيثبت: المؤلف، عنوان البحث، اسم المجلة، عدد المجلة وتاريخ صدوره، رقم الصفحة.
4. ترتب المصادر والمراجع والمصادر في نهاية البحث " الفهرس " وفق الترتيب الأبجدي، مع البدء باسم المؤلف، عنوان الكتاب أو البحث، (مكان النشر، الناشر، الطبعة، سنة النشر) الجزء أو المجلد.

مجلة جامعة الإسراء للعلوم الإنسانية

الافتتاحية

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على المبعوث رحمة للعالمين محمد سيد الأنام وعلى آله الطيبين الطاهرين وصحبه البررة المخلصين.

نخصص العدد الثالث من مجلة جامعة الإسراء للعلوم الإنسانية لعرض بحوث المؤتمر الدولي الأول المحكّم لكلية الحقوق بعنوان: "الواقع الصحي في فلسطين من منظور حقوقي". تتناول البحوث في هذا العدد الواقع الصحي الفلسطيني والتحديات التي تحول دون تمتع المواطنين الفلسطينيين بحقوقهم الصحية التي ارتضتها المعايير الدولية لحقوق الإنسان، حيث يعاني المواطنون في الأراضي الفلسطينية من انتهاكات خطيرة لحقوقهم الصحية نتيجة تدني مستوى الرعاية الصحية المقدمة لهم بسبب جملة من التحديات التي أثرت سلباً على كل مكونات القطاع الصحي الفلسطيني، وذلك بسبب التداعيات السلبية للاحتلال والانقسام على الأوضاع الصحية.

شارك في إعداد البحوث لفيف من الباحثين الأكفاء الذين لديهم قدرة عالية على توصيف وتحليل الواقع الصحي من منظور حقوق الإنسان. وقد ركزت البحوث على تناول الحقوق الصحية في القانون الدولي والقانون الفلسطيني، وواقع حماية الحق في الصحة للفلسطينيين، والمسئولية المترتبة على الأخطاء الطبية. وبدورها قدمت البحوث حلولاً واقعية من شأنها الارتقاء بالواقع الصحي الفلسطيني والمساهمة في تعزيز إعمال الحقوق الصحية.

يطيب لنا في هذا المقام أن نتقدم بجزيل الشكر والعرفان لكل من ساهم في إخراج العدد الثالث بهذه الصورة التي تعكس حرصاً شديداً من أعضاء هيئة التحرير واللجنة العلمية على ضمان توخي الدقة والموضوعية والالتزام الصارم من قبل الباحثين بشروط النشر في المجلة، ونعدكم أن نستمر بنشر البحوث العلمية التي تثري المعرفة والعلوم الإنسانية بشكلٍ عامٍ وتخدم قضايانا الوطنية وتقدم حلولاً خلاقة للإشكالات التي يمر بها المجتمع الفلسطيني بشكلٍ خاصٍ.

د. علاء مطر
رئيس التحرير

الالتزامات والمسئوليات تجاه الحقوق الصحية
(الانتهاكات الإسرائيلية للحقوق الصحية الفلسطينية)

الدكتورة أمحمدي بوزينة أمنة
أستاذة محاضرة مشاركة صنف (أ)
بكلية الحقوق والعلوم السياسية
جامعة حسيبة بن بوعلي–الشلف، الجزائر
رئيسة تحرير مجلة جيل حقوق الإنسان
مخبر القانون والأمن الإنساني

ملخص:

تعد الصحة العامة حقا أساسيا من حقوق الإنسان، وهي أيضا عملية شمولية ترتبط بالنهوض الاقتصادي والاجتماعي والسياسي، فالحق بالرعاية الصحية للمواطن هو حق أقرته وأكدت على أهميته كل المواثيق الدولية الخاصة بحقوق الرعاية الصحية، لكن بالرجوع إلى الواقع في فلسطين؛ نجد أنه قد أدى تدهور الأحوال الاقتصادية والصحية وكذلك الأزمات الإنسانية الناجمة عن استمرار الاحتلال والقيود الشديدة التي تفرضها إسرائيل كدولة محتلة، إلى التأثير على حق المرضى الفلسطينيين في العلاج وفي ممارسة الموظفين الطبيين مهامهم بالمؤسسات الصحية، من هنا كان يتوجب التحرك نحو إلزام إسرائيل بوقف جميع ممارساتها وسياساتها وخططها التي تؤثر تأثيرا خطيرا على الأحوال الصحية للفلسطينيين، حيث يعاني المواطنون في الأراضي الفلسطينية من انتهاكات خطيرة لحقوقهم الصحية بسبب تدني مستوى الرعاية الصحية المقدمة لهم، في المقابل يجب على الهيئات الإنسانية أن تبذل ما في وسعها لتقديم المساعدات الضرورية للشعب الفلسطيني، لاسيما عند المعابر الحدودية الفلسطينية.

من هذا المنطلق، يأتي خيار تفعيل الولاية الجنائية للمحكمة الجنائية كوسيلة ردعية وضاغطة على سلطات الاحتلال لتوقف ممارساتها الإجرامية لملاحقة مجرمي الحرب الإسرائيليين في مجال انتهاك الحقوق الصحية للفلسطينيين منذ عام 2014. بوصف دولة فلسطين طرفا في النظام الأساسية لروما منذ تاريخ 1 أفريل 2016؛ مع التذكير أن دولة فلسطين قبلت اختصاص المحكمة بأثر رجعي إلى عام 2014.

الكلمات المفتاحية: الصحة، تدهور الحقوق الصحية، المحكمة الجنائية الدولية، جرائم الحرب، انتهاك إسرائيل للحقوق الصحية.

مقدمة:

يعد الحق في الرعاية الصحية من أهم الحقوق الإنسانية التي تضمن بقاء الإنسان على قيد الحياة وعيشه عيشا طبيعيا، وهي تشمل الحق في البقاء والحياة دون التعرض لمعاناة يمكن تلافيها، لكن ما يعانيه المرضى الفلسطينيون جراء الانتهاكات التي يرتكبها الاحتلال بحقهم وبحق القطاع الصحي

الفلسطيني يعد انتهاكا للقانون الدولي الإنساني، بدءاً من الفجوات الصحية بين اليهود والعرب والتجارب التي تُجرى على المرضى، مروراً بأثر الحصار وإغلاق المعابر على مرضى قطاع غزة وابتزازهم، وتبعات الحواجز الإسرائيلية والجدار العازل على مرضى الضفة الغربية.

ومن منطلق أن الصحة حق أساسي لا يختلف عن أي حق أخر من الحقوق الأساسية، ولكن بالرجوع إلى الأوضاع الصحية في فلسطين وما يعانيه الشعب الفلسطيني من أشكال الظلم والإجحاف، نستطيع تشخيص الإشكالات الصحية، التي تحاول السلطة الفلسطينية جاهدة الارتقاء بالبنية التحتية وبالأوضاع الصحية وبالمستشفيات، إلا أن هذه المحاولات تتعرض للكثير من المعوقات والعراقيل، مما تقوم به سلطات الاحتلال من حصار وممارسات بشعة يثبتها الواقع الصحي في فلسطين، مما يفرز الكثير من المؤشرات السلبية التي تراكمت خلال السنوات السابقة على القطاع الصحي.

وبهذا يهدف البحث في هذا الموضوع، إلى تسليط الضوء على واقع الحقوق الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة، ولهذا يتوجب إثارة المسؤولية الدولية بشقيها الجنائية والمدنية بحق دولة نتيجة انتهاكاتها المتكررة والخطيرة لحق الفلسطينيين بالتمتع بحقوقهم الصحية التي أقرتها المواثيق السابقة وواقع الانتهاكات الجسيمة من قبل سلطة الاحتلال الإسرائيلية للحقوق الصحية للشعب الفلسطيني والأبشع من ذلك إخضاع الفلسطينيين للتجارب الطبية والمخبرية وغيرها من الانتهاكات الجسيمة وسنعمل من خلالها التأكيد على وجوب ضمان عدم إفلات قادة الجيش الإسرائيلي وقادة مؤسساته السياسية والعسكرية من العقاب على تلك الجرائم.

وتبرز أهمية البحث من تناوله لواقع الحقوق الصحية للشعب الفلسطيني من خلال البحث بمدى تمتع الفلسطينيين بحقهم في الصحة والعناية الصحية؛ وفقا لما قررته المعايير الدولية لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني، لاسيما في ظل واقع الممارسات الإسرائيلية التي تنتهك الحد الأدنى من حق الفلسطينيين بالتمتع بالحقوق الصحية، حيث سيعمل البحث على رصد وفضح تلك الانتهاكات.

وعليه، نتساءل، هل الانتهاكات والجرائم التي ارتكبها المحتل الإسرائيلي بحق الفلسطينيين تدخل ضمن اختصاص المحكمة الجنائية الدولية؟، وهل يحق للفلسطينيين مقاضاة الاحتلال الإسرائيلي على أساس ارتكاب إسرائيل لجريمة الحرب الواردة في نظام روما وهل تتطابق أركان الجرائم الواردة فيها مع واقع الانتهاكات الإسرائيلية للحقوق الصحية الفلسطينية؟

تنطلق الإجابة على التساؤلات السابقة من الفرضيات التالية:

- الانتهاكات الإسرائيلية لحق الفلسطينيين في الصحة أدت إلى مصادرة حقهم في التمتع بأحد الحقوق التي تكفل بقاء الإنسان على قيد الحياة وحفظ كرامته الإنسانية وحقه في العيش الكريم.
- يمكن للدولة الفلسطينية إثارة المسؤولية الدولية بشقيها الجنائية والمدنية بحق دولة إسرائيل.

– انضمام فلسطين إلى المحكمة الجنائية الدولية وإمكانية تفعيل اختصاصها لمحاكمة قوات المحتل الإسرائيلي عن جرائمهم بحق الشعب الفلسطيني خصوصا تلك التي تمس صحة المواطن الفلسطيني وتنتهك حرمة جسده.

للإجابة على التساؤلات السابقة والتحقق من صحة الفرضيات، استعنا بالعديد من المناهج، بداية بالمنهج الوصفي، وذلك للوقوف على نطاق الالتزامات والحقوق المقررة لمواطني دولة الاحتلال في التمتع بجميع حقوقهم الإنسانية بما في ذلك الحق في الصحة سواء زمن السلم أو أثناء النزاعات المسلحة، وكذلك المنهج التحليلي لمطابقة ما ورد في النصوص التي تؤكد على الحقوق الصحية وربطها مع واقع الممارسات الإسرائيلية في مجال انتهاكها للحقوق الصحية في فلسطين، والتي بموجبها تأكدت إمكانية تحميل دولة إسرائيل وقادتها ورؤسائها المسؤولية الدولية عن انتهاكاتهم وجرائمهم بحق الفلسطينيين، ومحاكمتهم عن هذه الجرائم بوصفها جرائم حرب، تحديداً بعد حصول فلسطين على دولة مراقب في الأمم المتحدة.

ولقد قسم البحث في هذا الموضوع، على النحو التالي:

أولاً: تكريس الالتزام بحماية الحقوق الصحية بموجب النصوص الدولية والآليات المعنية.

ثانياً: بعض صور انتهاك سلطات الاحتلال الإسرائيلي للحقوق الصحية في فلسطين.

ثالثاً: المسؤولية الجنائية لسلطات الاحتلال الإسرائيلي عن انتهاكها للحقوق الصحية بفلسطين.

أولاً: تكريس الالتزام بحماية الحقوق الصحية بموجب النصوص الدولية والإقليمية

يقع على دولة الاحتلال وفقاً للقانون الدولي التزامات قانونية تضمن التمتع بالحق في الصحة في الأراضي المحتلة، وفي هذا الإطار يقع عليها مسؤولية توفير الخدمات الصحية وخصوصا المخصصة للأطفال والمرضى، ولهذا على دولة الاحتلال ليس فقط تجنب القيام بأي من أعمال الاعتداء أو التعرض السلبي للمرضى والحئول دون تمتعهم بحقوقهم الصحية وممارسة المؤسسات لدورها في إطار الرعاية الصحية، وإنما من واجب دولة الاحتلال أن تعمل على تغطية وتأمين متطلبات هؤلاء المرضى وتلك المؤسسات سواء كان ذلك على صعيد تغطية متطلبات واحتياجات هذه المؤسسات من الكادر البشري أو كان ذلك على صعيد تأمين تزويد هذه المؤسسات بما قد تحتاجه من الوسائل والمعدات والأدوات وغيرها من الجوانب المادية التي يقتضيه حسن قيام هذه المؤسسات بتنفيذ أعمالها[1]، وعليه، فإن الغرض من هذه الجزء هو تقديم نظرة شاملة إلى طبيعة ومضمون التزامات الدولة والأطراف تجاه الحقوق الصحية، وهو ما سنتعرض له بشيء من التفصيل فيما يلي:

---

[1]– علاء مطر، "واقع الحق في التعليم العام في القدس المحتلة تحديات وآفاق"، مداخلة ألقيت خلال المؤتمر الدولي الثالث عشر لمركز جيل البحث العلمي: فلسطين قضية وحق: طرابلس | لبنان 2 و3 ديسمبر 2016، منشورة ضمن أعمال المؤتمر الدولي الثالث عشر فلسطين قضية وحق لبنان ديسمبر 2016 الصادرة بشهر ديسمبر 2016، –بتصرف–ص 212.

1-تكريس الالتزام بحماية الحقوق الصحية في الاتفاقيات الدولية

في الفقرات التالية سنورد عدد من نصوص الصكوك الدولية والإقليمية والتي تتناول بعض الأحكام والضمانات الخاصة بالحق في الصحة، وهي كما يلي:

أ. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948

تقر المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان بوجوب ضمان الحق في الصحة، حيث جاء فيها أنه: "1-لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته، ويتضمن ذلك التغذية والملبس والمسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة، وله الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة والمرض والعجز والترمل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته[1].

ب. الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري لعام 1965

أكدت الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري لعام 1965 مجددا الحق في مستوى مناسب من الصحة، كما حظرت الحرمان منه أو ربط التمتع به بانتماء الفرد إلى أصل عرقي معين، وتقر المادة 5 من هذه الاتفاقية بالحق في مستوى مناسب من الصحة بغض النظر على الأصل العرقي؛ إذ تنص على أن: "... تتعهد الدول الأطراف بحظر التمييز العنصري والقضاء عليه بكافة أشكاله،... ولاسيما بصدد التمتع بالحقوق التالية:... (هـ)... "4" حق التمتع بخدمات الصحة العامة والرعاية الطبية والضمان الاجتماعي والخدمات الاجتماعية؛...."

ج. العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1996

د. أكد العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية مجددا الحق في الرعاية الصحية لكافة العاملين وكذلك بحقهم في ظروف عمل تكفل السلامة والصحة، فقد نصت المادة 7 على أنه: "تعترف الدول الأطراف في هذا العهد بما لكل شخص من حق في التمتع بشروط عمل عادلة ومرضية تكفل على الخصوص:... (ب) ظروف عمل تكفل السلامة والصحة،" وجاء في المادة 10 إقرار الدول الأطراف في هذا العهد بما يلي: "... وجوب توفير حماية خاصة للأمهات خلال فترة معقولة قبل الوضع وبعده...." وكذلك "... وجوب اتخاذ تدابير حماية ومساعدة خاصة لصالح جميع الأطفال والمراهقين، دون أي تمييز بسبب النسب أو غيره من الظروف، ومن الواجب حماية الأطفال والمراهقين من الاستغلال الاقتصادي والاجتماعي.

---

[1]- ديفيد ألميدا وروبرت برلين، دليل دراسي الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، مراجعة: الدكتور كيرك أليسون، والدكتور أموس ديينأرد، والدكتور برايان دوود، وناسي فلورس، وأيان هارنسن، وأودري ماريتزكي، وكريستي رديليس بالمر وديفيد ويسبرد، حقوق الطبع محفوظة لمركز حقوق الإنسان بجامعة منيسوتا، 2003، ص 1-2.

كما يجب جعل القانون يعاقب على استخدامهم في أي عمل من شأنه إفساد أخلاقهم أو الأضرار بصحتهم أو تهديد حياتهم بالخطر أو إلحاق الأذى بنموهم الطبيعي، وعلى الدول أيضا أن تفرض حدوداً دنيا للسن يحظر القانون استخدام الصغار الذين لم يبلغوها في عمل مأجور ويعاقب عليه، فالمادة 12 1-"تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه. 2-تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، تلك التدابير اللازمة من أجل: (أ) العمل على خفض معدل موتي المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نموا صحيا، (ب) تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية، (ج) الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها، (د) تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض ".

هـ. الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقليا لعام 1971

أكد الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقليا مجدداً على الحماية الدولية للحق في التمتع بمستوى مناسب من الصحة وايلاء قدر مناسب من الاهتمام للمعوقين عقليا. كما أوضح هذا الإعلان أنه ينبغي أن تتوفر للمعوقين ذهنيا التمتع بالمساعدات بما يكفل لهم أن يصلوا إلى أعلى مستوى ممكن كأفراد؛ إذ ينص هذا الإعلان على أن: "للمتخلف عقليا حق في الحصول على الرعاية والعلاج الطبيين المناسبين وعلى قدر من التعليم والتدريب والتأهيل والتوجيه يمكنه من إنماء قدراته وطاقاته إلى أقصى حد ممكن".

و. الإعلان الخاص بحقوق المعوقين

أكد الإعلان الخاص بحقوق المعوقين مجدداً الحماية الدولية للحق في التمتع بمستوى مناسب من الصحة، كما أقر بحق المعوقين في التمتع بالرعاية الخاصة التي يحتاجون إليها؛ إذ ينص هذا الإعلان على: "للمعوق الحق في العلاج الطبي والنفسي والوظيفي بما في ذلك الأعضاء الصناعية وأجهزة التقويم، وفي التأهيل الطبي والاجتماعي، وفي التعليم، وفي التدريب والتأهيل المهنيين،.....".

ز. اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام 1979[1]

أكدت اتفاقية القضاء جميع أشكال التمييز ضد المرأة على الحماية الدولية للحق في التمتع بمستوى مناسب من الصحة، وعرضت للاحتياجات وأوجه الحماية الخاصة التي يجب أن تتمتع بها المرأة بهذا الخصوص؛ إذ نصت على: المادة 10: ".....ح- إمكانية الحصول على معلومات تربوية محددة تساعد على كفالة صحة الأسر ورفاهها، بما في ذلك المعلومات والإرشادات التي تتناول تنظيم الأسرة".

أما المادة 11، فجاء فيها: "تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان العمل لكي تكفل لها، على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، نفس الحقوق ولاسيما:...

---

[1]- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة أو سيداو اختصاراً (CEDAW) هي معاهدة دولية تم اعتمادها في 18 ديسمبر 1979 من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة وتم عرضها للتوقيع والتصديق والانضمام بالقرار 180/34 في 18 ديسمبر 1979. وتوصف بأنها وثيقة حقوق دولية للنساء. ودخلت حيز التنفيذ في 3 سبتمبر 1981.

(و) الحق في الوقاية الصحية وسلامة ظروف العمل، بما في ذلك حماية وظيفة الإنجاب... 2- توخيا لمنع التمييز ضد المرأة بسبب الزواج أو الأمومة، ضمانا لحقها الفعلي في العمل، تتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة:... (د) لتوفير حماية خاصة للمرأة أثناء فترة الحمل في الأعمال التي يثبت أنها مؤذية لها".

كما نصت المادة 12 من اتفاقية القضاء على جميع أشكال تمييز العنصري ضد المرأة لسنة 1979 أنه: " تكفل الدول الأطراف للمرأة خدمات مناسبة فيما يتعلق بالحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة، موفرة لها خدمات مجانية عند الاقتضاء وكذلك تغذية كافية أثناء الحمل والرضاعة.

ح. اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة لعام 1987[1]

نصت اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة على أنه يجب إلا يتعرض أي فرد للتعذيب سواء من قبل الدولة أو بموافقتها أو تتجاهل الدولة وقوع التعذيب أيا كانت الظروف؛ وتنص على أن:

المادة 2: -1" تتخذ كل دولة طرف إجراءات تشريعية أو إدارية أو قضائية فعالة أو أية إجراءات أخرى لمنع أعمال التعذيب في أي إقليم يخضع لاختصاصها القضائي".

ط. اتفاقية حقوق الطفل لعام 1989

أكدت اتفاقية حقوق الطفل الحماية الدولية للحق في التمتع بمستوى مناسب من الصحة، موضحة أن الأطفال هم من مواطني الدولة، ولهم الحق في التمتع مثل كافة الأفراد بحقوقهم، وتنص المادة 6، على أن: "1-تعترف الدول الأطراف بأن لكل طفل حقا أصيلاً في الحياة. 2-تكفل الدول الأطراف إلى أقصى حد ممكن بقاء الطفل ونموه...".

2-تكريس الحماية الإقليمية للحقوق الصحية

من الجدير التنويه بأن الصكوك التالي الإشارة إليها تعني الدول الأطراف في المنظمات الإقليمية المعنية، وأنه لا يسعنا المجل لذكر كل الاتفاقيات الإقليمية، لذا سنكتفي بالإشارة إلى بعضها على النحو التالي:

- **الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان الأمريكي لعام 1948**

يعد الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان موجها عاما للدول الأعضاء في منظمة الدول الأمريكية، وقد أقر بحق كافة المواطنين في التمتع بمستوى مناسب من الصحة كما ركز بشكل خاص

---

[1]- اعتمدت اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة لعام 1987 من قبل الجمعية العامة وفتحت باب التوقيع والتصديق عليها والانضمام إليها في القرار 46/39 المؤرخ في 10 كانون الأول / ديسمبر 1984 تاريخ بدء النفاذ: 26 حزيران/ يونيه 1987 وفقا للمادة 27.

على احتياجات الأطفال والنساء، وتنص المادة 7، على أن: "لكل النساء –أثناء الحمل وفترة الرضاعة – ولكل الأطفال الحق في الحماية الخاصة والرعاية والمساعدة".

وأضافت المادة 11 أنه: "لكل شخص الحق في المحافظة على صحته عن طريق الإجراءات الصحية والاجتماعية التي تتعلق بالغذاء والملبس والإسكان والرعاية الطبية إلى الحد الذي تسمح به الموارد العامة وموارد المجتمع".

❖ **الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام 1979**

يعد الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب الوثيقة الأساسية المعنية بحقوق الإنسان في إطار منظومة الاتحاد الأفريقي، ويقر هذا الميثاق بالحق في التمتع بمستوى مناسب من الصحة لكافة الأفراد وكذلك حقهم في الحماية من الظروف المضرة بحصتهم، وكذلك توفير الرعاية اللازمة لهم، حيث نصت المادة 16 على أن: "1–لكل شخص الحق في التمتع بأفضل حالة صحية بدنية وعقلية يمكنه الوصول إليها، 2–تتعهد الدول الأطراف في هذا الميثاق باتخاذ التدابير اللازمة لحماية صحة شعوبها وضمان حصولها على العناية الطبية في حالة المرض"[1].

❖ **الميثاق الأفريقي لحقوق الطفل ورفاهه لعام 1990**

يقر الميثاق الأفريقي لحقوق الطفل ورفاهه الحقوق الأساسية للطفل، ويعرض للاحتياجات الصحية الخاصة للطفل وما يلزمه من رعاية صحية خاصة، ومما نصت عليه المادة 11، أنه: "تشجيع تفهم الطفل للعناية الصحية الأولية".

وفي ظل ظروف تضمن كرامته، وتشجع على اعتماده على نفسه، والمشاركة النشطة في المجتمع. كذلك قررت المادة 14 أن يكون لكل طفل الحق في التمتع بأفضل حالة ممكنة التحقيق للصحة البدنية والعقلية والروحية، وأن تتعهد الدول الأطراف في هذا الميثاق بمتابعة التنفيذ الكامل لهذا الحق، وتتخذ على وجه الخصوص إجراءات: (أ)– لتقليل معدل وفيات الأطفال؛ (ب)– لضمان توفير المساعدة والرعاية الصحية الطبية اللازمة لكافة الأطفال، مع التأكيد على تنمية الرعاية الصحية الأولية؛ (ج)– لضمان توفير التغذية الكافية ومياه الشرب الآمنة؛ (د)– لمكافحة المرض وسوء التغذية في إطار العناية الصحية الأولية عن طريق تطبيق التكنولوجيا المناسبة؛ (هـ)– لضمان الرعاية الصحية المناسبة للأمهات المرضعات واللاتي ينتظرن مواليد؛ (و)– لتطوير الرعاية الصحية والوقائية والثقافية الأسرية وتوفير الخدمات؛ (ز)– لإدماج برامج الخدمات الصحية الأساسية في خطط التنمية القومية؛ (ح)– لضمان أن كافة قطاعات المجتمع – وعلى وجه الخصوص – الآباء والأطفال والمرشدين الاجتماعيين والعاملين في المجال الاجتماعي قد ناول الإعلام والمساندة لاستخدام المعارف الأساسية بصحة الطفل، وتغذيته، ومميزات الرضاعة الطبيعية، والصحة العامة، والصحة البيئية، ومنع الحوادث المنزلية، والحوادث

---

[1]– ديفيد ألمييدا وروبرت برلين، المرجع السابق، ص 1–2.

الأخرى؛ (ط)- لضمان المشاركة الفعالة من المنظمات غير الحكومية، والجمعيات المحلية، والسكان المستفيدين من تخطيط وإدارة برنامج الخدمة الأساسية للأطفال؛ (ي)- لدعم تعبئة موارد المجتمع المحلي عن طريق الوسائل الفنية والمالية في تنمية العناية الصحية الأولية بالأطفال.

3-التزامات الجهات الفاعلة غير الدول الأطراف

إن لدور وكالات وبرامج الأمم المتحدة، وخاصة الوظيفة الرئيسية المسندة إلى منظمة الصحة العالمية في إعمال الحق في الصحة على المستويات الدولية والإقليمية والقطرية، أهمية خاصة، مثل دور اليونيسيف فيما يتصل بحق الطفل في الصحة، وينبغي للدول الأطراف عند صياغتها وتنفيذها لإستراتيجيتها الوطنية الخاصة بالحق في الصحة، أن تستفيد من المساعدة والتعاون التقنيين اللذين تقدمهما منظمة الصحة العالمية، وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي للدول الأطراف، عند إعدادها لتقاريرها، أن تستغل المعلومات الغزيرة والخدمات الاستشارية لمنظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بجمع البيانات وتفصيلها وفي وضع مؤشرات ومعالم الحق في الصحة.

علاوة على ذلك، ينبغي مواصلة بذل جهود متضافرة في سبيل إعمال الحق في الصحة بغية تعزيز التفاعل بين جميع الجهات الفاعلة المعنية، بما فيها مختلف عناصر المجتمع المدني. وبموجب المادتين 22 و23 من العهد، ينبغي لكل من منظمة الصحة العالمية، ومنظمة العمل الدولية، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، واليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي، والمصارف الإنمائية الإقليمية، وصندوق النقد الدولي، ومنظمة التجارة العالمية، والهيئات ذات الصلة الأخرى داخل منظومة الأمم المتحدة، أن يتعاون على نحو فعال مع الدول الأطراف، بالاعتماد على خبرته، في مجال تنفيذ الحق في الصحة على المستوى الوطني، مع إيلاء الاعتبار الواجب للولاية الفردية لكل من هذه المنظمات، وبوجه خاص، ينبغي للمؤسسات المالية الدولية، لاسيما البنك الدولي وصندوق النقد الدولي، أن تولي اهتماما كبيرا لحماية الحق في الصحة في سياساتها الإقراضية، واتفاقاتها الائتمانية، وبرامجها المتعلقة بالتكيف الهيكلي، وعند النظر في تقارير الدول الأطراف وقدرتها على الوفاء بالالتزامات بموجب المادة 12، ستنظر اللجنة في أثر المساعدة المقدمة من جميع العناصر الفاعلة.

ومن شأن قيام الوكالات المتخصصة والبرامج والهيئات التابعة للأمم المتحدة باعتماد نهج قائم على حقوق الإنسان؛ أن ييسّر إلى حد بعيد إعمال الحق في الصحة، وستقوم اللجنة أيضا أثناء النظر في تقارير الدول الأطراف بدراسة دور الجمعيات المهنية الصحية وغيرها من المنظمات غير الحكومية فيما يتعلق بالتزامات الدول بموجب المادة 12[1].

ويتسم دور كل من منظمة الصحة العالمية، ومفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، ولجنة الصليب الأحمر الدولية الهلال الأحمر واليونيسيف، فضلا عن المنظمات غير الحكومية والجمعيات

[1]- نفس المرجع، ص 2.

الطبية الوطنية، بأهمية خاصة فيما يتعلق بالإغاثة في حالات الكوارث والمساعدة الإنسانية في أوقات الطوارئ، بما في ذلك تقديم المساعدة إلى اللاجئين والمشردين داخليا. وينبغي إعطاء الأولوية في تقديم المساعدة الطبية الدولية، وتوزيع الموارد وإدارتها، مثل المياه النظيفة الصالحة للشرب، والأغذية والإمدادات الطبية والمعونات المالية إلى أضعف المجموعات السكانية وأشدها تعرضا للتهميش.

❖ **دليل التدريب على رصد حقوق الإنسان: مكتب المفوض السامي لحقوق الإنسان بالأمم المتحدة، جنيف، الأمم المتحدة عام 2001.**

فقد رصد الفصل السابع عشر " الحقوق الاقتصادية والاجتماعية" يعرض هذا الفصل بشكل موجز للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بما فيها الحق في الصحة، وكذلك مدى الوفاء بتلك الحقوق، كما رصد الفصل العاشر حماية حقوق الإنسان الخاصة باللاجئين و/أو المشردين داخليا الذين يعيشون في المخيمات" رصد وحماية حقوق الإنسان الخاصة بالعائدين والمشردين داخلياً" يتناول الفصلان السابق الإشارة إليهما حقوق الإنسان الخاصة باللاجئين والمشردين داخلياً بما في ذلك الحق في الصحة.

❖ **مؤسسة المساعدة الطبية لشرق أفريقيا**

مؤسسة المساعدة الطبية لشرق أفريقيا هي منظمة تطوع غير ربحية تقع في نورث أكوس، بولاية مينيسوتا بالولايات المتحدة الأمريكية، وتسعي هذه المؤسسة إلى لتجنيد متطوعين لتوفير تعليم وتدريب طبي ومعدات طبية ورعاية طبية لسكان دول شرق أفريقيا وكذلك لجمع التبرعات المالية للمساعدة في تحقيق أهدافها.

❖ **وكالة البيانات الدولية للتطوع**

تعد وكالة البيانات الدولية للتطوع أشمل جهة فيما يخص بيانات التطوع في العالم. وقامت الوكالة منذ عام 1985 بإرسال ما يزيد على 29 ألف متطوع للعمل في أفريقيا وآسيا وبلدان البحر الكاريبي ومنطقة باسيفيك، وبشكل أحدث إلى بلدان أوروبا الشرقية. وفي اللحظة الراهنة هناك ألف وخمسمائة متطوع تابع للوكالة يعملون في هذه المناطق، ويضم المتطوعين تشكيلة واسعة من حيث انتمائهم إلى بلدان مختلفة وكذلك أعمارهم، وتقوم الوكالة بدلا من إرسال الطعام أو الأموال بإرسال متطوعين رجال ونساء من تخصصات مختلفة يرغبون في تحقيق التغيير وتحقيق تقدم في المعركة ضد الفقر.

ويعمل هؤلاء المتطوعون بالتعاون مع زملاء من المجتمعات المحلية لتقاسم المهارات وتبادل المعرفة لتحقيق التغيير والالتزام بتحقيق أهداف تنموية طويلة الأجل تركز على تحقيق تنمية مستدامة بدلا من تقديم مساعدات أو حلول مؤقتة.

❖ **الجماعة الطبية الدولية**

تأسست عام 1948 من قبل أطباء وممرضين متطوعين من الولايات المتحدة. وهي منظمة تطوعية غير سياسية خاصة، تعنى برفع مستوى المعيشة عبر العمل تحسين قدرة المجتمعات المحلية على

النهوض بالأحوال الصحية والأوضاع المجتمعية وذلك في البلدان التي لا تتوفر بها منظمات قادرة على القيام بذلك.

❖ **جمعية برامج التطوع الدولية**

جمعية برامج التطوع الدولية عبارة عن تحالف من جمعيات غير ربحية وغير حكومية تقع أساسا في الأمريكيتين، وتتيح جمعية برامج التطوع الدولية قائمة بالوكالات والمنظمات التي تبحث عن متطوعين في مناطق العالم المختلفة، للمدرسين لغز الهوية –اليونيسف، يعالج لغز الهوية حقوق الطفل بما في ذلك الحق في الصحة الكافية، وحرمانهم من الحق في المواطنة.

إلا أنه، بالرجوع إلى الواقع في فلسطين نجد إن الحواجز الموجودة في المعابر تقف للمرضى بالمرصاد وخصوصا النساء الحوامل والأطفال، وكانت السبب في موت الكثير من هؤلاء المرضى وإجهاض العشرات من الحوامل على مرأى من جنود الاحتلال، حيث أرغمت 69 سيدة حامل منذ بدء انتفاضة الأقصى في 28 / 9 /2000 وحتى مايو 2007 على الولادة عند الحواجز العسكرية الإسرائيلية على مرأى ومسمع من جنود الاحتلال الإسرائيلي الذين تجاهلوا بشكل مستفز صرخات الاستجداء التي أطلقتها تلك السيدات للسماح لهن بالوصول إلى المستشفيات للولادة وتلقي الخدمات الصحية اللازمة، كما ولد 32 طفلا ميتا على الحواجز [1].

وعلى الرغم من أبرام السلطة الوطنية الفلسطينية اتفاقيات سلام وهدنة مع إسرائيل إلا إن قوات الاحتلال الإسرائيلي مازلت تضع الحواجز التي تفصل بين المناطق وتحولها إلى كانتونات، كما أنها تعامل الفلسطينيين عند الحواجز العسكرية معاملة لا إنسانية وتعيق وصول سيارات الإسعاف إلى المرضى ونقلهم إلى المستشفيات من دون مبرر.

كما جاء في المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، أنه:

1. تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه.

2. تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، تلك التدابير اللازمة من أجل:

(أ) العمل على خفض معدل موتي المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نموا صحيا،

(ب) تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية،

(ج) الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها،

(د) تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض".

---

[1] فاطمة عيتاني وعاطف دغلس، معاناة المريض الفلسطيني تحت الاحتلال الإسرائيلي، تحرير محمد محسن صالح، مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، الطبعة الأولى، بيروت–لبنان، 2011، ص 80.

4-تكريس الحق في الصحة أثناء النزاعات المسلحة بموجب قواعد القانون الإنساني

فيما يتعلق بالقواعد المتعلقة بوسائل القتال وأساليبه، نجد أن القانون الدولي الإنساني قد نظم بشكل واضح وصريح معظم القواعد المتعلقة بوجوب احترام وضمان تمتع سكان الأقاليم المحتلة بحقوقهم الصحية، وهو ما سنبرزه فيما يلي:

أ-اتفاقية جنيف الرابعة بشأن حماية المدنيين أثناء النزاعات المسلحة لعام 1949

قررت المادة (16) من اتفاقية جنيف الرابعة لعام 1949 المتعلقة بحماية المدنيين أثناء النزاعات المسلحة، أنه: "يكون الجرحى والمرضى وكذلك العجزة والحوامل موضع حماية واحترام خاصين، وبقدر ما تسمح به المقتضيات العسكرية، يسهل كل طرف من أطراف النزاع الإجراءات التي تتخذ للبحث عن القتلى أو الجرحى، ولمعاونة الغرقى وغيرهم من الأشخاص المعرضين لخطر كبير ولحمايتهم من السلب وسوء المعاملة".

وأضافت المادة (17) يعمل أطراف النزاع على إقرار ترتيبات محلية لنقل الجرحى والمرضى والعجزة والمسنين والأطفال والنساء النفاس من المناطق المحاصرة أو المطوقة، ولمرور رجال جميع الأديان، وأفراد الخدمات الطبية والمهمات الطبية إلى هذه المناطق.

وأكدت المادة (18) على أنه: " لا يجوز بأي حال الهجوم على المستشفيات المدنية المنظمة لتقديم الرعاية للجرحى والمرضى والعجزة والنساء النفاس، وعلى أطراف النزاع احترامها وحمايتها في جميع الأوقات.

وألزمت الدول الأطراف في أي نزاع أن تسلم جميع المستشفيات المدنية شهادات تثبت أنها مستشفيات ذات طابع مدني وتبين أن المباني التي تشغلها لا تستخدم في أي أغراض يمكن أن يحرم ها من الحماية بمفهوم المادة 19، ووجوب تميز المستشفيات المدنية، إذا رخصت لها الدولة بذلك، بواسطة الشارة المنصوص عنها في المادة 38 من اتفاقية جنيف لتحسين حال الجرحى والمرضى بالقوات المسلحة في الميدان، المؤرخة في 12 آب/أغسطس 1949، وأكدت على أنه لا يجوز وقف الحماية الواجبة للمستشفيات المدنية إلا إذا استخدمت، خروجاً على واجباتها الإنسانية، في القيام بأعمال تضر العدو، غير أنه لا يجوز وقف الحماية عنها إلا بعد توجيه إنذار لها يحدد في جميع الأحوال المناسبة مهلة زمنية معقولة دون أن يلتفت إليه وفقا لما قررته المادة 19 من الاتفاقية.

وقد جاء في المادة (55) أنه: "من واجب دولة الاحتلال أن تعمل، بأقصى ما تسمح به وسائلها، على تزويد السكان بالمؤن الغذائية والإمدادات الطبية، ومن واجبها على الأخص أن تستورد ما يلزم من الأغذية والمهمات الطبية وغيرها إذا كانت موارد الأراضي المحتلة غير كافية.

لا يجوز لدولة الاحتلال أن تستولي على أغذية أو إمدادات أو مهمات طبية مما هو موجود في الأراضي المحتلة إلا لحاجة قوات الاحتلال وأفراد الإدارة، وعليها أن تراعي احتياجات السكان المدنيين.

ومع مراعاة أحكام الاتفاقيات الدولية الأخرى، تتخذ دولة الاحتلال الإجراءات التي تكفل سداد قيمة عادلة عن كل ما تستولي عليه".

وللدولة الحامية أن تتحقق دون أي عائق في أي وقت من حالة إمدادات الأغذية والأدوية في الأراضي المحتلة، إلا إذا فرضت قيود مؤقتة تستدعيها ضرورات حربية قهرية.

وتضيف المادة (56) على أنه: "من واجب دولة الاحتلال أن تعمل، بأقصى ما تسمح به وسائلها، وبمعاونة السلطات الوطنية والمحلية، على صيانة المنشآت والخدمات الطبية والمستشفيات وكذلك الصحة العامة والشروط الصحية في الأراضي المحتلة، وذلك بوجه خاص عن طريق اعتماد وتطبيق التدابير الوقائية اللازمة لمكافحة انتشار الأمراض المعدية والأوبئة. ويسمح لجميع أفراد الخدمات الطبية بكل فئاتهم بأداء مهامهم.

إذا أنشئت مستشفيات جديدة في الأراضي المحتلة حيث لم تعد الأجهزة المختصة للدولة المحتلة تؤدي وظيفتها، وجب على سلطات الاحتلال أن تعترف بهذه المستشفيات عند الاقتضاء على النحو الوارد في المادة 18، وفي الظروف المشابهة، تعترف سلطات الاحتلال كذلك بموظفي المستشفيات ومركبات النقل بموجب أحكام المادتين 20 و21.

ولدى اعتماد وتطبيق تدابير الصحة والشروط الصحية، تراعي دولة الاحتلال الاعتبارات المعنوية والأدبية لسكان الأراضي المحتلة.

وأكدت المادة (57) أنه لا يجوز لدولة الاحتلال أن تستولي على المستشفيات المدنية إلا بصفة مؤقتة وفي حالات الضرورة العاجلة للعناية بالجرحى والمرضى والعسكريين، شريطة أن تتخذ التدابير المناسبة وفي الوقت الملائم لرعاية الأشخاص الذين يعالجون فيها وتدبير احتياجات السكان المدنيين.

ب-الملحق (البروتوكول) الأول الإضافي إلى اتفاقيات جنيف لعام 1977

كرست نصوص البروتوكول الأول الإضافي إلى اتفاقيات جنيف المعقودة في 12 آب/أغسطس لعام 1949 والمتعلق بحماية ضحايا المنازعات الدولية المسلحة، التأكيد على حقوق المدنيين في الصحة وتمتع وسائل الصحية بالحماية اللازمة أثناء النزاعات المسلحة، حيث جاء في المادة 15، أنه يجب:

1 -احترام وحماية أفراد الخدمات الطبية المدنيين أمر واجب.

2 -تسدى كل مساعدة ممكنة عند الاقتضاء لأفراد الخدمات الطبية المدنيين العاملين في منطقة تعطلت فيها الخدمات الطبية المدنية بسبب القتال.

3 -تقدم دولة الاحتلال كل مساعدة ممكنة لأفراد الخدمات الطبية المدنيين في الأقاليم المحتلة لتمكينهم من القيام بمهامهم الإنسانية على الوجه الأكمل. ولا يحق لدولة الاحتلال أن تطلب إلى هؤلاء الأفراد، في أداء هذه المهام، إيثار أي شخص كان بالأولوية في تقديم العلاج إلا لاعتبارات طبية. ولا يجوز إرغام هؤلاء الأفراد على أداء أعمال لا تتلاءم مع مهمتهم الإنسانية.

4 –يحق لأفراد الخدمات الطبية المدنيين التوجه إلى أي مكان لا يستغنى عن خدماتهم فيه مع مراعاة إجراءات المراقبة والأمن التقيد يرى الطرف المعني في النزاع لزوماً لاتخاذها.

5 –يجب احترام وحماية أفراد الهيئات الدينية المدنيين، وتطبق عليهم بالمثل أحكام الاتفاقيات وهذا الملحق "البروتوكول" المتعلقة بحماية أفراد الخدمات الطبية وبكيفية تحديد هويتهم.

وأضافت المادة 16، أنه:

1 –"لا يجوز بأي حال من الأحوال توقيع العقاب على أي شخص لقيامه بنشاط ذي صفة طبية يتفق مع شرف المهنة الطبية بغض النظر عن شخص المستفيد من هذا النشاط.

2 –لا يجوز إرغام الأشخاص الذين يمارسون نشاطاً ذا صفة طبية على إتيان تصرفات أو القيام بأعمال تتنافى وشرف المهنة الطبية أو غير ذلك من القواعد الطبية التي تستهدف صالح الجرحى والمرضى أو أحكام الاتفاقيات وهذا الملحق "البروتوكول" أو على الإحجام عن إتيان التصرفات والقيام بالأعمال التي تتطلبها هذه القواعد والأحكام.

3 –لا يجوز إرغام أي شخص يمارس نشاطاً ذا صفة طبية على الإدلاء بمعلومات عن الجرحى والمرضى الذين كانوا أو ما زالوا موضع رعايته لأي شخص سواء أكان تابعاً للخصم أم للطرف الذي ينتمي هو إليه إذا بدا له أن مثل هذه المعلومات قد تلحق ضرراً بهؤلاء الجرحى والمرضى أو بأسرهم وذلك فيما عدا الحالات التي يتطلبها قانون الطرف الذي يتبعه. ويجب، مع ذلك، أن تراعى القواعد التي تفرض الإبلاغ عن الأمراض المعدية.

كما أوصت المادة 17، على وجوب أن يقوم السكان المدنيين برعاية الجرحى والمرضى والمنكوبين في البحار حتى ولو كانوا ينتمون إلى الخصم، وألا يرتكبوا أياً عنف بمواجهتهم.

كما قررت المادة 55، أنه تراعى أثناء القتال حماية البيئة الطبيعية من الأضرار البالغة واسعة الانتشار وطويلة الأمد، وتتضمن هذه الحماية حظر استخدام أساليب أو وسائل القتال التي يقصد بها أو يتوقع منها أن تسبب مثل هذه الأضرار بالبيئة الطبيعية ومن ثم تضر بصحة أو بقاء السكان.

ج–الملحق (البروتوكول) الثاني الإضافي إلى اتفاقيات جنيف لعام 1977

نص البروتوكول الإضافي الثاني في المادة 14 على ما يلي: أ –حماية الأعيان التي لا غنى عنها لبقاء السكان المدنيين، وحظر توجيه الهجمات العدائية للمناطق الزراعية والمواد الغذائية والمحاصيل والماشية ومخازن الغلال ومرافق مياه الشرب وشبكاتها والآبار وأشغال الري، وهى بذلك تسهم بدون شك في حماية البيئة أثناء النزاع المسلح غير الدولي، كما أكدت المادة 15 على حماية الأشغال الهندسية والمنشآت المحتوية على قوى خطرة، حيث جاء فيها: "لا تكون الأشغال الهندسية أو المنشآت التي تحوي قوى خطرة، ألا وهي السدود والجسور والمحطات النووية لتوليد الطاقة الكهربائية محلاً للهجوم، حتى ولو

كانت أهدافاً عسكرية، إذا كان من شأن هذا الهجوم أن يتسبب في انطلاق قوى خطرة ترتب خسائر فادحة بين السكان المدنيين"[1].

د-النظام الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية لعام 1998

اعتبر النظام الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية لعام 1998 أن الإضرار الشديد بالصحة يعتبر جريمة من جرائم الحرب، حيث جاء في المادة الثامنة من النظام الأساسي أن تعمد إحداث معاناة شديدة أو إلحاق أذى خطير بالجسم أو بالصحة وإخضاع الأشخاص الموجودين تحت سلطة طرف معاد للتشويه البدني أو لأي نوع من التجارب الطبية أو العلمية التي لا تبررها المعالجة الطبية أو معالجة الأسنان أو المعالجة في المستشفي للشخص المعني والتي لا تجري لصالحه وتتسبب في وفاة ذلك الشخص أو أولئك الأشخاص أو في تعريض صحتهم لخطر شديد.

كذلك اعتبرت المادة (6) بأن إلحاق ضرر جسدي أو عقلي جسيم بأفراد الجماعة فرض تدابير تستهدف منع الإنجاب داخل الجماعة. وإخضاع الجماعة عمداً لأحوال معيشية يقصد بها إهلاكها الفعلي كلياً أو جزئياً جريمة إبادة جماعية.

ثانيا: بعض صور انتهاك سلطات الاحتلال الإسرائيلي للحقوق الصحية في فلسطين

تعتبر الانتهاكات الإسرائيلية للحقوق الصحية في مواجهة الفلسطينيين، صورة نمطية متكررة مارستها دول الاحتلال منذ احتلالها للأراضي الفلسطينية، وكانت اتفاقيات جنيف الأربع في المادة الثالثة المشتركة قد عددت الأفعال المحظورة، ولعله تجب الإشارة أن الحديث عن الانتهاكات والجرائم الإسرائيلية في مجال احترام الحقوق الصحية وتوفير الرعاية الصحية والخدمات الصحية بالإقليم الفلسطيني المحتل لن ينتهي ولن تسعه مجلدات، ولا أصدق على ذلك مما نقلته وسائل العلام والتقارير الدولية عن انتهاك حق المواطن الفلسطيني في الرعاية الصحية خلال الحرب على غزة عام 2009، بالإضافة إلى الحرب التي شنتها عام 2012، وكان أخرها حرب جويلية 2014، والتي ضربت فيهما سلطات الاحتلال الإسرائيلي بعرض الحائط كافة الاتفاقيات والمواثيق الدولية التي كرست الحق في الصحة، بما في ذلك اتفاقيات ومواثيق القانون الدولي لحقوق الإنسان واتفاقيات القانون الدولي الإنساني وخاصة اتفاقية جنيف الرابعة والمتعلقة بحماية الأشخاص المدنيين في وقت الحرب لعام 1949، وكذلك اتفاقية لاهاي المتعلقة باحترام قوانين وأعراف الحرب البرية لعام 1907، بالإضافة إلى ميثاق الأمم المتحدة لعام 1945، والتي تؤكد جميعها على قيام التزامات في مواجهة دولة الاحتلال الإسرائيلي بوجوب توفير الحقوق الصحية لكل المواطنين في الأراضي المحتلة؛ بل وبذل جهودها بتوفير المعدات والتجهيزات الصحية من الخارج لو

[1] أمحمدي بوزينة امنة، دروس على الخط في مقياس حماية البيئة أثناء النزاعات المسلحة لطلبة السنة أولى الماستر تخصص القانون الدولي للبيئة، بكلية الحقوق والعلوم السياسية بجامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، للسنة الدراسية 2017/2016، ص 49.

تطلب الأمر ذلك[1]، ولكن الواقع في فلسطين اثبت أن إسرائيل لم تحترم أي الالتزامات المكرسة بموجب النصوص الدولية والإقليمية التي تحمي الحق الصحي في السلم أو في زمن النزاع المسلح، فقد تفنن الاحتلال الإسرائيلي في انتهاك الحقوق الصحية المقررة في حق الشعب الفلسطيني، نذكر منها ما يلي:

1-انتهاكات سلطات الاحتلال الإسرائيلي للحماية المقررة للطواقم الطبية الفلسطينية

على الرغم مما وفرته اتفاقية جنيف الرابعة من خلال المواد من 14 وحتى المادة 23، وكذلك المادة 63 من الاتفاقية، وأكدته المواد 12 و15 من البرتوكول الأول الملحق بها من حماية لأفراد ورجال الطواقم الطبية والإغاثة الإنسانية وخاصة فيما يتعلق بمبدأ احترام حركة الحركة والتنقل لهم وعدم الاعتداء عليهم أثناء ممارسة مهامهم، ولما قررته المادة 8/ب/ 3 من اعتبار الانتهاكات الخطيرة تعمد شن هجمات ضد موظفين مستخدمين أو منشآت أو مواد أو وحدات أو مركبات مستخدمة في مهمة من مهام المساعدة الإنسانية أو حفظ السلام عملاً بميثاق الأمم المتحدة ماداموا يستخدمون الحماية التي توفر للمدنيين أو للمواقع المدنية بموجب قانون المنازعات المسلحة، جريمة حرب.

لكن قوات الاحتلال الإسرائيلي خرقت وما زالت تخالف جميع تلك القواعد الإنسانية من خلال الاعتداء على الطواقم الطبية في الضفة الغربية وقطاع غزة، وتمثلت تلك الاعتداءات في إطلاق النار المباشر والاعتداءات الجسدية واللفظية وعرقلة وصولها إلى المصابين والمرضى[2]، وخلال عدوان عام 2014 قامت قوات الاحتلال وجيشها باستهداف سيارات الإسعاف، والدفاع المدني والخدمات الإغاثية بشكل متعمد[3].

فالانتهاكات الإسرائيلية على صعيد الطواقم الطبية فتتمثل بإصابة عدد كبير من المتطوعين والمسعفين الذين أصيبوا بجراح وبإعاقات دائمة، أضف إلى ذلك تضرر سيارات الإسعاف وخروجها من الخدمة في أحيان كثيرة، ومنع ضابط وسائقي الإسعاف من قبل قوات الاحتلال من الوصول إلى الهدف سواء أكان الهدف مصاب أو مريض.

مع تواصل ممارسات الاحتلال الإسرائيلي اتجاه الشعب الفلسطيني من حصار وصعوبة التواصل بين المدن الفلسطينية وقراها التي عانت من افتقارها للعيادات والمراكز الصحية والمؤسسات الطبية،وفي ظل تزايد عدد الوفيات وموت الأجنة في عمليات الولادة على حواجز الاحتلال، برز إلى السطح الدور الكبير

---

[1] امحمدي بوزينة آمنة، "انضمام فلسطين إلى المحكمة الجنائية الدولية وإمكانية تفعيل اختصاصها في مواجهة جرائم إسرائيل ضد الشعب الفلسطيني"، مخبر القانون والأمن الإنساني جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، مداخلة ألقيت خلال المؤتمر الدولي الثالث عشر لمركز جيل البحث العلمي: فلسطين قضية وحق: طرابلس | لبنان 2 و3 ديسمبر 2016، منشورة ضمن أعمال المؤتمر الدولي الثالث عشر فلسطين قضية وحق لبنان ديسمبر 2016 الصادرة بشهر ديسمبر 2016، ص 224.

[2] حطيط أمين، وآخرون، دراسات في العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة (عملية الرصاص المصبوب_ معركة الفرقان)، تحرير عبد الحمد الكيالي، الطبعة الأولى، مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، بيروت، يوليو 2009، ص 100.

[3] امحمدي بوزينة أمنة، الخلط بين الإرهاب والمقاومة وأثره على القضية الفلسطينية"، أطروحة دكتوراه تخصص القانون الدولي، كلية الحقوق-جامعة الجزائر 1، 2015، ص 260.

الذي تلعبه هذه المؤسسات الصحية غير الحكومية في التصدي والتخفيف من الآثار المترتبة على ممارسات الاحتلال وإنقاذ حياة المواطنين، ولا يستطيع احد من شعبنا إنكار الدور الكبير الذي تضطلع به هذه المؤسسات في الأرياف والمناطق النائية عن خدمات دائرة الصحة المهملة في عهد الاحتلال وحتى في المدن أيضا، فهي مؤسسات غير حكومية تحولت إلى حركة اجتماعية صحية بعد إنشائها في العام (1979) بهدف تعزيز البنية التحتية للمجتمع الفلسطيني، والتقليل من الاعتماد على الاحتلال الإسرائيلي في معظم المجالات وخاصة القطاع الصحي،الذي عمد وبشكل دائم ومستمر إلى إضعاف تقديم الخدمات الطبية،فتلاقى في دور هذه المؤسسات العمق الوطني بالعمق المهني فهي تمارس نشاطات خيرية وثقافية وعلمية وطبية مستهدفة الفئات ذات الدخل المنخفض والمحتاجة لتلك الخدمات مع التركيز على الفئات الأقل حظا في مجتمعنا الفلسطيني كالمرأة والطفل وطلبة الجامعات والمدارس وذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا يحمل السمة الوطنية، وعمل هذه المؤسسات جزء من البرنامج النضالي ضد الاحتلال على قاعدة تمتين المجتمع وسد حاجاته الصحية، إضافة إلى ما تفيد متطوعوها في تدريبهم على الإسعافات الأولية، وتنفيذ عمليات الإخلاء في حالات الطوارئ، وصقل الشخصية المهيأة لتقديم الخدمات للمواطنين من خلال القيام بأعمال التطوع وتنمية جانب المبادرة لديهم، ولا ننسى دورها في توفير مقومات الحياة الأساسية خلال فترات منع التجول والاجتياحات المتكررة التي أصبحت سمة تلاحق المناطق الفلسطينية في الفترات السابقة فاضحي الناس ينظرون لهذه المؤسسات على إنها مصدر من مصادر غوثهم وإمدادهم بالمواد الغذائية والدواء وحليب الأطفال وغيرها من الأمور الحياتية الهامة، فأصبح العاملون فيها بمثابة الفدائي الذي يعرض نفسه للأخطار والمهالك لإنقاذ حياة المهددين بفقدان الحياة[1].

كذلك نتج عن العدوان الإسرائيلي على غزة الّذي بدأ فعلياً يوم 7 جويلية 2014 استشهاد أكثر من (2175) فلسطينياً بينهم (530) طفلا و(302) امرأة بينهن أكثر من أربعين مسنة، و(23) من الطواقم الطبية و(16) صحفيا و(11) من موظفي وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا)، وبلغ عدد الجرحى (10870) فلسطينياً جريح معظمهم من الأطفال (3303) طفلاً و(2101) امرأة [2]، ووفقاً لمئات الأدلة الموثقة استخدمت قوات الاحتلال الإسرائيلي القوة المفرطة المفضية إلى الموت ضد المدنيين الفلسطينيين في ظروف لا تُبرر مثل هذا الاستخدام ودون أنّ ينشأ تهديد لحياة تلك القوات[3].

---

[1] أمجد رامز السائح، قراءة في واقع العمل الصحي الفلسطيني الحكومي ومؤسساته ودوره بالعمل الوطني "الأفاق والواقع والثغرات والإحصائيات والآمال"، السبت، 10 كانون الثاني /يناير 2015، منشور على الرابط التالي:
http://www.palestineland.net/index.php/content-category-2/560-2015-01-10-13-21-27

[2] تقرير غزة تقاوم تحت النار لليوم الـ (1443/26) شهيداً و(8350) جريحاً، المركز الفلسطيني للإعلام، نشر في 1 أغسطس 2014، ص 02.

[3] ملف معلومات رقم (22): العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة، عملية "العصف المأكول" –عملية "الجرف الصامد" 2014/7/7 – 2014/8/26، المرجع السابق، ص 76.

لا شك أنّ الأعمال السابقة، تعدُ من جرائم الحرب، كما يعد القتل العمد من المخالفات الجسيمة لاتفاقية جنيف الرابعة لعام 1949 الخاصة بحماية المدنيين وتحديداً المادتين (146) و(147)، كما أنّ مهاجمة الصحفيين انتهاك لأحكام المادة (79/أ) من البروتوكول الأول لعام 1977[1].

إذن المعطيات السابقة تؤكد على ان ممارسات إسرائيل تعد خرقا واضحا لأهم قواعد القانون الدولي الإنساني المتمثلة في اتفاقية جنيف الرابعة لعام 1949 بشأن حماية المدنيين والبرتوكول الإضافي لاتفاقيات جنيف، والتي كفلت حماية الطواقم الطبية المكلفة بالبحث عن المرضى والجرحى والمنكوبين وإجلائهم ونقلهم وتشخيص حالتهم وعلاجهم[2].

2-انتهاكات قوات الاحتلال حق أسرى الحرب بالتمتع بالرعاية الصحية

كذلك يعد وضع الأسرى المرضى في السجون الإسرائيلية من أكثر القضايا إلحاحا في ظل معاناة الكبيرة وقاسية يواجهونها، تتمثل بسياسة الإهمال الطبي المتعمد بحقهم وعدم تقديم العلاج المناسب لهم، وإجراء التجارب الطبية عليهم، مع انه ألزمت المادة 91 من اتفاقية جنيف الرابعة لعام 1949 المحتل بتقديم الرعاية الطبية والعلاج المناسب للأسرى المرضى، غير أن إسرائيل تستخدم مستشفياتها ومؤسساتها الصحية كمحطات لتعذيب الأسير الفلسطيني وتحطيم إرادته وتركه فريسة سهلة للأمراض الفتاكة بدلا من تقديم العلاج لهم.

3-انتهاكات قوات الاحتلال لوجوب توفير الرعاية الصحية للأطفال الفلسطينيين

كذلك ليس هناك أبشع من ممارسات الانتهاك الإسرائيلية؛ كما هو الحال بالنسبة لمعاناة الأطفال المرضى الفلسطينيين في السجون الإسرائيلية رغم ما قررته المادة 24 من اتفاقية حقوق الطفل لسنة 1989، إلا أنه يوجد بين الأطفال الفلسطينيين الأسرى حوالي ثلاثين طفلا مريضا، أي ما نسبته 9 بالمئة من عدد الأطفال الأسرى، وهؤلاء محرومون من الرعاية الصحية والعلاج الطبي المناسب، ووفقا لإفادات الأطفال الأسرى، فإن سلطات الاحتلال الإسرائيلي ترفض إخراج الأطفال المرضى إلى عيادات السجن، وإن أخرجتهم فإنهم يتعرضون للضرب والشتائم والمضايقات حتى من قبل الأطباء، كما الأبشع من ذلك أنهم يرفضون إجراء عمليات جراحية للأطفال المصابين بأمراض تستدعي التدخل الجراحي وخاصة تلك العمليات التي تتطلب إزالة بقايا شظايا أو رصاص من أجسادهم [3].

---

[1] ملف معلومات رقم (22): العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة، عملية "العصف المأكول" -عملية "الجرف الصامد" 2014/7/7 – 2014/8/26 إعداد قسم الأرشيف والمعلومات بمركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، بيروت -لبنان، 2015. أنظر أيضا: تقرير بعنوان: «غزة تقاوم تحت النار لليوم الـ 1395/025 شهيداً و8100 جريح»، المركز الفلسطيني للإعلام، نشر في 31 يوليو 2014.

[2] فاطمة عيتاني وعاطف دغلس، المرجع السابق، ص 57.

[3] نفس المرجع، ص 46-47.

4-إجراء إسرائيل لتجارب على المرضى الفلسطينيين وسرقة أعضائهم

يكون للمحكمة اختصاص فيما يتعلق بجرائم الحرب، ولاسيما عندما ترتكب في إطار خطة أو سياسة عامة أو في إطار عملية ارتكاب واسعة النطاق لهذه الجرائم، قسام سلطة الاحتلال وفقا لما قررته المادة 8/أ/ 2و3 بارتكاب انتهاكات الجسيمة لاتفاقيات جنيف المؤرخة 12 آب / أغسطس 1949، أي فعل من الأفعال التالية ضد الأشخاص أو الممتلكات الذين تحميهم أحكام اتفاقية جنيف ذات الصلة:

2- التعذيب أو المعاملة اللاإنسانية بما في ذلك إجراء تجارب بيولوجية.

3- تعمد إحداث معاناة شديدة أو إلحاق أذى خطير بالجسم أو بالصحة"

10 -إخضاع الأشخاص الموجودين تحت سلطة طرف معاد للتشويه البدني أو لأي نوع من التجارب الطبية أو العلمية التي لا تبررها المعالجة الطبية أو معالجة الأسنان أو المعالجة في المستشفي للشخص المعني والتي لا تجري لصالحه وتتسبب في وفاة ذلك الشخص أو أولئك الأشخاص أو في تعريض صحتهم لخطر شديد."

وبالرجوع إلى ما ورد في نص المادة السابقة وواقع الممارسات الإسرائيلية في مواجهة الشعب الفلسطيني نجد أن إسرائيل رغم علم قواتها أن إجراء التجارب الطبية على مواطني الشعب المحتل محرم وغير مقبول دوليا إلا أنها جعلت الفلسطينيين سواء أسرة أو مرضى أو جرحى حقلا لتجاربها العلمية والطبية، إذ ينظر بعض الأطباء الإسرائيليين في المراكز الصحية الإسرائيلية إلى المرضى العرب كفئران تجارب، فيقوم هؤلاء الأطباء باستخدام مرضى نزلاء في المستشفيات الإسرائيلية بينهم مسنون وأطفال ومختلون عقليا في تجارب طبية كتجارب لعقاقير غير مجازة طبيا وبعض تلك التجارب تكون على أيدي باحثين ليسوا حتى من الأطباء، وكل ذلك يجري دون الحصول حتى على إذن من الأوصياء عليهم قانونا، ففي عام 2005 تم إحداث ثقوب في طبلات أذان عدد من الأطفال عمدا بغرض تجربة عقار عليهم، على الرغم من أن هذا العقار لم يحصل على إجازة لاستخدامه في الأغراض الطبية في أي مكان أخر حول العالم.

وتعد إسرائيل من الدول الملتزمة بإتباع إعلام هلنسكي الذي اعتمدته الجمعية الطبية في فنلندا سنة 1964، بشأن إجراء التجارب الطبية الحيوية، ويعد هذا الإعلان بمثابة ميثاق، وينص في مبدئه الثالث، على أنه: "لا ينبغي أن تجري البحوث الطبية الحيوية إلا بواسطة أشخاص مؤهلين علميا، وتحت إشراف شخصي من ذوي الكفاءة ومتخصص طبيا وإكلينيكيا، وإن المسؤولية تجاه الحال البشرية موضوع البحث يجب أن تكون دائما على عاتق شخص مؤهل، وألا تكون أبدا على عاتق الشخص موضوع البحث.

كما ينص المبدأ السادس من الإعلان على أنه يتعين عند إجراء أي بحث على شخص ما إبلاغه على نحو ملائم بالأهداف ومناهج البحث والفوائد المتوقعة والمخاطر المحتملة، وبذلك يكون ما يقوم بت الأطباء الإسرائيليين خرقا لمبادئ إعلان هلسنكي لأن إسرائيل من الدول الملتزمة بتطبيقه، وقد ثبت انه في مستشفى مئير في كفار سابا، أجرى البروفيسور مور دخاي رافيد وخمسة أطباء آخرين وأطباء

متمرنون تجربة طبية غير قانونية على نحو ستين امرأة معظمهن من العرب يعانين من مرض السكري تتراوح أعمارهن بين 45 إلى 75 عاما في الفترة ما بين 2001 و2003، وقد أجريت التجربة بدون الحصول على موافقة لجنة هلنسكي للتجارب البشرية التابعة للمستشفى، وبدون الحصول على موافقة موقعة من المريضات[1].

وكانت تجدر الإشارة إلى أنه في أوت 2009، كشفت جريدة أفتونبلاديت (Aftonbladet) السويدية بموجب تقرير للصحفي السويدي دونالد بوستروم (Donald Boström) عن قيام سلطات الاحتلال بسرقة أعضاء داخلية لشهداء فلسطينيين بعد تصفيتهم وتضمن التقرير شهادات عائلة فلسطينية، كما أشار إلى شهادات موظفين بالأمم المتحدة تتحدث عن شبهات حول سرقة أعضاء شهداء فلسطينيين[2]؛ وفي ذات السياق كشفت القناة الثانية بالتلفزيون الإسرائيلي، نقلا عن مدير معهد أبو كبير الإسرائيلي للطب الشرعي أنّ الجيش الإسرائيلي عمد في تسعينيات القرن الماضي إلى انتزاع رقع جلدية أسفل الظهر من كل جثة تصل إلى المعهد وبدون موافقة العائلة وتم تحويل هذه الرقع لجنود في الجيش تعرضوا لإصابات أو حروق، وجاء في التقرير المذكور أنّ قرنيات أخذت من عيون موتى نقلت جثثهم إلى المعهد.

ولم يقتصر انتهاك سلطات الاحتلال لحقوق الأسرى على التعذيب وسياسة الإهمال الطبي التي تنتهجها إدارة السجون الإسرائيلية، بل تجاوز ذلك إلى استخدام الأسرة كحقول تجارب لبعض الأدوية، وقد كشفت عضو الكينيست الإسرائيلي ورئيس لجنة العلوم البرلمانية الإسرائيلية سابقا داليا غيتسيك النقاب في يوليو 1997 عن وجود ألف تجربة لأدوية خطيرة تحت الاختبار الطبي تجري سنويا على الأسرى الفلسطينيين والعرب[3].

وأضافت في حينه انه بين يديها وفي حيازة مكتبها ألف تصريح منفصل من وزارة الصحة الإسرائيلية لشركات الأدوية الإسرائيلية الكبرى لإجراء ألف تجربة دوائية على أسرى فلسطينيين وعرب داخل السجون الإسرائيلية.

وبحسب الباحث المتخصص بقضايا الأسرى ومدير دائرة الإحصاء بوزارة شؤون الأسرى والمحررين عبد الناصر فراونة، فإن الكثير من الأسرى والأسيرات حقنوا بإبر لم يروها من قبل، أدت لتساقط شعرهم وشعر وجههم للأبد وهناك أسرة فقدوا أبصارهم وشعورهم، وآخرون فقدوا عقولهم، وآخرون حالتهم النفسية في تدهور مستمر، وآخرون يعانون من العقم وعدم القدرة على الإنجاب وغير ذلك[4].

---

[1] نفس المرجع، ص 29-30.

[2] التقرير الاستراتيجي الفلسطيني لعام 2009، تحرير محسن محمد صالح، مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، الطبعة الأولى، بيروت-لبنان، 2010، ص 107-108.

[3] نفس المرجع، ص 35.

[4] جريدة البيان، دبي، 2007/9/2.

وجاء في البحث الذي أعده عبد الناصر فراونة بين من خلاله إجراء سلطات الاحتلال ألاف التجارب سنويا على الأسرى الفلسطينيين وبين ازدياد حالات الإصابة بمرض السرطان في صفوفهم. وأضاف أن العشرات من الأسرى السابقين ظهر عليهم مرض السرطان بعد تحررهم بشهور أو سنوات ومنهم من قضى نحبه ومنهم من ينتظر، وذلك بسبب ما ورثوه عن السجون وأثارها المدمرة[1].

لا شك أنّ جميع الأفعال السابقة، تعدُ من المخالفات الجسيمة لاتفاقيات جنيف لعام 1949 خاصة المادة (147) التي جعلت تعمد إحداث معاناة شديدة أو أضرار خطيرة بالصحة من المخالفات الجسيمة، وتعتبر تلك المخالفات وفقاً للمادة (5/85) من البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977 جرائم حرب، كذلك اعتبرت المادة (3/أ/8) من النظام الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية لعام 1998 من جرائم الحرب تعمد إحداث معاناة شديدة أو إلحاق أذى خطير بالجسم أو الصحة[2].

5-جرائم إسرائيل ضد البيئة في الأراضي المأهولة بالسكان الفلسطينيين

الحقيقية أن النظام الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية كان أكثر توفيقا في هذا الشأن، إذ اعتبرت المادة 8/ب/4 من هذا النظام، أن الاعتداء على البيئة يشكل جريمة حرب، فقد نصت هذه المادة على أن: تعمد شن هجوم مع العلم بأن هذا الهجوم سيسفر عن خسائر بتبعية في الأرواح أو عن إصابات بين المدنيين أو عن إلحاق أضرار مدنية أو إحداث ضرر واسع النطاق وطويل الأجل وشديد للبيئة الطبيعية يكون إفراطه واضحاً بالقياس إلى مجمل المكاسب العسكرية المتوقعة الملموسة المباشرة..... يشكل جريمة حرب"، وكان هذا نتيجة التطور الحاصل في القانون الدولي الإنساني الذي نتج عنه ظهور المحكمة الجنائية الدولية، وعلى الرغم من ذلك، فإن القضاء الدولي لم يرتب حتى الآن إلا المسؤولية الجنائية على الأفراد الطبيعيين وحدهم، فإنه من المتوقع خاصة بعد دخول النظام الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية حيز التنفيذ أن تصدر أحكاما دولية تدين الدول جنائيا[3].

نصت المادة 08 الفقرة (2/ب/4) على أركان جريمة إلحاق ضرر واسع النطاق وطويل الأجل وشديد بالبيئة الطبيعية والتي تتلخص فيما يلي:

- أن يشن مرتكب الجريمة هجوما.
- أن يكون الهجوم من شأنه إلحاق ضرر واسع النطاق وطويل الأجل وشديد بالبيئة الطبيعية بحيث يكون إفراطه واضح بالقياس إلى مجمل الميزة العسكرية المتوقعة الملموسة والمباشرة.
- أن يكون مرتكب الجريمة على علم بأن هذا الهجوم من شأنه أن يسفر على خسائر عرضية تلحق ضرر بالبيئة الطبيعية ضرر واسع النطاق وطويل الأجل وشديد.

---

[1] جريدة القدس العربي، لندن، 2010/2/22.

[2] داود درعاوي، تقرير حول جرائم الحرب والجرائم ضد الإنسانية (مسؤولية إسرائيل الدولية عن الجرائم خلال انتفاضة الأقصى)، الهيئة المستقلة لحقوق المواطن، سلسلة التقارير القانونية رقم (24)، رام الله فلسطين، أوت 2001، ص 71.

[3] ناريمان عبد القادر، المرجع السابق، ص 161.

- أن يصدر التصرف في سياق نزاع مسلح دولي، ويكون مرتبط به مع علم الجاني بالظروف الواقعية التي أثبتت وجود نزاع مسلح[1].

يعاني الفلسطينيون بصورة دائمة من التلوثات البيئية المختلفة المسببة للأمراض، وأغلب هذه التلوثات وأخطرها هي إقامة قوات الاحتلال الإسرائيلي العديد من المصانع الكيماوية في ألاماكن السكنية الفلسطينية.

إن تلوث البيئة والمياه ودفن النفايات وسرقة الرمال، كلها ظواهر خطرة، تسبب كارثة بيئية لا يمكن لأحد توقع حدوث انتشارها ومدى أخطارها، وهي تهدد بشكل حقيقي مستقبل الفلسطينيين وأرضهم، ولعل الأكثر خطورة منها الكميات الهائلة من النفايات التي دفنتها قوات الاحتلال الإسرائيلي في قطاع غزة قرب الكتلة الاستيطانية غوش قطيف (Gush Katif) ويصل حجمها إلى 50 ألف طن من النفايات، ولا تقل خطورة عن هذه النفايات أثار سرقة 15 مليون طن من الرمال التي تعد ثروة طبيعية مهمة للفلسطينيين.

وقد تجاوبت الأمم المتحدة مع طلب الفلسطينيين بإرسال خبرائها عند انسحاب الإسرائيليين من قطاع غزة لمعاينة المنطقة، وإعداد تقرير عن وضعية النفايات المدفون والسبل الأفضل لإخلائها بأقل ما يمكن من أضرار على الرغم من أن المختصين الفلسطينيين يؤكدون أن أضرارها بدأت تنتشر بين السكان نظرا إلى ارتفاع نسبة الأمراض بين الأطفال خصوصا سرطان الدم.

لقد عملت قوات الاحتلال الإسرائيلي منذ أكثر من ثلاثين سنة على إعادة تكرير النفايات وتصنيعها في مختلف المجالات، أما النفايات التي تلقي بها في الأراضي البعيدة عن مستوطنيها والقريبة من الفلسطينيين فهي النفايات غير الصالحة للاستعمال والمعروفة بالنفايات الخطرة، مثل النفايات المشعة وغيرها والتي تسبب الأمراض والتلوث البيئي، إن الخطر من دفنت هذه النفايات كبير حتى وإن كانت من النوع الصالح للاستعمال، وتكمن خطورة هذه النفايات في لها إلى الخزان الجوفي لمياه قطاع غزة، ومع مواصلة هطول الأمطار تنجرف النفايات مع المياه إلى العمق وتتحلل وتلوث منطقة كبيرة، الأمر الذي يؤثر على مياه الشرب.

إن الوضع الذي يعيشه الفلسطينيون لا يقل خطورة عن وضع قطاع غزة، بل إن قرب المنطقة من مفاعل ديمونة النووي من جهة، ونقل مصانع ملوثة إلى مناطق فلسطينية في الضفة مثل طولكرم والخليل أديا إلى تدهور خطير في الأوضاع الصحية، ولم تقتصر الممارسات الإسرائيلية على هذا الحال، بل منعت الفلسطينيين من استخدام مكب النفايات الخاص الذي أقيم بتمويل من الاتحاد الأوروبي وبلغت تكليفه 10 ملايين دولار، مما اضطر الفلسطينيون إلى وضع النفايات في مناطق قريبة من السكن، وهو ما يؤثر على صحتهم[2].

---

[1] عبد الفتاح بيومي حجازي، قواعد أساسية في نظام محكمة الجزاء الدولية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، الطبعة الأولى، مصر، 2006، ص 770.

[2] فاطمة عيتاني وعاطف دغلس، المرجع السابق، ص 103.

عملت السلطة الفلسطينية على نقل هذه المصانع من منطقة طولكرم، وقد أجرت دراسة خاصة حول إضرارها، وأثبتت الدراسات والأبحاث مخاطر المنطقة على صحة الفلسطينيين، إذ طرأ ارتفاع كبير في نسبة كمرضى السرطان خصوصا بين الأطفال، وأمراض الجهاز التنفسي والجلد والعيون والأمراض الصدرية، خصوصا أن أحد المصانع يقوم بإنتاج الغاز المعقم للتربة والمحرم دوليا حيث تنتج منه سموم ودخان اسود، مما يؤثر على صحة الفلسطينيين إلى جانب الأضرار البيئية الكبيرة التي يحدثها.

وقد أظهرت دراسة لمنظمة فنلندية، أن هواء 95 بالمئة من أيام السنة في مناطق الجنوب فلسطين ملوثة بالإشعاعات المنبعثة من مفاعل ديمونة الإسرائيلي، وأظهرت دراسات أخرى تكرر حالات الإجهاض وانتشار سرطان الدم والعظم والكبد والدماغ والبنكرياس والثدي والرحم والعيون والعقم والقلب بنسب متفاوتة، هذا بالإضافة إلى أن الإشعاعات النووية تؤثر بشكل كبير على الجينات الوراثية للإنسان، مما يتسبب في تزايد حالات التشوه الخلقي للأجنة في مناطق جنوب الخليل[1].

بناء على ما تقدم ذكره، نجد أن انتهاك سلطات الاحتلال الإسرائيلي للحقوق الصحية للمواطنين الفلسطينيين يعد جريمة حرب طبقا للمادة الثامنة من نظام روما الأساسي لعام 1998، وهذا ما برز من خلال دراستنا التي تطابقت من خلالها الصور الواردة في المادة الثامنة من نظام روما مع الممارسات الإسرائيلية في مجال انتهاك الحقوق الصحية للشعب الفلسطيني المحتل، من هذا المنطلق يمكن تفعيل الولاية الجنائية للمحكمة الجنائية بوصف دولة فلسطين طرفا في النظام الأساسية لروما منذ تاريخ 1 أفريل 2016؛ مع التذكير أن دولة فلسطين قبلت اختصاص المحكمة بأثر رجعي إلى عام 2014، وعليه فإن كل صور جرائم الحرب السابقة تدخل في الولاية القضائية للمحكمة والتي يمكن تفعيل اختصاصها في كل لملاحقة مجرمي الحرب الإسرائيليين في مجال انتهاك الحقوق الصحية للفلسطينيين منذ عام 2014.

ثالثا: المسؤولية الجنائية لسلطات الاحتلال الإسرائيلي عن انتهاكها للحقوق الصحية بفلسطين.

تعتبر المحكمة الجنائية الدولية أول محكمة جنائية دولية دائمة أسست عام1998 بناءً على معاهدة، لمسألة مرتكبي أكثر الجرائم خطورة على المستوى العالمي مثل جرائم الحرب والجرائم ضد الإنسانية، وجرائم الإبادة الجماعية، ومن هنا سنتعرض للجهود الفلسطينية لتمكين المحكمة من ممارسة اختصاصها في مواجهة الجرائم الإسرائيلية ضد الشعب الفلسطيني؛ تلك الجهود التي لا تزال تعاني تردداً أو مماطلة في الإرادة السياسية التي تحول دون تمكين المحكمة من اختصاصها، ولكن السلطة الفلسطينية حاولت تجاوز تلك العقبات، بأن قامت بالانضمام إلى النظام الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية في 1 يناير/كانون الثاني 2016، الذي دخل حيز التطبيق بالنسبة لفلسطين بعد 3 أشهر، أي يوم الأربعاء 1 أبريل/نيسان 2016، وبهذا يعتبر انضمام فلسطين من أهم الخطوات لضمان المساءلة على جرائم الاحتلال الإسرائيلي، وفي نفس الوقت تأمين الحماية للمدنيين الفلسطينيين والجرائم المتكررة التي ترتكب

---

[1] نفس المرجع السابق، ص 104-105.

ضدهم[1]، ومن ثم أصبح بإمكان الفلسطينيين رفع الشكاوي والدعاوي أمامها للتحقيق فيها ووضع المتهمين الإسرائيليين أمام العدالة الدولية.

وبهذا يعتبر انضمام فلسطين للمحكمة، تأكيدٍ على مسعى إقامة الدولة الفلسطينية؛ والذي سبقته عدة خطوات جسدتها المصادقة والانضمام للعديد من المعاهدات في مطلع عام 2011، حيث أنظمت فلسطين لمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) في وقت لاحق من العام ذاته، وألحقته بخطوات أخرة تجسدت بانضمام فلسطين إلى 44 معاهدة واتفاقية، بما فيها ثمانية اتفاقيات منبثقة عن اليونسكو في مطلع 2012، و20 معاهدة أخرى بما فيها صكوك رئيسية في القانون الإنساني الدولي والقانون الدولي لحقوق الإنسان في أبريل 2014[2].

من هذا المنطلق، تساءل سلطات الاحتلال الإسرائيلي جنائيا، بحيث يعاقب الأشخاص الذين أمروا أو خططوا أو نفذوا الأعمال غير المشروعة والتي تعتبر جرائم بمقتضى نظام المحكمة الجنائية الدولية، وبمقتضى قواعد القانون الدولي العام والإنساني خصوصا اتفاقية جنيف الرابعة لعام 1949 وبروتوكولها المكمل لاتفاقيات جنيف الأربع لعام 1977، قد نصت على حق الأطراف التي تضررت من اقتراف الغير لجرائم دولية بحقها في ملاحقة الآمرين بارتكاب هذه الجرائم ومرتكبيها، ومساءلتهم كمجرمي حرب أمام محاكمها الوطنية، وهذا سواء كانوا عسكريين أو رجال دولة أم من السياسيين، حيث يحق لها اللجوء إلى المحكمة الجنائية الدولية لمحاسبة الإسرائيليين على جرائمهم البشعة بحق الشعب الفلسطيني، تحديداً تلك الجرائم المرتكبة بعد نفاذ نظام روما الأساسي في حق الفلسطينيين والذي يبدأ منذ عام 2014، كجرائم الاستيطان والإبعاد القسري، بغض النظر عن تاريخ بدء هذه الجرائم باعتبارها من الجرائم المستمرة. تستدعي الجرائم والممارسات الهمجية التي تقوم بها إسرائيل بحق الحقوق الصحية للشعب الفلسطيني؛ متابعة المسؤولين الإسرائيليين عن هذه الانتهاكات باعتبارها جرائم حرب، وجرائم ضد الإنسانية، وأعمال إبادة، ونتيجة جريمة العدوان، وبهذا تعتبر الجرائم الإسرائيلية المتكررة انتهاكا صارخا للنظام الأساسي للمحكمة الجنائية، ومن ثمّ، فإنّ الجرائم الإسرائيلية تدخل ضمن اختصاص المحكمة الجنائية الدولية.

وباعتبار أن انتهاك الحقوق الصحية للمواطنين الفلسطينيين يدخل ضمن الاختصاص الموضوعي للنظام الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية لعام 1998، فالإضرار الشديد بصحة المرضى والجرحى والأسرى والمدنيين الفلسطينيين وفقا لنص المادة 08 الفقرة تعد من بين جرائم الحرب، حيث تتعمد إسرائيل شن هجوم مع العلم بأن هذا الهجوم سيسفر عن خسائر تبعية في الأرواح أو عن إصابات بين المدنيين

---

[1] امحمدي بوزينة آمنة، "انضمام فلسطين إلى المحكمة الجنائية الدولية وإمكانية تفعيل اختصاصها في مواجهة جرائم إسرائيل ضد الشعب الفلسطيني"، المرجع السابق، ص 227.

[2] أنظر: فالنتينا، "فلسطين في المحكمة؟ التداعيات غير المتوقعة للتقاضي أمام المحكمة الجنائية الدولية"، على الرابط التالي:
al-shabaka.org/briefs

أو عن إلحاق أضرار مدنية أو إحداث ضرر واسع النطاق وطويل الأجل وشديد للبيئة الطبيعية يكون إفراطه واضحا بالقياس إلى مجمل المكاسب العسكرية المتوقعة الملموسة المباشرة[1].

وقد اعتبرت المادة (8/ب/4) من النظام الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية تعمد توجيه الهجمات ضد المباني، والمواد والوحدات الطبية، ووسائل النقل والأفراد من مستخدمي الشعارات المميزة المبينة في اتفاقيات القانون الدولي، من قبيل جرائم الحرب [2].

لا شك أنّ الأعمال السابقة، تعدُ من جرائم الحرب، كما يعد القتل العمد من المخالفات الجسيمة لاتفاقية جنيف الرابعة لعام 1949 الخاصة بحماية المدنيين وتحديداً المادتين (146) و(147)، كما أنّ مهاجمة الصحفيين انتهاك لأحكام المادة (79/أ) من البروتوكول الأول لعام 1977.

باختصار، فإن تلك الخطوة تسمح ملاحقة الجيش والحكومة الإسرائيلية على جرائم الحرب والإبادة والجرائم ضد الإنسانية منذ الأول من حزيران 2014، نظرا لأن الولاية الزمنية للمحكمة التي طلبتها السلطة الفلسطينية هي من حزيران 2014، وهذه الخطوة تأتي كجزء من إستراتيجية تحاول خلق ديناميكية جديدة تغير من مسار الحركة الذي سمح لقوات المحتل الإسرائيلي بتدمير مساعي السلام من طرف واحد"، "وأن أساس أي حركة في المرحلة القادمة هو القانون الدولي كجزء من مرحلة فلسطينية جديدة وعصر جديد"[3].

كما يقع هذا الواجب أيضا على الدول الإطراف في النظام، وألزمت المادة (146) من هذه الاتفاقية الدول الأطراف بملاحقة المتهمين باقتراف المخالفات الجسيمة أو الأمر باقترافها، وتقديمهم إلى المحاكمة أياً كانت جنسيتهم، وعليه، فإن اختصاص المحكمة سيشمل إسرائيل ولو كانت غير طرف في المحكمة، وذلك نظراً لانتهاكها أحكام القانون الدولي، دون توقف ذلك على موافقتها، باعتبارها دولة طرف في اتفاقيات جنيف [4]، غير أن إسرائيل وهي ليست عضوًا في المحكمة وغير موقعة على الاتفاقية وعليه السبيل الوحيد أمام السلطة الفلسطينية هو اللجوء إلى مجلس الأمن الدولي لإصدار قرار ملزم بالذهاب للمحكمة طبقا للبند السابع، فنص الفقرة_ب_ من المادة 34 يمنح مجلس الأمن سلطة إحالة حالة بموجب الفصل السابع من ميثاق الأمم المتحدة؛ إذ لا يشترط أن تكون هذه الحالة قد وقعت في دولة طرف في

---

[1] سعدة سعيد، نطاق اختصاص المحكمة الجنائية الدولية، دار المطبوعات الجامعية، مصر، 2011، ص 392.

[2] امحمدي بوزينة آمنة، "انضمام فلسطين إلى المحكمة الجنائية الدولية وإمكانية تفعيل اختصاصها في مواجهة جرائم إسرائيل ضد الشعب الفلسطيني"، المرجع السابق، ص 246.

[3] أنظر: امحمدي بوزينة آمنة، "انضمام فلسطين إلى المحكمة الجنائية الدولية وإمكانية تفعيل اختصاصها في مواجهة جرائم إسرائيل ضد الشعب الفلسطيني"، المرجع السابق، ص 232.

[4] ناصر الريس، " المساءلة الجنائية للإسرائيليين."، تاريخ الزيارة 2013/10/28، منشورة على الموقع الإلكتروني:
www.badil.org

النظام الأساسي مما يجيز للمجلس إحالة قضايا تتصل بدولة غير طرف[1]، ولكن هذا الطلب سيصطدم أكيد بالفيتو الأمريكي، وبهذا، إن سلطة مجلس الأمن في وقف التحقيق أو المحاكمة لأي دعوى مرفوعة أمام المحكمة الجنائية الدولية من شأنه أن يعرقل نظر المدعي في الشكاوي التي يمكن للدولة الفلسطينية رفعها ضد مجرمي الحرب الإسرائيليين، من خلال قيام الولايات المتحدة الأمريكية باعتبارها الأم الحاضنة المدافعة عن دولة إسرائيل بالضغط على الدول الأعضاء في مجلس الأمن لاستخدامها لحق النقض الفيتو لإصدار طلب بوقف التحقيق والمحاكمة في هذه الشكاوي، والذي له الحق للأسف أن يعيد تكرار هذا الطلب مرارا وتكرارا بذات المواصفات والشروط التي استند إليها الطلب الأول، مما يؤدي ذلك إلى ضياع العدالة الجنائية الدولية وإفلات المجرمين من العقاب[2].

والأهم من ذلك، يتوجب توثيق جرائم الحرب الإسرائيلية، وتقديمها للجهات الدولية في الوقت المناسب، لان جرائم الحرب لا تسقط بمرور الزمن، وهو ما جسدته نتائج تقرير لجان التحقيق من قبل مجلس حقوق الإنسان [3]، حيث اتهمت فيها القوات الإسرائيلية بشنها لعمليات انتقامية وهجمات ضد الوحدات الصحية والمباني والمستشفيات في غزة، وكذا بالقصف العشوائي لتلك المؤسسات الصحية، بل

[1] خلافاً للقاعدة الواردة في المادة 39 من اتفاقية فيينا لقانون المعاهدات لسنة 1969 التي تنص على أنه: "لا ترتب المعاهدة أي التزامات على دولة ثالثة ولا أية حقوق لها من دون موافقتها". أنظر: ضاري خليل محمود وباسيل يوسف، المحكمة الجنائية الدولية هيمنة القانون أم قانون الهيمنة، منشأة المعارف، 2008، ص 241. وأيضا: امحمدي بوزينة آمنة، "انضمام فلسطين إلى المحكمة الجنائية الدولية وإمكانية تفعيل اختصاصها في مواجهة جرائم إسرائيل ضد الشعب الفلسطيني"، المرجع السابق، ص 250.

[2] فارس رجب مصطفى الكيلاني، أثر الاعتراف بالدولة الفلسطينية على مسؤولية إسرائيل عن جرائمها بحق الشعب الفلسطيني" دراسة تحليلية"، ماجستير القانون العام، كلية الحقوق جامعة الأزهر، غزة، ص 77.

[3] قرر مجلس حقوق الإنسان، إثر اطلاق إسرائيل لعملية الجرف الصامد في 8 يوليو 2014، إرسال لجنة لتقصي الحقائق للتحقيق في الانتهاكات التي طالت القانون الإنساني وقانون حقوق الإنسان الدوليين في الفتر من 13 يونيو إلى 26 أغسطس 2014 في الأراضي الفلسطينية المحتلة، القرار (S21-1) رفضت الحكومة الإسرائيلية التعاون مع اللجنة الأممية، وغم ذلك ارتكز التقرير على شهادات مباشرة للضحايا وشهادات كتابية من مصادر عديدة بما في ذلك تقرير الكرامة الأخير بشأن عملية الجرف الصامد ."خلصت اللجنة إلى أن الدمار والمعاناة الإنسانية في قطاع غزة غير مسبوقين وستبقى آثارها لأجيال.

وأشار التقرير إلى قصف المناطق السكنية في العملية العسكرية التي دامت 51 يوما، قامت خلالها قوات الدفاع الإسرائيلية بأزيد من 6000قصف جوي استهدفت المنازل "مما أدى إلى موت أسر بكاملها". وتوصلت اللجنة إلى أن الضربات كانت توجه في الفجر أو عند المغرب، وهي الأوقات التي تتجمع فيها الأسرة للإفطار والسحور أو بالليل أثناء فترات النوم.

وأوضحت اللجنة إلى "أنه كان من الواضح أن هذه الهجمات ستؤدي إلى خسائر كبيرة في صفوف المدنيين" وأن قوات الدفاع الإسرائيلية "لم تقم بكل ما في وسعها لتجنب الخسائر في صفوف المدنيين" نظرا لأنها لم تكن تعطي إندارا فعليا، وبشكل خاص سياسة "الطرق على السقف" وهو الاندار المتمثل في قصف ضعيف لتحذير أصحاب بعض المنازل لإخلائها قبل قصفها بقوة، نبهت اللجنة إلى أن الوقت لم يكن كافيا لإخلائها ناهيك على أن الفلسطينيين لم يكن لهم مكان آمن يلجؤون إليه."

وصل الأمر إلى توجيه هجمات مباشرة للقوافل والطواقم الطبية التابعة للهيئات الإنسانية والمنظمات غير الحكومية[1].

ففي 29 يونيو 2015، قدمت لجنة الأمم المتحدة المستقلة للتحقيق بشأن الحرب في غزة صيف عام 2014 تقريرها، المتعلق بإنتهاك القانون الإنساني الدولي وقانون حقوق الإنسان الدولي في الأراضي الفلسطينية المحتلة، إلى مجلس حقوق الإنسان، يخلص التقرير إلى أن المعلومات التي تم تجميعها "تشير إلى انتهاكات جسيمة "من قبل الطرفين "يمكن أن ترقى إلى جرائم حرب"، وأشارت اللجنة إلى تجاهل الأطراف المسؤولة للتوصيات السابقة المقدمة من قبل مختلف الهيئات الأممية ودعت إلى تفعيلها.

ودعت اللجنة جميع الأطراف إلى إنشاء آليات لمحاسبة ومحاكمة وإدانة كل المسؤولين عن الجرائم الدولية، والتعاون مع المحكمة الجنائية الدولية.

وأشارت رئيسة لجنة تقصي الحقائق ماري مَكْغيوان ديفيس إلى حالة الشبان الأربعة الأقارب الذين قتلوا على شاطئ غزة في يوليو 2014 "التي طفت من جديد على الساحة العالمية نظرا لنتائج تحقيقات النيابة العامة العسكرية المخيبة للآمال، وأوضحت أن "الأمر يسلط الضوء على الحاجة الماسة إلى إيجاد آليات محاسبة على جميع الجهات المسؤولة [2].

وعلى الرغم من الأصوات المتعالية والتقارير الدولية الصادرة من مؤسسات حكومية ومنظمات حكومية وغير حكومية، فإن المدعي العام لم يحرك ساكناً، من هذا المنطلق نختم دراستنا إلى متى ستبقى الآليات المساءلة الجنائية معلقة في مواجهة جرائم المحتل الإسرائيلي في مواجهة الشعب الفلسطيني؟

الخاتمة

مما سبق التعرض له، نقف على أن قوات الاحتلال الإسرائيلي، على الرغم من اعترافها وقبول التزامها بالمواثيق الدولية الإنسانية لاسيما تلك التي تقر بوجوب التزام الدول باحترام الحقوق الصحية للمواطنين، إلا أن واقع الممارسات الإسرائيلية في فلسطين يكشف غير ذلك، بل أن ممارساتها البشعة والإجرامية في مواجهة تمتع المواطنين الفلسطينيين بالحق في الصحة يشهد بها القاصي والداني، فهي تعمل على انتهاك الحقوق الصحية للمواطنين الفلسطينيين؛ مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة الوفيات بين الفلسطينيين نتيجة نقص العلاج الطبي والمواد العلاجية؛ بل وانعدام أدنى صور العناية الطبية ومنع المواطنين الفلسطينيين الذين يحتاجون إلى العلاج من السفر إلى الخارج بغية الحصول على العناية الطبية والاستشفاء؛ بل أن معظمهم يموتون عند الحواجز الأمنية وعند مخارج المعابر دون أدنى رحمة وشفقة من قبل جنود

---

[1] شيتر عبد الوهاب، " نتائج انضمام فلسطين إلى المحكمة الجنائية الدولية في مواجهة الجرائم الإسرائيلية"، المجلة الأكاديمية للبحث القانوني، جامعة عبد الرحمن ميرة–بجاية، المجلد 12، العدد 02، 2015، ص 235.

[2] تقرير أممي حول العدوان العسكري الإسرائيلي على قطاع غزة صيف 2014، يحمل اسم القاضية الأميركية رئيسة لجنة تقصي الحقائق بشأن العدوان الإسرائيلي على غزة "ماري ماكغوان ديفيس" التي قدمته يوم 29 يونيو/حزيران 2015 في جنيف أمام أعضاء مجلس حقوق الإنسان الذين يمثلون 47 دولة، منشور على الموقع التالي:
http://www.aljazeera.net/encyclopedia/events/2015/7/2/

الاحتلال، بهذا تعد الممارسات الإسرائيلية "بوصفها قوة محتلة" جرائم حرب وفقا للصور التي أوردتها المادة الثامنة من النظام الأساسية للمحكمة الجنائية الدولية، وكذلك يمكن اعتبار منع شعب عن العلاج صورة من صور الإبادة وجريمة ضد الإنسانية لاسيما وأن إسرائيل قوة معتدية ينطبق عليها تعريف العدوان الوارد في القرار رقم 1514 الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة، الصادر في ديسمبر 1974، وكذا مضمون نص المادة 8 مكرر من نظام روما الأساسي.

من هذا المنطلق نقدم التوصيات التالية التي تهدف إلى مطالبة الهيئات الدولية بتنفيذ التزاماتها في مجال وضع الحقوق الصحية للمواطنين الفلسطينيين موضع التنفيذ الفعلي في مواجهة قوات الاحتلال الإسرائيلي، وذلك من خلال العمل على ما يلي:

(1) ندعو مجلس الأمن الدولي، إلى اتخاذ خطوات فورية، من شأنها وقف الانتهاكات الجسيمة والخطرة التي تمارسها دولة الاحتلال الحربي الإسرائيلي ضد الحقوق الصحية للفلسطينيين، ونطلب بشكل خاص إلى اتخاذ إجراءات رادعة ضد سلطات الاحتلال الإسرائيلي، القرارات الأخيرة التي صدرت عن كل من مجلس الأمن الدولي والجمعية العامة للأمم المتحدة، في ضوء نتائج التحقيقات التي أجرت في هذا المجال.

(2) الدعوة العاجلة لعقد مؤتمر الأطراف السامية المتعاقدة على اتفاقية جنيف الرابعة لعام 1949، وذلك للبحث الجدي في إجراءات انطباق قواعد الاتفاقية التي تكرس وجوب وضع الحقوق الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة وضمان احترامها، والعمل الفوري على تفعيل المادة الأولى والثانية والمواد 146، 147، من أجل ضمان التزام دولة الاحتلال الحربي الإسرائيلي الحقوق الصحية.

(3) الإسراع في تقديم المساعدات الإنسانية والطبية الفورية للفلسطينيين، بسبب تدهور الأوضاع الاقتصادية والمعيشية للشعب الفلسطيني في المناطق المحتلة، والتي نتجت عن سياسة الحصار والاعتداء على الممتلكات الفلسطينية.

(4) ضرورة إلزام المجتمع لقوات الاحتلال الإسرائيلي باحترام الصكوك والإعلانات والمواثيق الدولية الخاصة باحترام كافة الحقوق المدنية للمواطنين الفلسطينيين وبالذات الحق في الصحة وتمكينهم من حرية الحركة والسفر للعلاج خارج الأراضي الفلسطينية أو في المحافظات الشمالية للوطن.

(5) أن يتحمل المجتمع الدولي والأطراف المتعاقدة على اتفاقية جنيف، مسؤولياتهم بالضغط على سلطات الاحتلال الإسرائيلي لوقف ممارساتها التي تنتهك أدنى الحقوق الصحية في مواجهة الفلسطينيين وبعدم الاعتداء على الأعيان والطواقم الطبية داخل قطاع غزة، ومحاسبة الاحتلال الإسرائيلي عن جرائمه التي ارتكبت بحق الأعيان والطواقم الطبية أثناء الحروب الثلاثة الأخيرة على قطاع غزة.

(6) ندعو منظمة الصحة العالمية للضغط على المجتمع الدولي من أجل وقف الانتهاكات الجسيمة ضد الحقوق الصحية الفلسطينية، ومركبات نقل وإسعاف الجرحى والمرضى والحوامل.

(7) وجوب تفعيل الولاية الجنائية للمحكمة الجنائية باعتبار دولة فلسطين طرفا في النظام الأساسية لروما منذ تاريخ 1 أفريل 2016، مع التذكير أن دولة فلسطين قبلت اختصاص المحكمة بأثر رجعي إلى عام 2014، وعليه، فأن كل صور جرائم الحرب السابقة تدخل في الولاية القضائية للمحكمة والتي يمكن تفعيل اختصاصها في كل لملاحقة مجرمي الحرب الإسرائيليين في مجال انتهاك الحقوق الصحية للفلسطينيين منذ عام 2014.

وفي الأخير نطالب المجتمع الدولي بمؤسساته كافة ينبغي له أن يقف أمام مسؤولياته الأخلاقية والقانونية والسياسية، لاسيما في ضوء إعلان وزارة الصحة الفلسطينية عن بدء كارثة صحية شاملة في الأراضي الفلسطينية المحتلة، والتي أغلقت مئات المؤسسات والعيادات الطبية الحكومية والأهلية، بسبب سياسة الحصار وإغلاق المدن والقرى وفرض نظام منع التجول وكافة إجراءات الحد من حرية حركة وتنقل العاملين في مجال الخدمات الصحية، لاسيما وأن البرامج الصحية التي تقدمها المستشفيات والعيادات الطبية المختلفة والمنتشرة في الأراضي الفلسطينية المحتلة لم تعد قادرة على فتح أبوابها لعدم تمكن العاملين فيها من وصولها من ناحية، ومن ناحية أخرى لمنع وصول الإمدادات الطبية ورسالات الأدوية والمهمات الطبية إليها.

قائمة المـــراجـع

أولا: المراجع باللغة العربية

I. الكـــتب والمؤلفات

1. ديفيد ألميدا وروبرت برلين، دليل دراسي الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، مراجعة: الدكتور كيرك أليسون، والدكتور أموس دييناًرد، والدكتور برايان دوود، وناسي فلورس، وأيان هارنسن، وأودري ماريتزكي، وكريستي رديليس بالمر وديفيد ويسبرد، حقوق الطبع محفوظة لمركز حقوق الإنسان بجامعة منيسوتا، 2003.

2. حطيط أمين، وآخرون، دراسات في العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة (عملية الرصاص المصبوب_ معركة الفرقان)، تحرير عبد الحمد الكيالي، الطبعة الأولى، مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، بيروت، يوليو 2009.

3. سعدة سعيد، نطاق اختصاص المحكمة الجنائية الدولية، دار المطبوعات الجامعية، مصر، 2011.

4. ضاري خليل محمود وباسيل يوسف، المحكمة الجنائية الدولية هيمنة القانون أم قانون الهيمنة، منشأة المعارف، 2008.

5. عبد الفتاح بيومي حجازي، قواعد أساسية في نظام محكمة الجزاء الدولية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، الطبعة الأولى، مصر، 2006.

6. فاطمة عيتاني وعاطف دغلس، معاناة المريض الفلسطيني تحت الاحتلال الإسرائيلي، تحرير محمد محسن صالح، مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، الطبعة الأولى، بيروت–لبنان، 2011.

II.المجلات والمقالات والدراسات

1. شيتر عبد الوهاب، " نتائج انضمام فلسطين إلى المحكمة الجنائية الدولية في مواجهة الجرائم الإسرائيلية"، المجلة الأكاديمية للبحث القانوني، جامعة عبد الرحمن ميرة–بجاية، المجلد 12، العدد 02، 2015.

2. جريدة البيان، دبي، 2007./9/2.

3. جريدة القدس العربي، لندن، 2010/2/22.

III.المذكرات والأطروحات

امحمدي بوزينة أمنة، الخلط بين الإرهاب والمقاومة وأثره على القضية الفلسطينية"، أطروحة دكتوراه تخصص القانون الدولي، كلية الحقوق–جامعة الجزائر 1، 2015.

IV.المواثيق والوثائق الدولية

1. اتفاقية جنيف الثالثة بشأن معاملة أسرى الحرب المؤرخة في 12 أوت 1949.

2. اتفاقية جنيف الرابعة بشأن حماية الأشخاص المدنيين في وقت الحرب المؤرخة في 12 أوت 1949.

3. البروتوكول الإضافي الأول لاتفاقيات جنيف المتعلق بحماية ضحايا النزاعات المسلحة الدولية الصادر بتاريخ 8 يونيه 1977.

4. البروتوكول الإضافي الثاني لاتفاقيات جنيف المتعلق بحماية ضحايا النزاعات المسلحة الغير دّولية الصادر بتاريخ 8 يونيه 1977.

5. اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة أو سيداو اختصاراً (بالإنجليزية:CEDAW) هي معاهدة دولية تم اعتمادها في 18 ديسمبر 1979 من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة وتم عرضها للتوقيع والتصديق والانضمام بالقرار 180/34 في 18 ديسمبر 1979. وتوصف بأنها وثيقة حقوق دولية للنساء. ودخلت حيز التنفيذ في 3 سبتمبر 1981.

6. اعتمدت اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة لعام 1987 من قبل الجمعية العامة وفتحت باب التوقيع والتصديق عليها والانضمام إليها في القرار 46/39 المؤرخ في 10 كانون الأول / ديسمبر 1984 تاريخ بدء النفاذ: 26 حزيران/ يونيه 1987، وفقا للمادة 27.

7. اتفاقية أوسلو الموقعة في 13سبتمبر 1993.

8. النظام الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية المعتمد في 1998/07/17.

V. مؤتمرات وندوات

1.امحمدي بوزينة آمنة، "انضمام فلسطين إلى المحكمة الجنائية الدولية وإمكانية تفعيل اختصاصها في مواجهة جرائم إسرائيل ضد الشعب الفلسطيني"، مخبر القانون والأمن الإنساني جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، مداخلة ألقيت خلال المؤتمر الدولي الثالث عشر لمركز جيل البحث العلمي: فلسطين قضية وحق: طرابلس | لبنان 2 و3 ديسمبر 2016، منشورة ضمن أعمال المؤتمر الدولي الثالث عشر فلسطين قضية وحق لبنان ديسمبر 2016 الصادرة بشهر ديسمبر 2016،

2.علاء مطر، "واقع الحق في التعليم العام في القدس المحتلة تحديات وآفاق"، مداخلة ألقيت خلال المؤتمر الدولي الثالث عشر لمركز جيل البحث العلمي: فلسطين قضية وحق: طرابلس | لبنان 2 و3 ديسمبر 2016، منشورة ضمن أعمال المؤتمر الدولي الثالث عشر فلسطين قضية وحق لبنان ديسمبر 2016 الصادرة بشهر ديسمبر 2016،

VI. محاضرات ودروس

أمحمدي بوزينة امنة، دروس على الخط في مقياس حماية البيئة أثناء النزاعات المسلحة لطلبة السنة أولى الماستر تخصص القانون الدولي للبيئة، بكلية الحقوق والعلوم السياسية بجامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، للسنة الدراسية 2017/2016.

VII. التقارير والنشرات

1. داوود درعاوي، سلسلة التقارير القانونية (24)، تقرير حول جرائم الحرب والجرائم ضد الإنسانية: مسؤولية إسرائيل الدولية عن الجرائم خلال انتفاضة الأقصى، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق الإنسان، رام الله، 2001.

2. التقرير السنوي الصادر عن المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان (PCHR) 31 ديسمبر للعام 2002، الطبعة الأولى، حقوق الطبع محفوظة للمركز غزة، نشر في أبريل 2003.

3. التقرير الاستراتيجي الفلسطيني لعام 2009، تحرير محسن محمد صالح، مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، الطبعة الأولى، بيروت–لبنان، 2010، ص 107–108.

4. ياسر غازي علاونة، الاستحقاقات القانونية المترتبة على حصول فلسطين على دولة مراقب في الأمم المتحدة، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، سلسلة تقارير قانونية (79)، تاريخ الزيارة 2013/11/22.

5. تقرير بعنوان: «غزة تقاوم تحت النار لليوم الـ 1395/25 شهيداً و8100 جريح»، المركز الفلسطيني للإعلام، نشر في 31 يوليو 2014.

6. تقرير: «الغارات الإسرائيلية على المنازل يبدو أنّها عقاب جماعي»، منظمة هيومن رايتس ووتش، العدد (4324)، نيويورك، 10 جويلية 2014.

7. تقرير بعنوان: «غزة تقاوم تحت النار لليوم الـ 1395/25 شهيداً و8100 جريح»، المركز الفلسطيني للإعلام، نشر في 31 يوليو 2014.

8. ملف معلومات رقم (22): العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة، عملية "العصف المأكول" –عملية "الجرف الصامد" 2014/7/7 – 2014/8/26 إعداد قسم الأرشيف والمعلومات بمركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، بيروت –لبنان، 2015.

9. تقرير غزة تقاوم تحت النار لليوم الـ (1443/26) شهيداً و(8350) جريحا، المركز الفلسطيني للإعلام، نشر في 1 أغسطس 2014.

10. تقرير بعنوان: «غزة تقاوم تحت النار لليوم الـ 1395/25 شهيداً و8100 جريح»، المركز الفلسطيني للإعلام، نشر في 31 يوليو 2014.

11. تقرير حول" ترحيل الفلسطينيين والممارسات الإسرائيلية الأخرى التي من ضمنها الهجرة الجماعية والاستيطان اليهودي في جميع الأراضي المحتلة والتي تشكل انتهاكا للقانون الدولي ولا سيما اتفاقية جنيف الرابعة لعام"، 1949 صادر عن المنظمة الاستشارية القانونية الآسيوية – الإفريقية(AALCO) ، عام2009، على الرابط التالي:
www.aalco.int/…/arabicpalestiniansfinal2009.doc

12. تقرير أممي حول العدوان العسكري الإسرائيلي على قطاع غزة صيف 2014، يحمل اسم القاضية الأميركية رئيسة لجنة تقصي الحقائق بشأن العدوان الإسرائيلي على غزة "ماري ماكغوان ديفيس" التي

قدمته يوم 29 يونيو/حزيران 2015 في جنيف أمام أعضاء مجلس حقوق الإنسان الذين يمثلون 47 دولة، منشور على الموقع التالي:
http://www.aljazeera.net/encyclopedia/events/2015/7/2/

VIII.المقالات والمواقع الالكترونية

1. أمجد رامز السائح، قراءة في واقع العمل الصحي الفلسطيني الحكومي ومؤسساته ودوره بالعمل الوطني "الأفاق والواقع والثغرات والإحصائيات والآمال"، السبت، 10 كانون 2/يناير 2015، منشور على الرابط التالي:
http://www.palestineland.net/index.php/content-category-2/560-2015-01-10-13-21-27

2. فالنتينا أزاروف، "فلسطين في المحكمة؟ التداعيات غير المتوقعة للتقاضي أمام المحكمة الجنائية الدولية"، على الرابط التالي:al-shabaka.org/briefs

3. ناصر الريس، " المساءلة الجنائية للإسرائيليين."، تاريخ الزيارة 2013/10/28، منشورة على الموقع الإلكتروني:www.badil.org

الحماية الدستورية للحق في الصحة-(دراسة تحليلية)

الدكتور/ رائد صالح قنديل

أستاذ القانون العام المساعد

ملخص البحث

يعتبر الحق في الصحة من الحقوق الأساسية الاجتماعية التي تتضمنها قوانين حقوق الإنسان، وهو حق ذو بعدين **أولهما** البعد الفردي ويتمثل في حماية كيان الفرد سواء تعلق الأمر بحماية حياته أو سلامته البدنية والنفسية والعقلية، أما **البعد الثاني** فهو البعد الجماعي والذي يتمثل بالالتزامات التي يفرضها هذا الحق على الدولة لتأمين الصحة العامة لجميع المواطنين، والحق في الصحة يحظى بالاعتراف في العديد من المواثيق الدولية والإقليمية، كما وقد تم النص عليه في غالبية دساتير العالم ضمن طائفة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

وتبرز أهمية هذا الحق في أمرين: **الأول** كونه من الحقوق الأساسية التي تتضمنها قوانين حقوق الإنسان، **والثاني** كونه يرتبط بصورة مباشرة مع بعض الحقوق الأخرى، ذلك أن أي حق من حقوق الإنسان وبغض النظر إلى الجيل الذي ينتمي إليه يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحق في الصحة، وتهدف هذه الدراسة إلى بيان ماهية الحق في الصحة وأهميته، ومدى الاعتراف الدستوري بهذا الحق، وحدود الحماية الدستورية التي يتمتع بها.

الكلمات الدالة: الحق في الصحة، الدستور، المشرع الدستوري، الحماية الدستورية، الاعتراف الدستوري.

Abstract

The right to health is considered as one of the fundamental social rights enshrined in human rights law. This right has two-dimensions- the first is the individual dimension which represents the protection of the individual entity, whether it is related to the protection of his life or his physical and mental integrity, and the second is the collective dimension, which implies the obligations imposed by this right on the state in order to provide the citizens with public health insurance for all citizens.

The right to health is recognized in many international and regional conventions, as has been stipulated in the constitutions of most of the world countries within a range of economic, social and cultural rights.

The importance of this right is represented in two things: the first, being one of the fundamental rights enshrined in human rights law, and the second being associated directly with certain other rights, so that any human right regardless of the generation to which it belongs is closely related to the right to health.

This study aims to indicate what the right to health means and its importance, and to what extent is this right constitutionally recognized, and the limits of the constitutional protection by which it is privileged.
Key words: the right to health, the Constitution, the constitutional legislator, constitutional protection, the constitutional recognition.

المقدمة

لقد كان ظهور فكرة حقوق الإنسان وبلورتها في مواثيق عالمية وإقليمية، مبعثاً للمشرع الدستوري لكي يختار منها ما هو أساسي ولازم، ولا شك أن هذا الاختيار ناتج عن القيم والتوجهات الأيدولوجية التي يعتنقها النظام السياسي والتي تعبر عنها الإرادة السياسية في الوثيقة الدستورية[1].

ويعد الاعتراف بحقوق الإنسان الأساسية وحرياته العامة اللبنة الأولى والحقيقية للحركة الدستورية، لذا لا يمكن الحديث عن النظرية الدستورية دون الحديث عن الحقوق الأساسية والحريات العامة للإنسان، فهي تعتبر وفقاً للفقه الدستوري حجر الأساس في المجتمعات السياسية المنظمة في عالم اليوم، ودون الاعتراف بتلك الحقوق وحمايتها فإن النظرية الدستورية تفرغ من مضمونها الحقيقي لتعيدنا إلى حالة المجتمعات السياسية المطلقة، التي كان الفرد يخضع فيها لاستبداد وتسلط الحاكم الذي لا تعرف سلطته أي حدود أو قيود[2].

وتكمن أهمية التنظيم الدستوري للحقوق والحريات العامة–والحال كذلك بالنسبة للحق في الصحة–في أنه يبين للأفراد مدى قبول أو رفض الدولة لها بشكل رسمي، بالإضافة إلى أنه يكشف مدى صرامة أو خفة القيود التي تضعها أعلى وثيقة قانونية في تلك الدولة على حقوق وحريات مواطنيها، فضلاً عن أن وجود نصوص دستورية مكتوبة ضامنة للحقوق والحريات قد يجعل سبيل الاعتداء عليها أكثر صعوبة ومشقة في حال انعدام هذه النصوص وعدم توفر وثيقة قانونية تضمنها وتلزم احترامها[3].

وقد ترددت هذه الحقوق في الدساتير المعاصرة لمختلف دول العالم، وأصبحت عنواناً لتقدم الأمم ورقيها، غير أن النص دستورياً على حق من الحقوق، وإن كان يعد تسجيلاً واعترافاً لهذا الحق على نحو يمتنع معه المنازعة فيه، فإن من شأنه أن يسبغ عليه حماية خاصة ويجعله متمتعاً بقيمة دستورية، وهي حماية لا تقتصر على ما يقرره الدستور فحسب، بل تمتد إلى ما ينص عليه المشرع العادي لدى تنظيمه الحق

---

1 جدير بالذكر في هذا الصدد إلى أن المواثيق الدولية والإقليمية وإن أكدت على احترام الحقوق والحريات العامة للأفراد، وضرورة حمايتها، ووضع الضمانات الكفيلة بردع أي انتهاك يمسها، إلا أنها أتاحت للقانون الداخلي أمر تنظيم بعض صور هذه الحقوق والحريات سواء أكان القانون الداخلي مجسداً في نصوص دستورية أم نصوص قوانين عادية.

2 د. عيد أحمد الحسبان، بحث بعنوان" النظام الدستوري للحق في البيئة في النظم الدستورية"، دراسة تحليلية مقارنة، منشور بمجلة دراسات، علوم الشريعة والقانون، المجلد 38، العدد 1، 2001م، ص283.

3 د. محمد عبد الله محمد الركن، بحث بعنوان" التنظيم الدستوري للحقوق والحريات العامة"، منشور بمجلة الشريعة والقانون، كلي الشريعة والقانون، جامعة الإمارات العربية المتحدة، العدد الثامن، نوفمبر،1994م، ص22.

الدستوري، ذلك أن المعلوم أن الحقوق الدستورية ليس لها قيمة مجردة في ذاتها، ولا يتصور أن تعمل في فراغ، وأنه أياً كان دورها أو وزنها أو أهميتها، فإن تقريرها تغيا دوماً توفير الحماية التي تقتضيها مواجهة الأضرار الناشئة عن الإخلال بها[1].

ويعد الحق في الصحة – وهو موضوع دراستنا–حق من حقوق الإنسان الاجتماعية الخاصة، ويشمل على ضـــرورة تمتع الأفراد بالصـــحة البدنية والعقلية والنفســـية كحق من الحقوق المكفولة لهم في كافة المواثيق الدولية والإقليمية والتشريعات الوطنية.

ويكاد لا يخلو دستور من النص على الاعتراف على حق الإنسان في الصحة وعلى ضرورة حماية هذا الحق، كونه يشكل الركيزة الأساسية للنظم الديمقراطية المعاصرة، والتي سهلت إلى ضمان أقصى حماية ممكنة له، من خلال تكريسها في القاعدة القانونية الأسمى لتصبح خارج صلاحيات السلطات الدنيا.

ولقد تنوعت النصوص الدستورية المتعلقة بالحق في الصحة والتي اعتمدتها دول العالم ما بين نصوص موضوعية تشرع لحق الإنسان في التمتع بالصحة البدنية والعقلية والنفسية، ونصوص إجرائية تبين الطرق والوسائل التي يتعين اتباعها عند اتخاذ القرارات ذات العلاقة بمسائل الحفاظ على صحة الإنسان وحمايته من أي انتهاك.

وترتبط الحماية الدستورية لأي حق من الحقوق – ولا سيما حق الإنسان في الصحة–ارتباطاً وثيقاً بدولة القانون؛ أي الدول التي تخضع فيها جميع السلطات لحكم القانون، فلا يمكن الحديث عن الحماية الدستورية لحقوق الأفراد وحرياتهم في نطاق أنظمة الدول البوليسية أو الديكتاتورية والتي لا يعوقها شيء في أن تفعل ما تراه محققاً لاستمرار وجودها وبقائها دون أن تستند لحكم القانون، وكذلك لا مجال للحديث عن هذه الحماية في ظل غياب مبدأ الشرعية والديمقراطية.

أهمية الدراسة:

تنبع أهمية هذه الدراسة من خلال:

1. بيان مفهوم الحق في الصحة وأهميته.
2. بيان الأسس الدولية والإقليمية الموثقة للحق في الصحة.
3. بيان الإطار والأساس الدستوري للحق في الصحة.

1 راجع في ذلك: حكم المحكمة الدستورية العليا المصرية، الصادر بتاريخ 1994/6/22م في القضية رقم 10 لسنة 13ق دستورية، منشور بالجريدة الرسمية، العدد 22.

4. توفير الحماية الخاصة لهذا الحق لضمان عدم مساس السلطة به، وبالمقابل عدم تجاوز الأفراد بهذا الحق واستخدامه بطريقة غير سليمة.

إشكالية الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي:

ما هي مظاهر الحماية الدستورية لمفهوم الحق في الصحة؟

وينبثق عن السؤال الرئيس لهذه الدراسة العديد من التساؤلات على الشكل التالي:

1. ماهية الحق في الصحة وأهميته؟
2. ماهي الأسس الدولية والإقليمية المكرسة للحق في الصحة؟
3. هل نظم المشرع الدستوري الفلسطيني الحق في الصحة صراحاً وبشكل كاف؟

منهج الدراسة:

لا مراء في أن لكل بحث طبيعته الذاتية التي تميزه عن غيره من البحوث، وفي ضوء هذه الحقيقة، فإن مناهج البحث وأدواته تتباين من بحث لآخر.

وفي ضوء ما تقدم فإن الباحث، وبالنظر إلى طبيعة البحث، يجتزئ من مناهج البحث ما يأتي:

- **المنهج المقارن:** سيتم الاعتماد على هذا المنهج في بيان مفهوم الحق في الصحة في النظم الدستورية المقارنة.

- **المنهج الوصفي التحليلي:** وسيقوم الباحث من خلال هذا المنهج في الغوص بجزيئات المشكلة موضوع الدراسة مع بيان وجهة نظره الذاتية في هذا الصدد.

خطة الدراسة:

المبحث الأول: ماهية الحق في الصحة

المطلب الأول: تعريف الحق في الصحة

المطلب الثاني: أهمية الحق في الصحة

المبحث الثاني: الأسس الدولية والإقليمية للحق في الصحة.

المطلب الأول: تكريس الحق في الصحة في المواثيق الدولية.

المطلب الثاني: تكريس الحق في الصحة في المواثيق الإقليمية.

المبحث الثاني: الأساس الدستوري للحق في الصحة.

المطلب الأول: الحق في الصحة في الدساتير المقارنة.

المطلب الثاني: الحق في الصحة في القانون الأساسي الفلسطيني.

المبحث الأول

ماهية الحق في الصحة

في البداية لابد لنا من إلقاء الضوء في هذا المبحث على ماهية الحق في الصحة، وذلك من خلال تحديد مفهومه من الناحيتين اللغوية والاصطلاحية، وصولاً إلى التعريف القانوني له، ذلك أن التشريعات تسعى جاهدة لإقراره من أجل الحفاظ عليه بوصفه قيمة من قيم المجتمع وحقاً من حقوق الإنسان الأساسية التي يجب أن يتمتع بها، فالقانون يرتبط بالمجتمع الذي يعيش فيه، فهو بذلك يعد ظاهرة اجتماعية، وعليه فإنه لا يستمد وجوده من ذاته بل من الظروف الاجتماعية المختلفة والمحيطة به، ومن ثم سنتناول أهميته من خلال بيان علاقته بالحقوق الأخرى ذات العلاقة بالصحة.

وعلى هدى ما تقدم سنقسم دراستنا لهذا المبحث على النحو التالي:

المطلب الأول: تعريف الحق في الصحة.

المطلب الثاني: أهمية الحق في الصحة.

المطلب الأول

تعريف الحق في الصحة

الحق في اللغة له معان واطلاقات متعددة منها:

الحق ضد الباطل، وحق الأمر يحق، إذا ثبت، وقال قوم: يحق حقاً إذا وضح فلم يكن فيه شك وأحققته احقاقاً[1].

وحق الأمر يحق ويحق حقاً وحقوقاً، صار حقاً وثبت، قال الأزهري معناه وجب يجب وجوباً، ومنه قوله تعالى (قَالَ الَّذِينَ حَقَّ عَلَيْهِمُ الْقَوْلُ)[2]؛ أي ثبت، وحق الأمر يحقه حقاً: كان منه على يقين، والحاقة: النازلة والداهية وتطلق على يوم القيامة وجمعها حواق، وسميت حاقة لأن فيها حواق الأمور والثواب[3]، ويقال حق الأمر حقاً وحقوقاً: صح وثبت وصدق، ويقال يحق عليك أن تفعل كذا: أي يجب، ويحق لك

1 أبو بكر محمد بن الحسين بن دريد الأزدي، جمهرة اللغة، تحقيق رمزي منير بعلبكي، الجزء الأول، الطبعة الأولى، دار العلم للملايين، بيروت، 1987م، ص100.

2 سورة القصص الآية (63).

3 العلامة ابن منظور، لسان العرب، ج1، طبعة دار المعارف، القاهرة، مصر، دون سنة نشر، ص940 وما بعدها.

أن تفعل كذا: أي يسوغ، والحق اسم من أسماء الله الحسنى والثابت بلا شك ويوصف به فيقال: قول حق، ويقال: هو العالم حق العالم: أي متناه في العلم، ويقال أيضاً وهو حق بكذا: أي جدير به[1].

والحق اصطلاحاً: هو الحكم المطابق للواقع يطلق على الأقوال والعقائد والأديان والمذاهب، باعتبار اشتمالها على ذلك ويقابله الباطل[2].

والحق في الاصطلاح الشرعي هو اختصاص يقر به الشرع سلطة على شيء أو اقتضاء أداء من آخر تحقيقاً لمصلحة معينة[3]، أو هو اختصاص يقر به الشرع سلطة أو تكليفاً[4].

أما الحق في الاصطلاح القانوني[5] فقد أثير بشأن تعريفه جدلاً وخلافاً حاداً بين الفقه القانوني، فمنهم من ركز في تعريف للحق على شخص صاحبه وهم أنصار المذهب الشخصي، حيث يعرفونه بأنه" **تلك القدرة أو السلطة الإرادية التي يخولها القانون لشخص من الأشخاص في نطاق معلوم**"، ومنهم من فضل الحق على شخص صاحبه وهؤلاء هم أنصار المذهب الموضوعي، حيث يعرفون الحق بأنه" **مصلحة مادية أو أدبية يحميها القانون**".

وينظر أصحاب المذهب الموضوعي إلى الحق من خلال موضوعه دون شخص صاحبه، فالإرادة ليست جوهر الحق، بل إن المصلحة والغاية هما جوهر الحق.

وذهب فريق آخر من الفقه إلى تعريف الحق من خلال المزج بين المذهبين الشخصي والموضوعي وهؤلاء هم أنصار المذهب المختلط، وإذا كان أصحاب هذا المذهب قد اتفقوا على المزج، إلا أنهم قد اختلفوا في أي العنصرين الإرادة أم المصلحة تكون لها الأهمية وتعقد لها الغلبة، فبعضهم يغلب دور عنصر الإرادة على المصلحة فيعرف الحق بأنه" **القدرة الإرادية المعطاة لشخص من الأشخاص في سبيل تحقيق مصلحة يحميها القانون**"، والبعض الآخر يغلب دور عنصر المصلحة على الإرادة فيعرف الحق بأنه" **المصلحة التي يحميها القانون وتقدم على تحقيقها والدفاع عنها قدرة إرادة معينة**".

---

1 المعجم الوجيز، مجمع اللغة العربية، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، مصر، 2011م، ص163.

2 علي بن محمد على الزين الشريف، التعريفات، الجزء الأول، ط1، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان،1983م، ص89.

3 د. محمد فتحي الدريني، الحق ومدى سلطان الدولة في تقييده، نظرية التعسف في استعمال الحق بين الشريعة والقانون، مؤسسة الرسالة، دمشق، 1967م، ص197 وما بعدها.

4 د. مصطفى أحمد الزرقا، المدخل إلى نظرية الالتزام في الفقه الاسلامي، ط1، دار القلم، دمشق، 1999م، ص19.

5 راجع في ذلك تفصيلاً كلا من: د. حسن كيرة، المدخل إلى القانون، ط5، منشأة المعارف، الاسكندرية، 1974م، ص431 وما بعدها؛ ود. محمد نصر الدين منصور، المدخل للقانون، النظرية العامة في الحقوق، الجزء الأول، مكتبة الرسالة الدولية للطباعة والكمبيوتر، 1999-2000م، ص15 وما بعدها؛ د. نزيه محمد الصادق المهدي، المدخل لدراسة القانون، نظرية القانون ونظرية الحق، المؤسسة الفنية للطباعة والنشر، 2005م، ص301 وما بعدها.

ويعرف **أستاذنا الدكتور حسن كيرة** الحق بأنه" تلك القانونية التي بمقتضاها يخول القانون شخصاً من الأشخاص على سبيل الانفراد والاستئثار التسلط على شيء واقتضاء أداء معين من شخص آخر"[1].

ثانياً: الصحة لغة واصطلاحاً

الصحة في اللغة[2] خلاف السقم وذهاب المرض وهي عبارة عن السلامة وعدم الاختلال، ويقال قد صح فلان من علته واستصح، ويقال صح الشيء صحة: أي بريء من كل عيب أو ريب، فهو صحيح والجمع أصحاء، والصحيح هو السليم من العيوب والأمراض، ويقال علم الصحة، وهو فرع من فروع الطب يعني بدراسة ما يجب اتخاذه من أعمال لحفظ الصحة وخاصة الوقاية من المؤثرات المغيرة في البيئة.

الصحة اصطلاحاً: من الكيفيات النفسية وهي ملكة أو حالة تصدر عنها الأفعال الموضوع لها سليمة أو غير مئوفة[3]، والصحة في البدن حالة طبيعية تجري أفعاله (أي الإنسان) معها على المجرى الطبيعي[4]، وأيضاً هي كل ما من شأنه سلامة البدن (الجسم) والنفس والتوافق الاجتماعي[5].

وتعرف الصحة أيضاً بأنها" حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة المحيطة به، وهو مفهوم فيه دلالة على اتساع أبعادها، واعتماد تعزيزها، والارتقاء بها على السلامة والكفاءة الجسمية والعقلية، وارتباطها بالسياق الاجتماعي والثقافي والعلاقات مع الغير، ويتوقف مدلولها في عبارة أخرى مكافئة على التوافق بين صحة الجسم والنفس والمجتمع في إطار القيم"[6].

ثالثاً: تعريف الحق في الصحة

بعد إقرار المجتمع الدولي واعترافه بحق الإنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، تطور مفهوم الحق في الصحة، وكان ذلك نتيجة النقاشات الدولية بين المختصين واللجان في مختلف المحافل الدولية، حتى أصبح يعني تلك الحالة من الرفاهية التامة بدنياً ونفسياً واجتماعياً.

---

1 د. حسن كيرة، المرجع السابق، ص441.

2 راجع في تعريف الصحة لغةً على سبيل المثال لا الحصر كلا من: ابن منظور، لسان العرب، المرجع السابق، ص2401؛ المعجم الوجيز، المرجع السابق، ص360.

3 د. محمد عبد الرؤوف المناوي، التوقيف على مهمات التعاريف، تحقيق د. محمد رضوان الداية، ط1، دار الفكر المعاصر، بيروت، المجلد الأول، 1990م، ص 448.

4 المعجم الوجيز، المرجع السابق، ص325.

5 د. محمد فريد وجدي، موسوعة دائرة معارف القرن العشرين، ط3، دار المعرفة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1961م، ص659.

6 د. احسان علي محاسنة، البيئة والصحة العامة، ط2، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمّان، الأردن،1994م، ص71.

كما أن **لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية** قد اعتمدت تعريفاً واسعاً للحق في الصحة يتمثل في أنه "لا ينبغي فهم الحق في الصحة على أنه الحق في التمتع بصحة جيدة فقط، فالحق في الصحة يشمل حريات وحقوقاً على حد سواء، أما الحريات فتتضمن حق الإنسان في التحكم في صحته وجسده، بما في ذلك حريته الجنسية والإنجابية، والحق في أن يكون في مأمن من التدخل، مثل الحق في أن يكون في مأمن من التعذيب، ومن معالجته طبياً أو إجراء تجارب طبية عليه بدون رضاه، وأما الحقوق فتشمل الحق في الاستفادة من نظام للحماية الصحية يتيح التكافؤ في الفرص أمام الناس للتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

كما أنه حق شامل لا يقتصر على تقديم الرعاية الصحية المناسبة فحسب، بل يشمل أيضاً المقومات الأساسية للصحة مثل الحصول على مياه الشرب المأمونة والإصحاح المناسب، والإمداد الكافي بالغذاء الآمن والتغذية والمسكن، وظروف صحية للعمل والبيئة، والحصول على التوعية والمعلومات فيما يتصل بالصحة، بما في ذلك ما يتصل منها بالصحة الجنسية والإنجابية، ويتمثل جانب هام آخر في مشاركة السكان في كامل عملية اتخاذ القرارات المرتبطة بالصحة على الصعد المجتمعية والوطنية والدولية"[1].

المطلب الثاني

أهمية الحق في الصحة

حظي الحق في الصحة على اهتماماً واسعاً، لا سيما على الصعيد الدولي والاقليمي، وقد تجسد ذلك فيما تضمنته المواثيق والاتفاقيات الدولية أو دساتير الدول أو المنظمات الدولية والإقليمية ضمن طائفة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وتبرز أهمية هذا الحق في أمرين: **الأول** كونه من الحقوق الأساسية التي تتضمنها قوانين حقوق الإنسان، **والثاني** كونه يرتبط بصورة مباشرة مع بعض الحقوق الأخرى، ذلك أن أي حق من حقوق الإنسان وبغض النظر إلى الجيل الذي ينتمي إليه يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحق في الصحة، لذا لا يمكن تناول الأخير بمعزل عن الحقوق الأخرى[2] هذا من جانب، ومن جانب آخر فإن هذا الحق يعد من الحقوق التي يعتد بحمايتها لكافة الأفراد بغض النظر عن رابطتهم القانونية أو انتماءاتهم السياسية أو أصولهم العرقية أو أي سبب آخر.

---

1 التعليق العام رقم (14) بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، الصادر عن اللجنة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في دورتها الثانية والعشرون، سنة 2000م.

2 يرتبط الحق في الصحة ارتباطاً وثيقاً بإعمال حقوق الإنسان الأخرى ويعتمد على ذلك، مثلما يرد في الشرعة الدولية لحقوق الإنسان، بما فيها الحق في المأكل، والمسكن، والعمل، والتعليم، والكرامة الإنسانية، والحياة، وعدم التمييز، والمساواة، وحظر التعذيب، والخصوصية، والوصول للمعلومات، وحرية تكوين الجمعيات، والتجمع، والتنقل، فهذه الحقوق والحريات وغيرها تتصدى لمكوناتها لا تتجزأ من الحق في الصحة. راجع في ذلك تفصيلاً: التعليق رقم (14) لسنة 2000م، بند رقم 3 "الحق في التمتع بأعلى مستوي من الصحة يمكن بلوغه، المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

ولأهمية هذه الحقوق ولارتباطها الوثيق بالحق في الصحة سنلقي الضوء على أبرزها مع بيان علاقتها بالحق في الصحة على النحو التالي:

أولاً: الحق في الحياة

يعد حق الإنسان في الحياة من أهم الحقوق وأجلها وأقدسها في جميع الشرائع والحضارات والأعراف والدساتير والقوانين، فهو من الحقوق الأساسية للإنسان، ولا ريب في أن نقول أن حقوق الإنسان الأخرى مستمدة منه، وبدون هذا الحق تصبح الحقوق الاخرى سراباً، حيث ستتعرض السلالة الآدمية ويتعرض بني الإنسان للفناء وبالتالي سيكون من المستحيل التمتع بالحقوق الأخرى أو يصعب ذلك[1].

والحق في الحياة هو عماد حقوق الإنسان، ولذلك كرسته الشرعة الدولية في وثائق أممية، فقد نص على هذا الحق في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948م، حيث قررت المادة الثالثة منه على أن " لكل فرد حق في الحياة والحرية وفي الأمان على شخصه". كما وحرص العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية لعام 1966م على تضمين هذا الحق بين نصوصه وأضفى عليه حماية خاصة[2].

فضلاً عن أن اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، رأت في تعليقها العام رقم (6) " أن من المستصوب أن تتخذ الدول الأطراف كل التدابير الممكنة لتخفيض وفيات الأطفال وزيادة المتوسط العمري المتوقع، ولا سيما باتخاذ تدابير للقضاء على سوء التغذية والأوبئة"[3].

وبالإضافة إلى كل ما ذكر – وبالنظر الي أهمية هذا الحق – فإن العديد من الدساتير الوطنية تشير إلى الحق في الصحة باعتباره مكون جوهري من مكونات الحق في الحياة.

وعليه نستطيع القول بأن الحق في الصحة مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحياة والموت بشكل يصعب الفصل بينهم، فإذا كان الحق في الصحة يفرض على الدول تهيئة الظروف المناسبة والملائمة التي تتيح لكل فرد امكانية التمتع بأكبر مستوى ممكن من الصحة، سواء كانت هذه الظروف بين ضمان الخدمات الصحية وظروف عمل صحية وآمنة وقدر كافي من المساكن والأغذية والأطعمة المُغذية، فإن غاية ومقصد هذا الأمر لأجل ديمومة حياة الإنسان والمحافظة عليها.

ثانياً: الحق في بيئة صحية

1 د. ابراهيم شعبان، بحث بعنوان" الحق في الحياة في الأراضي الفلسطينية المحتلة"، منشور على الرابط التالي: http://freeopinionpalestine.blogspot.com/2011/11/blog-post_328.html

2 راجع نص المادة (6) من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية لعام 1966م.

3 الفقرة الخامسة من التعليق العام رقم(6) للجنة المعنية بحقوق الإنسان في دورتها السادسة عشر عام 1982م، المادة(6) من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية.

كانت الخطوة الأولى نحو الاهتمام الدولي بحق الإنســـان في بيئة خالية من التلوث في الفكرة التي أعرب عنها لأول مرة في مؤتمر اســتكهولم عام 1972م، والذي قرر في مادته الأولى أن" للإنســان حقاً أساسياً في تأمين ظروف حياة مرضية في بيئة مناسبة تسمح له بالعيش بكرامة ورغد العيش".

وعلى أثر اعلان استكهولم اعترفت 130 دولة في دساتيرها الوطنية بحق كل مواطن في بيئة ملائمة وصــحية، ولعل من أهم الأسـباب الجوهرية التي دفعت دول العالم للاهتمام في البيئة هو كونه ضــرورة حتمية يتحقق من خلالها الحفاظ على حياة الإنسان وصحته[1].

والحق في البيئة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحق في الصـحة، فالبيئة هي الحالة التي تشـكل الحد الأدنى للوسـط الذي يمكن أن يتلاءم مع الحياة الطبيعية للإنسـان، وهذا التحديد للحق في البيئة مسـتمد من فكرة النظام العام[2]، لا سيما عندما يتعلق الأمر بمشـتمل الصـحة العامة والسكينة، حيث لا يمكن الحديث عن هذين المشتملين ما لم يتم تحديد البيئة المناسبة لحماية كلا منهما[3].

فضـلاً عن أن التدهور البيئي يمارس ضـغطاً كبيراً على صـحة الإنسـان، فتدهور البيئة نتيجة تلوث المياه أو تسـرب الاشـعاعات أو تلوث الأرض بالنفايات والمواد الضـارة ينتج عنه آثاراً خطيرة تهدد صـحة الإنسان، الأمر الذي ينجم عنه العديد من المشاكل الصحية ويعرضه للإصابة بالمرض والعدوى[4].

والعلاقة بين الظروف البيئية والحالة الصـحية للإنسـان كانت دائماً محل اهتمام العاملين في مجال الصحة العامة الدولية، حيث تم تضمينه في العديد من المواثيق والاعلانات والمؤتمرات الدولية التي تعالج شـئون البيئة والصـحة بصـفة عامة، فقد خصـصـت البيئة بالذكر في المادة (12-2) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصـــادية والاجتماعية والثقافية على اعتبار أنها إحدى مكونات تدخل الدولة لإعمال الحق في الصحة.

ثالثاً: الحق في السكن الملائم

---

1 د. أميرة عبد الله بدر، بحث بعنوان "الأساس الدستوري لالتزام جهة الإدارة بالتدخل الوقائي لحماية البيئة، منشور بمجلة البحوث القانونية والاقتصادية، كلية الحقوق، جامعة المنصورة، العدد 51، أبريل 2012، ص14.

1 د. علي خطار شطناوي، الوجيز في القانون الإداري، ط1، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع، عمّان، الأردن، 2003م، ص360 وما بعدها.

2 د. علي خطار شطناوي، الوجيز في القانون الإداري، ط1، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع، عمّان، الأردن، 2003م، ص360 وما بعدها.

3 د. عيد أحمد الحسبان، بحث بعنوان" النظام الدستوري للحق في البيئة في النظم الدستورية، المرجع السابق، ص96.

4 اسحاق بلقاضي، بحث بعنوان" الصحة كحق من حقوق الإنسان في القانون الدولي"، منشور بمجلة جيل حقوق الإنسان، العدد 6و7 مايو، أكتوبر 2015م، ص176.

يعد الحق في السكن الملائم من الحقوق الأساسية للإنسان، فهو يشكل أحد أهم الركائز الجوهرية لحياة الإنسان واحساسه بكرامته المتأصلة فيه، وفي ذات الوقت هو أداة هامة لإعمال حقوق الإنسان الأخرى المدنية والسياسية وكذلك الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

والحق في السكن الملائم يتعدى شكل المبنى المادي، ليشمل علاقة الإنسان في المجتمع الذي يعيش فيه، ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بالعديد من الحقوق الأخرى كالحق في العمل، والحق في الأمن، والحق في الوصول إلى الخدمات، والحق في الصحة[1].

وعلاقة الصحة بالحق في السكن الملائم علاقة وثيقة ووطيدة، فقد ربط التعليق العام رقم (4) للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بشأن الحق في السكن الملائم بين توافر الخدمات والموارد والهياكل الأساسية مثل مياه الشرب النظيفة وظروف السكن التي تقي الأفراد من الأخطار الصحية، وتوافر خدمات الرعاية الصحية والتحرر من الأخطار البيئية الضارة بالصحة بوصفها عوامل أساسية في هذا الحق.

كما وقد أشار التعليق العام – آنف الذكر – إلى أن المسكن الملائم صحياً هو الذي يكون صالحاً للسكن من حيث توفير المساحة الكافية لساكنيه وحمايتهم من البرد والرطوبة والحر والمطر والريح أو غير ذلك من العوامل التي تهدد الصحة، ومن المخاطر البنيوية وناقلات الأمراض، وهو أيضاً الذي تتوافر فيه المرافق الأساسية اللازمة للصحة والأمن والراحة والتغذية؛ أي الذي تتوافر فيه الخدمات كالتهوية الجيدة والإضاءة المناسبة ومياه الشرب النظيفة، ومرافق الاصحاح والغسل، ووسائل تخزين الأغذية، والتخلص من النفايات، وتصريف المياه، وخدمات الطوارئ[2].

وقد حثت اللجنة في هذا التعليق العام الدول الأطراف بضرورة تطبيق وبشكل شامل" المبادئ الصحية للسكن" التي أعدتها منظمة الصحة العالمية، والتي تعتبر أن السكن يشكل العامل البيئي المرتبط على نحو أكثر تواتراً بالحالات المسببة للأمراض في تحليلات الوبائيات؛ أي أن السكن وظروف المعيشة غير الملائمة والمعيبة تكون بصورة دائمة مرتبطة بارتفاع معدلات الوفيات والإصابة بالأمراض.

رابعاً: الحق في التعليم

نظراً لأهمية التعليم، فإننا نجد أن المواثيق والإعلانات الدولية من جهة والعهود والاتفاقيات الدولية والإقليمية من جهة ثانية، قد أشارت إلى هذا الحق وجعلته الزامياً ومجانياً في مراحله الأولى كحد أدنى،

1 بحث بعنوان" الحق في السكن الملائم في المواثيق الدولية لحقوق الإنسان، صادر عن المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، سلسلة التثقيف في ميدان الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (2)، دون سنة نشر، ص3.

2 راجع الفقرة الثامنة من التعليق العام رقم (4) للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في دورتها السادسة عام 1991م، المادة 11 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966م.

وتؤكد على الدول الأعضـــاء ضـــرورة اتخاذ الإجراءات الجادة في الأخذ بالتدرج في توفير التعليم الثانوي والعالي بالمجان، وإزالة كافة العوائق التي تحول دون الحصول عليه وفقاً لمقدرتها الاقتصادية.

ويكفي أن نشير في هذا الصدد إلى العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الذي أقر بحق كل فرد في التربية والتعليم، ووجوب توجيه التربية والتعليم إلى الانماء الكامل للشـــخصـــية الإنسانية والحس بكرامتها وإلى توطيد احترام حقوق الإنسان والحريات الأساسية الأخرى[1].

وعطفاً على ما سبق فإن العلاقة بين الصحة والتعليم علاقة وثيقة وتبادلية، فالصحة الجيدة للإنسان يكون لها تأثير كبير على التحصيل العلمي والقابلية على التعليم، حيث أثبتت الأبحاث أن ضعف الوضع الصـحي للطلبة من بين الأسـباب المؤدية إلى ازدياد التغيب عن المدرسـة وضـعف الأداء داخل الصـف الدراسي، كما أن التعليم الذي يكسب الطلبة المهارات المتعلقة بالصحة ضروري لسلامتهم البدنية والنفسية والاجتماعية[2].

ويشترط لإعمال بعض العناصر الجوهرية للحق في الصحة الوفاء مسبقاً بالحق في التعليم الأساسي للجميع، فالعلاقة بين الحقين وثيقة، وهذا ما أكدته اتفاقية حقوق الطفل لســنة 1989م في ســياق تناولها حق الطفل في الصحة في المادة (42- 2-هـــ)، فقد تناولت هذه الاتفاقية جانباً من الترابط الملحوظ بين الحق في الصـــحة والحق في التعليم، إذ أن من بين التدابير الواجب على الدول الأطراف اتخاذها لكفالة حق الطفل في بلوغ أعلى مســـتوى من الصـــحة يمكن بلوغه، أن تكفل تزويد جميع قطاعات المجتمع ولاسيما الوالدين والطفل بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل وتغذيته، ومزايا الرضاعة الطبيعية ومبادئ حفظ الصحة والاصحاح البيئي، والوقاية من الحوادث وحصول هذه القطاعات على تعليم في هذه المجالات ومساعدتها في الاستفادة من هذه المعلومات[3].

1 راجع نص المادة (13) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966م.

2 د. واثق عبد الكريم حمود، بحث بعنوان" حق الإنسان في الصحة في القانون الدولي"، منشور بمجلة جامعة تكريت للعلوم القانونية، السنة (7)، العدد (26)، حزيران 2015م، ص277.

3 الوحدة رقم (14) الحق في الصحة منشور على الرابط التالي: http://hrlibrary.umn.edu/arab/circleofrights.html

المبحث الثاني

الأسس الدولية والاقليمية للحق في الصحة

مما لا شك فيه أن الاتفاقيات العالمية والإقليمية والمؤتمرات الدولية قد أولت اهتماماً بالغاً بالحق في الصحة، وتضمنت موادها سبل الحفاظ على هذا الحق بعد إقرارها له، بحيث تعتبر القرارات الصادرة من هيئة الأمم المتحدة أهم المصادر بالنسبة لحماية حقوق الإنسان، وتلتزم الدول باحترام هذه القواعد، كما وأكدت المؤتمرات الدولية تلك الحمية بالنص عليها صراحة في توصياتها، وفيما يلي نتعرض بالدراسة للاتفاقيات التي تضمنت الحق في الصحة سواء على المستوى العالمي أو المستوى الإقليمي وعليه سنقسم هذا المبحث إلى مطلبين على النحو التالي:

المطلب الأول

تكريس الحق في الصحة في الاتفاقات والمواثيق الدولية

1-دستور منظمة الصحة العالمية (OMC)[1]

ظهر مفهوم الحق في الصحة لأول مرة مع إنشاء منظمة الصحة العالمية، عندما أشار دستورها في ديباجته على " أن الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز، وأن التمتع بأعلى مستويات الصحة التي يمكن الوصول إليها حق من الحقوق الجوهرية لكل إنسان، يجب التمتع به دون تمييز على أساس العرق والدين أو المعتقد السياسي أو الظرف الاقتصادي والاجتماعي.

كما وأورد دستور منظمة الصحة العالمية أيضاً أن صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن وهي تعتمد على التعاون الأكمل للأفراد والدول.

ويعد دستور منظمة الصحة العالمية من بواكير المواثيق الدولية التي أكدت على أن التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة هو جزء لا يتجزأ من الحقوق الإنسانية، الأمر الذ دفع غالبية دول العالم للتوقيع على اتفاقيات دولية متعددة تضمن نصوصها الحقوق الصحية بما في ذلك الحق في العيش في ظروف مناسبة للتمتع بالصحة الجيدة.

---

1 ترجع نشأة إلى اقتراح قدم في مؤتمر سان فرانسيسكو للأمم المتحدة بواسطة دولتي البرازيل والصين لتأسيس منظمة صحة عالمية، وقد حصل هذا الاقتراح على قبول كل الدول المشاركة، وقد أقر مؤتمر الصحة العالمية بنيويورك في الفترة بين 19 يونيو إلى 22يوليو ميثاق(دستور) الذي تم التوقيع عليها في 22 يوليو عام 1946م ودخل حيز النفاذ عند اكتمال عدد التصديقات المنصوص عليها في الميثاق وذلك في 7 أبريل 1948م.

2-الإعلان العالمي لحقوق الإنسان 1948م[1].

لقد أرسى الإعلان العالمي لحقوق الإنسان مبدأ تمتع الأشخاص بمستوى معيشي كاف كضمانة من الضمانات المتعلقة بالصحة والسلامة وفق ما تتضمنه المادة 25(-1) والتي نصت على أن" لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والمسكن والعناية الطبية، وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق في ما يأمن به الغوائل في حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الترمل أو الشيخوخة، أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن ارادته والتي تفقده أسباب المعيشة.

ويتبين لنا أن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان قد اكتفى بالإشارة إلى الحق في الصحة بشكل نسبي كونه اقتصر على الحق في العلاج أكثر منه على الحق في الرعاية الصحية المتكاملة والتي يتعلق تحقيقها بمستوى معيشة الأفراد والدول على حد سواء.

3-العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية 1966م

يعتبر العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية 1966م من أهم الوثائق القانونية الدولية التي نصت صراحة على الحق في الصحة، حيث نصت المادة (12) منه على أن "1. تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه.2-تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق تلك التدابير اللازمة من أجل:

أ. العمل على خفض معدل موتى المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نمواً صحياً.
ب. تحسين جوانب الصحة البيئية والصناعية.
ج. الوقاية من الأمراض الوقائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها.
د. تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض.

ويتضح لنا من خلال استقراء نص المادة (12) أن هذا العهد يلزم الدول التي أصبحت طرفاً فيه، أن تقر بحق كل انسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه، كما أوردت عدداً من التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد أن تتخذها للممارسة الكاملة للحق في الصحة، وبالتالي تكون هذه الدول مسئولة عن أي اخلال بمسئولياتها والتزاماتها تجاه هذا العهد.

1 يتكون الإعلان العالمي لحقوق الإنسان من ديباجة وثلاثين مادة تضمنت بياناً بالحقوق والحريات الأساسية اللازمة للإنسان والمتأصلة فيه سواء تعلقت بشخصه أم بتواجده في المجتمع الذي يعيش فيه، ولقد أصبح هذا الإعلان والذي ترجم إلى ما يزيد عن 300 لغة مصدر الهام العديد من الدول عند وضع قوانينها ودساتيرها، فهو يعد أكثر الإعلانات انتشاراً في حماية ونشر حقوق الإنسان.

فكل الدول الأطراف في هذه الاتفاقية يتعين عليهم اتخاذ إجراءات فردية أو من خلال المساعدات الدولية والتعاون الدولي لاسيما الاقتصادية والتكنولوجية حسب أعلى مستوى من توافر المصادر مع الأخذ بعين الاعتبار تحقيق التقدم الكامل للحقوق المعترف بها هذه الاتفاقية ومن خلال الوسائل الممكنة ومن ضمنها عل وجه الخصوص تبني التشريعات.

وأخيراً نستطيع أن نقول بأن اعتراف القانون الدولي بحقوق الإنسان في بيئة سليمة في هذه المادة قد جاء تأكيدا للحق في الصحة.

4-ميثاق الأمم المتحدة[1]

بمطالعة ميثاق الأمم المتحدة نجده قد أشار إلى الحق في الصحة في العديد من مواده، حيث نصت المادة (13-ب) على ضرورة انماء التعاون الدولي في الميادين الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتعليمية والصحية.

كما أن المادة (55-ب) من الميثاق قد أشارت إلى أن الأمم المتحدة تعمل على تيسير الحلول للمشاكل الدولية والاقتصادية والاجتماعية والصحية وما يتصل بها، وهذا تأكيد واضح من ميثاق الأمم المتحدة على أهمية وضرورة حل المشاكل الصحية.

فضلاً عن أن المادة (57-أ) قد نصت على أن" الوكالات المختلفة التي تنشأ بمقتضى اتفاق بين الحكومات والتي تضطلع بمقتضى نظمها الأساسية بتبعات دولية واسعة في الاقتصاد والاجتماع والثقافة والتعليم والصحة وما يتصل بذلك من الشئون ويوصل بينها وبين الأمم المتحدة وفقاً للمادة 63.

ويتضح من ذلك أن ميثاق الأمم المتحدة قد أكد على ضرورة أن يكون هناك تواصل بين الأمم المتحدة والوكالات المتخصصة ومن ضمنها الصحية وذلك وفقا لأحكام المادة 63 من الميثاق.

وأخيراً قد نصت المادة (63) من الميثاق على" 1-للمجلس الاقتصادي والاجتماعي أن يضع اتفاقات مع أي وكالة من الوكالات المشار إليها في المادة 57 تحدد الشروط التي على مقتضاها يوصل بينها وبين "الأمم المتحدة" وتعرض هذه الاتفاقات على الجمعية العامة للموافقة عليها.

2. وله أن ينسق وجوه نشاط الوكالات المتخصصة بطريق التشاور معها وتقديم توصياته إليها وإلى الجمعية العامة وأعضاء "الأمم المتحدة".

ويتضح لنا من خلال استقراء المادة (63) من الميثاق أنه قد أعطى للمجلس الاقتصادي والاجتماعي الصلاحية التي تخوله بوضع دراسات وتقارير عن المسائل الدولية في عدة أمور من ضمنها

1 وقع ميثاق الأمم المتحدة في 26 حزيران/ يونيو عام 1945م في سان فرانسيسكو في ختام مؤتمر الأمم المتحدة الخاص بنظام الهيئة الدولية، وأصبح نافذاً في 24 تشرين الأول/ أكتوبر عام 1945م، ويعتبر النظام الأساسي لمحكمة العدل الدولية جزءاً متمماً للميثاق

الأمور الصحية، كما أعطى الميثاق لذات المجلس الحق أيضاً في تقديم توصياته في هذا الجانب إلى الجمعية العامة وإلى أعضاء الأمم المتحدة والوكالات المتخصصة.

ومن كل ما سبق يتضح لنا مدى اهتمام الأمم المتحدة بترسيخ الحق في الصحة وضرورة العمل على توفيره للشعوب دون تمييز كونه حقاً من حقوق الإنسان الأساسية.

5-اعلان ألما-آتا الخاص بالرعاية الصحية الأولية 1978م (Alma-Ata)

عقدت منظمة الصحة العالمية واليونيسيف مؤتمراً دولياً تاريخياً بشأن الرعاية الصحية الأولية في أيلول عام 1978م بمدينة (ألما-آتا) عاصمة كازاخستان آنذاك (الاتحاد السوفيتي سابقاً)، وحضر المؤتمر وفود 134 دولة عضواً في منظمة الصحة العالمية و67 منظمة غير حكومية، وأكد المؤتمر على أهمية الرعاية الصحية الأولية في الخدمات الصحية الوطنية وكذلك على مبادئها ونماذجها التنظيمية وآفاق التعاون الدولي في هذا المجال.

واعتمد المؤتمر اعلان ألما-آتا الذي حدد الرعاية الصحية الأولية كوسيلة مناسبة لبلوغ المرمى المتمثل في توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000م.

وهذا الإعلان جاء ليؤكد من جديد أن الصحة هي حق أساسي من حقوق الإنسان، وأن امكانية بلوغ أرفع مستوى صحي من أهم الأهداف الاجتماعية على المستوى الدولي، وأن تحقيق هذا الهدف يتطلب بذل مزيد من الجهود من جانب العديد من القطاعات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى، بالإضافة إلى القطاع الصحي.

6-اعلان وبرنامج عمل فينا لعام 1993م.

صدر هذا الإعلان عن المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان الذي عقد في فيينا خلال الفترة من 14 إلى 25 يونيو عام 1993م، وقد جاء ليؤكد التزامه بالمبادئ والمقاصد الواردة في ميثاق الأمم المتحدة والإعلان العالمي لحقوق الإنسان وغيره من الصكوك الدولية التي تدافع عن هذا الحق[1].

كما وأكد هذا المؤتمر على حق المرأة في الحصول على رعاية صحية متيسرة ومناسبة وعلى أوسع نطاق، حيث يسلم المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان بأهمية تمتع المرأة بأعلى مستويات الصحة البدنية والعقلية طوال فترة حياتها.

1 الأمم المتحدة، المفوضية السامية لحقوق الإنسان، المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان، 14-25 حزيران/ يونيو عام 1993م، فيينا، النمسا، منشور على الرابط التالي:

http://www.ohchr.org/AR/AboutUs/Pages/ViennaWC.aspx

ويسلم المؤتمر بأن الالقاء غير المشروع للمواد والنفايات السامة والخطرة يمكن أن يشكل تهديداً خطيراً لحق كل إنسان في الحياة والصحة، وبناء على ذلك يدعو المؤتمر جميع الدول إلى أن تعتمد الاتفاقيات القائمة المتعلقة بإلقاء المواد والنفايات السامة والخطرة وأن تنفذها بصرامة وأن تتعاون في منع الالقاء غير المشروع.

وحث المؤتمر الدول الامتناع عن اتخاذ أي تدابير من جانب واحد لا يتفق مع القانون الدولي ولا مع ميثاق الأمم المتحدة يكون من شأنه أن يوجد عقبات أمام العلاقات التجارية فيما بين الدول ويعرقل الاعمال التام لحقوق الإنسان والصكوك الدولية لحقوق الإنسان ولاسيما حق كل شخص في مستوى معيشي ملائم لصحته ورفاهه، بما في ذلك الغذاء والرعاية الطبية والسكن وما يلزم من الخدمات الاجتماعية، كما وأكد المؤتمر على أنه لا ينبغي استخدام الغذاء كأداة للضغط السياسي[1].

المطلب الثاني

تكريس الحق في الصحة في المواثيق الاقليمية

لم يقتصـــر الاهتمام الدولي بالحق في الصـــحة على النص عليه في الاتفاقيات والمواثيق الدولية، وإنما برزت أيضاً على المستوى الإقليمي منظمات دولية إقليمية تهدف الي تحقيق حماية إقليمية للحق في الصـــحة، والهدف الأســاســي من وجود هذه المنظمات هو الرغبة في ايجاد تعاون دولي على المســتوى الإقليمي بين دول تتشـابه جغرافياً واجتماعياً وسـياسـياً واقتصـادياً، مما يسـاعد على توفير حماية حقيقية وفعالة للحق في الصحة.

لذلك فقد أُبرمت على المستوى الإقليمي العديد من الصكوك الإقليمية التي تناولت بالنص على الحق في الصـــحة وأصـــبحت معها الدول المنتمية الي هذا الإقليم ملزمة على احترامه وتنفيذه، ونذكر من هذه الصكوك الإقليمية ما يلي:

1. الميثاق الاجتماعي الأوروبي لسنة 1961م والمعدل سنة 1996م[2]

لقد أكد الميثاق الاجتماعي الأوروبي على حماية الحق في الصـــحة في العديد من مواده، حيث تعهدت الدول الأطراف في هذا الميثاق بالتقيد بالالتزامات الموضوعية التي تضمنتها في مواده المختلفة.

---

1 مكتبة حقوق الإنسان، إعلان وبرنامج عمل فيينا لعام 1993م منشور على الرابط التالي:
http://www.ohchr.org/AR/AboutUs/Pages/ViennaWC.aspx

2 يعد الميثاق الاجتماعي الأوروبي والبروتوكولات الاضافية الملحقة بع من الصكوك الأساسية للمجلس الأوروبي في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وقد اعتمد هذا الميثاق في عام 1961، ودخل حيز النفاذ عام 1965م وصادقت عليه 16 دولة، ولهذا الميثاق ثلاث بروتوكولات اضافية أعوام (1988م، 1991م، 1995)، وفي عام 1996م اعتمدت صيغة منقحة من هذا الميثاق، ودخلت الصيغة المنقحة حيز النفاذ في 7 يناير عام 1999م وصادقت عليها 15 دولة، وتجمع الصيغة المنقحة بين نصين سابقين(الميثاق الاجتماعي الأوروبي، وبروتوكول عام 1988م، كما وأضفت هذه الصيغة المزيد من الحماية على العديد من الحقوق الإنسانية.

فقد نص الميثاق الاجتماعي الأوروبي المعدل لسنة 1996م على ضرورة الحق في ظروف عمل آمنة وصحية وأن تتعهد الدول الأطراف في هذا الميثاق وبالتشاور مع منظمات العمال وأصحاب العمل أن تضمن الممارسة الفعالة للحق في ظروف عمل آمنة وصحية، وذلك بوضع وتنفيذ ومراجعة السياسة المحلية دورياً بشأن السلامة المهنية والصحة المهنية وبيئة العمل، على أن يكون الهدف الرئيسي لهذه السياسة، تحسين السلامة والصحة المهنية، ومنع الحوادث والاصابات التي ترتبط أو تحدث أثناء العمل، والعمل على تقليل أسباب الأخطاء التي تصاحب بيئة العمل، بإصدار اللوائح الخاصة بالسلامة والصحة، والنص على تنفيذ هذه اللوائح عن طريق إجراءات اشرافية، بتشجيع التطوير المتدرج لخدمات الصحة المهنية لكافة العمال مع الوظائف الوقائية والاستشارية بشكل أساسي[1].

كما ونص الميثاق على ضرورة الحق في حماية الصحة وأن تتعهد الدول الأطراف في هذا الميثاق بضمان الممارسة الفعالة للحق في الصحة سواء كان ذلك بطريق مباشر أو بالتعامل مع المنظمات العامة أو الخاصة، وأن تتخذ كافة الإجراءات المناسبة لإزالة أسباب اعتلال الصحة بقدر الامكان، لتوفير التسهيلات الاستشارية والتعليمية من أجل تنمية الصحة وتشجيع المسئولية الفردية في المسائل الصحية، وللوقاية من الأمراض الوبائية، والأمراض المستوطنة، والأمراض الأخرى، وكذلك الحوادث بقدر الامكان[2].

كما وأكدت المادة (13) من هذا الميثاق على حق كل انسان في المساعدة الاجتماعية والطبية، وأن تتعهد الدول الأطراف في هذا الميثاق من أجل ذلك بضمان منح أي شخص لا يمتلك الموارد الكافية ويكون غير قادر علي تأمين مثل هذه الموارد عن طريق الاعانات بموجب نظام الضمان الاجتماعي، وكذلك ضرورة توفير الرعاية اللازمة في حالة المرض، بضمان ألا يعاني الأشخاص الذين يتلقون مثل هذه المساعدة من تقليص حقوقهم السياسية أو الاجتماعية[3].

2-الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان 1948م

لقد حظي حق الإنسان في الصحة بالاهتمام البالغ في معظم الاتفاقيات والإعلانات الأمريكية، ويأتي في مقدمتها الإعلان الامريكي لحقوق وواجبات الإنسان لسنة 1948م الذي أكد على أهمية الحق في الصحة، وأقر بحق كافة المواطنين في التمتع بمستوى مناسب من الصحة والمحافظة عليها وذلك

1 نص المادة (3) من الميثاق الاجتماعي الأوروبي المعدل لسنة 1996م.
2 نص المادة (11) من الميثاق الاجتماعي الأوروبي المعدل لسنة 1996م.
3 نص المادة (13) من الميثاق الاجتماعي الأوروبي المعدل لسنة 1996م.

عن طريق الإجراءات الصحية والاجتماعية التي تتعلق بالغذاء والملبس والإسكان والرعاية الطبية وذلك في الحدود التي تسمح بها الموارد العامة وموارد المجتمع[1].

كما ونصت المادة (7) من ذات الإعلان على أن " لكل النساء – أثناء الحمل وفترة الرضاعة – ولكل الأطفال الحق في الحماية الخاصة والرعاية والمساعدة ".

3–الميثاق الافريقي لحقوق الإنسان والشعوب الصادر بنيروبي(كينيا) عام 1981م

لقد أشار الميثاق الافريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام 1981م إلى أهمية الحق في الصحة، ويظهر ذلك جلياً من خلال تضمينه لهذا الحق في نصوص مواده، فقد نصت المادة (4) من هذا الميثاق على أنه " لا يجوز انتهاك حرمة الإنسان، ومن حقه احترام حياته وسلامة شخصه البدنية والمعنوية، ولا يجوز حرمانه من هذا الحق تعسفاً ".

ونصت المادة (5) منه على أنه " لكل فرد الحق في احترام كرامته والاعتراف بشخصيته القانونية وحظر كافة أشكال استغلاله وامتهانه واستعباده خاصة الاسترقاق والتعذيب بكافة أنواعه والعقوبات والمعاملة الوحشية أو اللاإنسانية أو المذلة ".

كما وأكد الميثاق على حق كل شخص في التمتع بأفضل حالة صحية بدنية وعقلية يمكنه الوصول اليها، كما وأكد الميثاق أن الدول الأطراف عليها أن تتخذ التدابير اللازمة لحماية صحة شعوبها وضمان حصولها على العناية الطبية في حالة المرض[2].

كما وأقر الميثاق أن الأسرة هي الوحدة الطبيعية وأساس المجتمع، وعلى الدولة حمايتها والسهر على صحتها وسلامة أخلاقياتها، وهي ملزمة بمساعدة الأسرة في أداء رسالتها كحماية للأخلاقيات والقيم التقليدية التي يعترف بها المجتمع[3].

4 – الميثاق العربي لحقوق الإنسان لعام 2004م

لقد تضمنت ديباجة الميثاق العربي لحقوق الإنسان لسنة 2004م عبارات هامة تدل على مدى حرص الدول الأعضاء على احترام حقوق الإنسان بصفة عامة والحق في الصحة بصفة خاصة، حيث جاء في الديباجة " انطلاقاً من ايمان الأمة العربية بكرامة الإنسان الذي أعره الله منذ بدء الخليقة، وبأن الوطن العربي مهد الديانات وموطن الحضارات ذات القيم الإنسانية السامية التي أكدت حقه في حياة كريمة على أسس من الحرية والعدل والمساواة ".

---

1 نص المادة (11) من الإعلان الامريكي لحقوق وواجبات الإنسان لسنة 1948م.

2 نص المادة (16) من الميثاق الافريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام 1981م.

3 نص المادة (18) من الميثاق الافريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام 1981م.

ولقد كان لحق الإنسان في الصحة نصيب من الاهتمام في هذا الميثاق، حيث نصت المادة (9) منه على أنه " لا يجوز إجراء تجارب طبية أو علمية على أي شخص أو استغلال أعضائه دون رضائه الحر وادراكه الكامل للمضاعفات التي قد تنجم عنها، مع مراعاة للضوابط والقواعد الاخلاقية والإنسانية والمهنية والتقيد بالإجراءات الطبية الكفيلة بضمان سلامته الشخصية وفقاً للتشريعات النافذة في كل دولة طرف. ولا يجوز بأي حال من الأحوال الاتجار بالأعضاء البشرية ".

كما وتطرق هذا الميثاق الي حق كل انسان في التمتع الكامل بالصحة صراحة، حيث ألزم الدول الأطراف بأن تقر بحق كل فرد في المجتمع في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه، وكذلك حق كل مواطن في الحصول مجاناً على خدمات الرعاية الصحية الأساسية، وعلى مرافق علاج الأمراض دون أي نوع من أنواع التمييز.

كما وألزم الميثاق الدول الأطراف من أجل تفعيل الحق في الصحة أن تتخذ التدابير التالية[1]:

أ. تطوير الرعاية الصحية الأولية وضمان مجانية وسهولة الوصول إلى المراكز التي تقدم هذه الخدمات بصرف النظر عن الموقع الجغرافي أو الوضع الاقتصادي.

ب. العمل على مكافحة الأمراض وقائياً وعلاجياً بما يكفل خفض الوفيات.

ج. نشر الوعي والتثقيف الصحي.

د. مكافحة الممارسات التقليدية الضارة بصحة الفرد.

هـ. توفير الغذاء الأساسي ومياه الشرب النقية لكل فرد.

و. مكافحة عوامل التلوث البيئي وتوفير التصريف الصحي.

ز. مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية والتدخين والمواد الضارة بالصحة.

كما ألزمت المادة (40) من ذات الميثاق الدول الأطراف على ضرورة أن تتخذ كل التدابير اللازمة للحد من الاعاقات بكل السبل الممكنة، بما فيها برامج الصحة الوقائية ونشر الوعي والتثقيف، وأن توفر الدول الأطراف كل الخدمات الصحية المناسبة للأشخاص ذوي الاعاقات، بما فيها اعادة التأهيل لدمجهم في المجتمع، وأيضاً حث الميثاق الدول الأطراف أن تمكن الأشخاص ذوي الاعاقات من استخدام جميع مرافق الخدمة العامة والخاصة[2].

وتجدر الاشارة في هذا الصدد الي أن هناك العديد من الإعلانات العربية والاسلامية، قد تطرقت الي الحق في الصحة، نذكر منها **اعلان القاهرة حول حقوق الإنسان في الاسلام 1990م**، والذي

1 نص المادة (39) من الميثاق العربي لحقوق الإنسان لسنة 2004م.

2 راجع نص المادة (40) الفقرات 3، 5، 6 من الميثاق العربي لحقوق الإنسان لسنة 2004م.

نص صراحة في المادة (17) منه على "أ- لكل انسان الحق في أن يعيش في بيئة نظيفة من المفاسد والأوبئة الأخلاقية تمكنه من بناء ذاته معنوياً، وعلى المجتمع والدولة أن يوفرا له هذا الحق".

ب – لكل انسان على مجتمعه ودولته حق الرعاية الصحية والاجتماعية بتهيئة جميع المرافق العامة التي تحتاج اليها في حدود الامكانات المتاحة.

ج – "تكفل الدولة لكل انسان حقه في عيش كريم يحقق له تمام كفايته وكفاية من يعوله ويشمل ذلك المأكل والملبس والمسكن والتعليم والعلاج وسائر الحاجات الأساسية".

المبحث الثالث

الأساس الدستوري للحق في الصحة

إذا كانت المواثيق الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان قد أولت اهتماماً بالغاً بالحق في الصحة، ونظمته على الصعيدين الدولي والإقليمي، إلا أنها قد لا تكون كافية لضمان هذا الحق ما لم يرد النص عليه في صلب الدساتير، فإن تضمين الحقوق والحريات الأساسية للفرد في صلب الدستور لا سيما الحق في الصحة – وهو موضوع دراستنا– يمثل الضمانة الحقيقية والفاعلة لحماية تلك الحقوق والحريات، لذا فإن الاعتراف الدستوري للحق في الصحة يعد علامة هامة للقيم والالتزامات الوطنية، فهو يوفر بيئة داعمة له، ولا سيما في الدول متوسطة الدخل، فضلاً عن أنه يعد عامل نجاح وفاعل في الانفاذ القانوني للحق في الصحة.

وعلى الرغم من وجود التنظيم الدستوري للحق في الصحة في غالبية دساتير العالم، إلا أن هذا التنظيم لم يكن على ذات النهج والأهمية التي حظى بها هذا الحق في المواثيق والاتفاقيات الدولية والإقليمية، وهذا بدوره انعكس على طبيعة ونطاق الحماية المقررة لهذا الحق، حيث نجد أن الحماية قد تكون مباشرة إذا ما تم الاعتراف صراحة بهذا الحق في الوثائق الدستورية، وقد تكون غير مباشرة إذا لم يكن الاعتراف مباشراً وصريحاً، وعندئذ تكون الحماية مقررة من خلال استخلاصها من المناهج التفسيرية للنصوص الدستورية المتعلقة بالحقوق الأساسية الأخرى للإنسان.

ومن هنا تكمن أهمية هذا المبحث والذي من خلاله سنلقي الضوء على الحماية الدستورية للحق في الصحة في الدساتير محل المقارنة وبيان كيفية تنظيمها لهذا الحق بغية الوصول إلى النموذج الأمثل الذي يكفل تمتع وحماية الأفراد بهذا الحق، لا سيما في مواجهة المشرع الذي لا يتوقف دوره على سن التشريعات اللازمة لإعمال وضمان التمتع بهذا الحق، بل ويُمتنع عليه أيضاً أن يصدر أي تشريع يمس هذا الحق أو ينتهكه.

وعلى هدى ما تقدم سنقسم دراستنا لهذا المبحث إلى مطلبين على النحو التالي:

المطلب الأول: الحق في الصحة في الدساتير المقارنة.

المطلب الثاني: الحق في الصحة في القانون الأساسي الفلسطيني.

المطلب الأول

الحق في الصحة في الدساتير المقارنة

تتضمن الوثائق الدستورية في عدد من دول العالم إما نصوصاً موضوعية تكفل الحق في الصحة بشكل مباشر وصريح، الأمر الذي ييسر لجوء المواطنين إلى المحاكم لإنفاذ حقوقهم الدستورية. وقد تكون النصوص الدستورية جاءت لتكرس حقوقاً دستورية أخرى يتم التوسع في تفسيرها ليشمل الحق في الصحة، وهو ما يطلق عليه الاعتراف الدستوري غير المباشر بهذا الحق.

وبالرجوع إلى الوثائق الدستورية، يمكن القول بأن هناك عدداً من الدول اعترفت صراحة في دساتيرها المعاصرة بالحق في الصحة، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر، **دستور مملكة البحرين لسنة 2002م** الذي نص صراحة في المادة الثامنة منه على " أ–لكل مواطن الحق في الرعاية الصحية، وتعنى الدولة بالصحة العامة، وتكفل وسائل الوقاية والعلاج بإنشاء مختلف أنواع المستشفيات والمؤسسات الصحية. "ب–يجوز للأفراد والهيئات إنشاء مستشفيات أو مستوصفات أو دُور علاج بإشراف من الدولة، ووفقاً للقانون.

وكذلك **الدستور الدائم لدولة قطر لعام 2004م** حيث نصت المادة (23) منه على" تعنى الدولة بالصحة العامة، وتوفر وسائل الوقاية والعلاج من الأمراض والأوبئة وفقا للقانون".

وأيضاً **دستور سلطنة عُمان** (النظام الأساسي للدولة لسنة 1996م) والذي نص في المادة (12) منه على أن" تعنى الدولة بالصحة العامة وبوسائل الوقاية والعلاج من الأمراض والأوبئة، وتسعى لتوفير الرعاية الصحية لكل مواطن، وتشجع على إنشاء المستشفيات والمستوصفات ودور العلاج الخاصة بإشراف من الدولة ووفقاً للقواعد التي يحددها القانون. كما تعمل على المحافظة على البيئة وحمايتها ومنع التلوث عنها".

كما ونصت المادة (26) من ذات الدستور على أنه" لا يجوز اجراء أية تجربة طبية أو علمية على أي انسان بدون رضائه الحر".

كذلك نجد **الدستور العراقي لسنة 2005م** قد تناول الحق في الصحة في العديد من مواده، فقد نصت المادة (31) منه على أن" أولاً: لكل عراقي الحق في الرعاية الصحية، وتعنى الدولة بالصحة العامة، وتكفل وسائل الوقاية والعلاج بإنشاء مختلف أنواع المستشفيات والمؤسسات الصحية.

ثانياً: للأفراد والهيئات إنشاء مستشفيات أو مستوصفات أو دور علاج خاصة، وبإشراف من الدولة، وينظم ذلك بقانون".

كما وألزم الدستور العراقي الدولة بأن تكفل الضمان الاجتماعي والصحي للعراقيين في حال الشيخوخة أو المرض أو العجز عن العمل أو التشرد أو اليتم أو البطالة[1].

وقد فرض الدستور العراقي على الدولة العراقية رعاية المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة[2].وضرورة توفير العناية الطبية الخاصة بهم، كما ونصت المادة (33) من ذات الدستور على أن" أولاً: لكل فرد حق العيش في ظروف بيئية سليمة.

ثانياً: تكفل الدولة حماية البيئة والتنوع الاحيائي والحفاظ عليهما".

والتزاماً من الدستور العراقي بحقوق الإنسان وبأنها يجب أن تمنح للجميع دون تمييز فقد طال حتى الأشخاص المسجونين، حيث أكد الدستور على أنه لا يجوز الحبس أو التوقيف في غير الأماكن المشمولة بالرعاية الصحية والاجتماعية[3].

وأخيراً أشار الدستور إلى ضرورة أن يتم رسم السياسة الصحية العامة، بالتعاون مع الأقاليم والمحافظات غير المنتظمة في إقليم[4].

أما موقف الدستور المصري الصادر في 18 يناير عام 2014م من الحق في الصحة، والذي سنتناوله بشيء من التفصيل، فنجده قد اعترف صراحة وبشكل مباشر بالحق في الصحة، حيث أفرد لها نصاً دستورياً خاصاً ومستقلاً، فضلاً عن تناول المشرع الدستوري المصري هذا الحق بمناسبة الحديث عن حقوق أخرى واردة في صلب الدستور والتي تتعلق بفئة من الأفراد كالأطفال والعمال والأشخاص ذوي الاعاقة والمسنين على نحو ما سيأتي ذكره لاحقاً.

ويظهر جلياً النص صراحة على الحق في الصحة في الدستور المصر سالف الذكر في المادة (18) منه والتي قررت بأن" لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل.

وتلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن 3 % من الناتج القومي الإجمالي تتصاعد تدريجيا حتى تتفق مع المعدلات العالمية.

---

1 راجع نص المادة (30- ف2) من الدستور العراقي لعام 2005م.

2 راجع نص المادة (32) من الدستور العراقي لعام 2005م.

3 راجع نص المادة (19- فقرة12- ب) من الدستور العراقي لعام 2005م.

4 راجع نص المادة (114- ف5) من الدستور العراقي لعام 2005م.

وتلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطى كل الأمراض، وينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكاته أو إعفاءهم منها طبقاً لمعدلات دخولهم.

ويجرم الامتناع عن تقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل إنسان في حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة.

وتلتزم الدولة بتحسين أوضاع الأطباء وهيئات التمريض والعاملين في القطاع الصحي.

وتخضع جميع المنشآت الصحية، والمنتجات والمواد، ووسائل الدعاية المتعلقة بالصحة لرقابة الدولة، وتشجع الدولة مشاركة القطاعين الخاص والأهلي في خدمات الرعاية الصحية وفقاً للقانون".

ويتضح لنا من خلال النص الدستوري سالف الذكر أنه قد شكل اللبنة الأولى والبداية الحقيقية لدسترة الحق في الصحة بشكل مباشر، وبالتالي لا يمكن بأي حال من الأحوال انتهاك هذا الحق أو عدم الاعتراف به من قبل التشريع والقضاء وأعمال السلطات العامة.

وفي إطار تحليلنا لمضمون نص المادة (18) من الدستور المصري، يتبين لنا أن المشرع الدستوري قد منح هذا الحق لكل المواطنين المصريين دون تمييز فيما بينهم، ويستخلص ذلك من خلال عبارة النص التي أشارت إلى أنه" لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة،...."، كما وأن المشرع لم يحدد مضمون ومفهوم الصحة العامة، وذلك نجده أمراً طبيعياً، لأن دور المشرع الدستوري لا يتمثل بالتنظيم التفصيلي لأية مسألة ما ولا سيما الحقوق والحريات، وإنما يحيل أمر تنظيمه إلى القانون العادي لبيان حدوده التفصيلية، فواجب المشرع الدستوري يتمثل بجعل هذا الحق صالحاً للتمتع به في كافة المجالات في المنظومة القانونية للدولة والتي تؤثر بطبيعة الحال على هذا الحق، أما دور المشرع العادي يكمن في وضع الحلول المناسبة لمختلف الحالات التي قد يحدث فيها تعارض بين الحقوق عند ممارستها في الواقع العملي، وأن يحدد الأهداف التي يتعين تحقيقها من خلال حماية الحق في الصحة، وأن يحقق المواءمة بين هذا الحق وبين المصالح والقيم والمبادئ والحقوق الأخرى المعترف بها والمنصوص عليها دستورياً، ناهيك عن دوره في أن يقرر الضمانات الحقيقية للتمتع بهذا الحق أسوة بغيره من الحقوق الأخرى دون أن يترتب على التمتع بها مصادرة حقوق أخرى[1].

وأيضاً يتعين ألا يغيب عن أذهاننا دور الفقه والقضاء الدستوري في تحديد مفهوم ومضمون الحق في الصحة، حيث يتوجب على القضاء أن يقوم بتطبيق النصوص الدستورية التي يضعها المشرع تنفيذاً لواجبها الدستوري في حماية الحقوق والحريات، باعتبارها حامية للحقوق والحريات هذا من ناحية، ومن

1 د. عيد أحمد الحسبان، النظام الدستوري للحق في البيئة، المرجع السابق، ص289.

ناحية أخرى إلزام الإدارة بالوفاء بالتزاماتها التي يفرضها عليها القانون بمفهومه الواسع لجعل ممارسة هذا الحق والتمتع به حقيقية وفاعلة.

وبالرجوع إلى المادة (18) –سالفة الذكر–نجدها أيضاً قد حملت في طياتها العديد من الإيجابيات، ومع ذلك فقد اكتنفها أيضاً بعضاً من المثالب، فمن مميزات هذه المادة أنها نصت على ضمان الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية وفقاً لمعايير الجودة، كما واشارت إلى الانتشار الجغرافي العادل للخدمات الصحية، ويستخلص ذلك من عبارة "وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل".

ومن ايجابيات هذه المادة أيضاً أنها جعلت الامتناع عن تقديم العلاج بكافة أشكاله المختلفة لكل إنسان في حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة جريمة يعاقب عليها القانون، ويدخل مرتكبها في حومة المسئولية الجنائية، وبالتالي تكفل تعويض المجني عليه من الأضرار التي لحقت به من جراء هذا الفعل.

وأخيراً ألزم المشرع الدستوري المصري الدولة بتحسين أوضاع الأطباء وهيئات التمريض وجميع العاملين في القطاع الصحي، وهذا اتجاه محمود للمشرع، كونه يؤدي في نهاية المطاف إلى ضمان أداء العاملين في القطاع الصحي بانتظام وبكفاءة عالية، الأمر الذي يؤدي إلى تطور المنظومة الصحية بأسرها.

أما من مثالب المادة (18) أنها نصت على إلزام الدولة بإقامة تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض، على أن ينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكاته أو إعفاءهم منها طبقاً لمعدلات دخولهم، وفي اعتقادنا أنه كان يتعين على المشرع الدستوري النص على أن يكون التأمين الصحي اجتماعي، لأن ذلك يعنى أنه سيكون غير هادف للربح.

ومن المثالب أيضاً أن المشرع الدستوري قد تجاهل دور النقابات ومنظمات المجتمع المدني المعنية بالصحة، ودورها في المشاركة في وضع السياسات الصحية والرقابة على أداء المنظومة الصحية، وذلك حتى لا تكون الدولة هي من تراقب نفسها، وأخيراً فقد أشارت هذه المادة بالتزام الدولة بتخصيص نسبة من الانفاق الحكومي للصحة لا تقل عن 3% من الناتج القومي الاجمالي تتصاعد تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية، علماً بأن النسبة التي يتعين أن تلتزم بها جمهورية مصر العربية طبقاً للاتفاقيات الدولية هي 15% من الموازنة العامة للدولة، وهذا ما لم يحققه النص الدستوري الحالي.

والحق في الصحة في الدستور المصري لم يقتصر تناوله على ما نصت عليه المادة (18) فحسب، بل قد أشار المشرع الدستوري إلى هذا الحق بشكل غير مباشر أيضاً في مواطن عدة في صلب الدستور، فقد نصت المادة (13) منه على أن" تلتزم الدولة بالحفاظ على حقوق العمال، .... وتعمل على حماية العمال من مخاطر العمل وتوافر شروط الأمن والسلامة والصحة المهنية،".

كما وبين الدستور أن لكل فرد الحق في بيئة صحية سليمة، وحمايتها واجب وطني، وألزم الدولة باتخاذ التدابير اللازمة للحفاظ عليها وعدم الإضرار بها والاستخدام الرشيد للموارد الطبيعية[1].

ونصت المادة (60) من ذات الدستور على أنه" لجسد الإنسان حرمة، والاعتداء عليه، أو تشويهه، أو التمثيل به، جريمة يعاقب عليها القانون. ويحظر الإتجار بأعضائه، ولا يجوز إجراء أية تجربة طبية، أو علمية عليه بغير رضاه الحر الموثق، ووفقا للأسس المستقرة في مجال العلوم الطبية، على النحو الذى ينظمه القانون".

كما ونصت المادة (61) أيضاً على أن" التبرع بالأنسجة والأعضاء هبة للحياة، ولكل إنسان الحق في التبرع بأعضاء جسده أثناء حياته أو بعد مماته بموجب موافقة أو وصية موثقة، وتلتزم الدولة بإنشاء آلية لتنظيم قواعد التبرع بالأعضاء وزراعتها وفقاً للقانون".

وأشار الدستور أيضاً إلى ضرورة توفير السكن الملائم والآمن والصحي، بما يحفظ الكرامة الإنسانية ويحقق العدالة الاجتماعية[2].

وكذلك نصت المادة (79) من الدستور على أن " لكل مواطن الحق في غذاء صحي وكاف، وماء نظيف، وتلتزم الدولة بتأمين الموارد الغذائية للمواطنين كافة. كما تكفل السيادة الغذائية بشكل مستدام، وتضمن الحفاظ على التنوع البيولوجي الزراعي وأصناف النباتات المحلية للحفاظ على حقوق الأجيال".

كما وفرض الدستور على الدولة العناية بالأطفال، وضرورة تقديم التطعيم الاجباري مجاناً، وتوفير الرعاية الصحية والأسرية أو البديلة، إضافة إلى التغذية الأساسية للطفل[3].

كما وألزم الدستور أيضاً الدولة بالعناية بالمعاقين والأقزام وضرورة توفير الرعاية الطبية الخاصة لهم[4]، وأوجب أيضاً بضرورة ضمان الدولة لحقوق المسنين صحياً واقتصادياً واجتماعياً وثقافياً وترفيهياً[5].

وخلاصة القول إن الدستور المصري لعام 2014م يعد من نماذج الدساتير التي نصت صراحة وبشكل مباشر على الحق في الصحة، وهذا ما ظهر جلياً لنا من خلال استعراض نص المادة (18) وهو يعد الأساس الدستوري لحماية هذا الحق، فضلاً عن أن المشرع الدستوري المصري قد أشار الى هذا الحق بشكل غير مباشر في مواضع عدة على النحو الذي ذكرناه آنفاً، ومن ثم يبقى دور المشرع العادي في تعزيز هذه الحماية، وبيان مدى التزامه بالحدود والنطاق الفعلي من الحماية والتي أقرها المشرع الدستوري،

1 راجع نص المادة (46) من الدستور المصري لعام 2014م.
2 راجع نص المادة (78) من الدستور المصري لعام 2014م.
3 راجع نص المادة (80) من الدستور المصري لعام 2014م.
4 راجع نص المادة (81) من الدستور المصري لعام 2014م.
5 راجع نص المادة (82) من الدستور المصري لعام 2014م.

الأمر الذي يحتم عليه عدم مخالفة التشريع لما جاء في الدستور، وإلا كان محلاً للإلغاء أو الامتناع عن تطبيقه.

المطلب الثاني

الحق في الصحة في القانون الأساسي الفلسطيني

ذكرنا أنفاً أن دساتير دول العالم قد تتضمن إما نصوصاً موضوعية تكفل الحق في الصحة بشكل مباشر وصريح، أو نصوصاً تكرس حقوقاً دستورية أخرى، ولكن يتم التوسع في تفسيرها ليشمل الحق في الصحة، أو ما يطلق عليه الاعتراف الدستوري غير المباشر بهذا الحق.

ويعد القانون الأساسي الفلسطيني المعدل لسنة 2003م وتعديلاته نموذجاً للنظم الدستورية التي لم تنص صراحة وبشكل مباشر على الحق في الصحة، الأمر الذي يقودنا إلى البحث عن الإرادة الضمنية للمشرع الدستوري من خلال القراءة المتأنية والمتروية للنصوص الدستورية ذات العلاقة بالأهداف الاجتماعية والاقتصادية من خلال عملية التفسير بكافة مناهجه، أو عن طريق ربط النصوص الدستورية ببعضها البعض، بغية استخلاص أساس دستوري لحماية الحق في الصحة، استناداً لمنطق الحاجات الاجتماعية لكون النظام القانوني ما هو إلا انعكاس لتلك الحاجات، فضلاً عن أن القواعد القانونية المشكلة لهذا النظام ما هي إلا مرآة تعكس واقع المجتمع بكافة حاجاته، لا سيما الحاجات الاجتماعية[1].

وعطفاً على ما سبق فإن الحماية الدستورية الضمنية للحق في الصحة لا يمكن الوقوف عليها إلا من خلال تحديد وفهم عميق لمشتملات النظام العام للدولة، فبغير هذا التحديد يصعب الوقوف على النظام الدستوري.

وبالرجوع إلى القانون الأساسي الفلسطيني المعدل لسنة 2003م وتعديلاته، وبمطالعة الباب الثاني منه والمتعلق" بحقوق الفلسطينيين وحرياتهم" في المواد (9-33)، يتضح لنا أن المشرع الدستوري الفلسطيني لم يتناول الحق في الصحة بشكل مباشر، ولم يشر إليه ضمن مادة مستقلة، وإنما أشار إليه من خلال تناوله للحقوق الأخرى مثل الحق في العمل، ورعاية الأمومة والطفولة، وخدمات التأمين الصحي والاجتماعي، والتجارب الطبية والعلمية.

ويثور في هذا الصدد تساؤلات عدة وهي **هل يعني عدم نص المشرع الدستوري الفلسطيني على هذا الحق صراحة وبشكل مباشر في صلب الدستور اهداره لهذا الحق وتجاهله لهذه القيمة الاجتماعية الإنسانية؟ وكيف يمكن التسليم بقيام هذا الحق دون اعتراف دستوري صريح ومباشر به؟ وكيف يمكن ايجاد أساس**

1 راجع في ذات المعنى: د. عيد أحمد الحسبان، المرجع السابق، ص293.

دستوري يلتزم به المشرع العادي عند تنظيمه للحق في الصحة، لا سيما وأنه يوجد قانون لحماية الصحة العامة وهو القانون رقم(20) لسنة 2004م؟

بداية لا يمكن نفي أي قيمة دستورية لهذا الحق على الرغم من عدم نص المشرع الدستوري لهذا الحق في صلب الدستور، وذلك لأن المشرع دائماً ما يكرس الحقوق والحريات الفردية والجماعية بمختلف أنواعها السياسية والاجتماعية والثقافية والفكرية والاقتصادية، وبالتالي لن يكون لهذا التكريس أي قيمة حقيقية ما لم تكن صحة الإنسان البدنية والنفسية والعقلية قادرة على الاستفادة من التمتع بالحقوق والحريات والدستورية.

أما فيما يتعلق بالأساس الدستوري الذي يمكن الاستناد إليه للقول بوجود الحماية الدستورية غير المباشرة للحق في الصحة، فيتعين اللجوء أولاً إلى التفسير كوسيلة فاعلة للوصول إلى إرادة المشرع الضمنية، وثانياً يمكن الاستناد إلى النصوص الدستورية المنظمة للحقوق والحريات العامة، لا سيما الشخصية.

وفيما يتعلق بوسيلة التفسير فإنه من المسلم به والبديهي إقرار عدم فائدة الرجوع إلى دلالة المنطوق للقول بالحماية الدستورية للحق في الصحة في فلسطين، ذلك لغياب النص الدستوري الذي يتناول الحق هذا الحق صراحة وبشكل مباشر، وهذا ما يدفعنا إلى الاستناد إلى دلالة المفهوم للنصوص الدستوري التي تناولت الحقوق والحريات في القانون الأساسي الفلسطيني، فمثلاً نجد أن المشرع الدستوري نص في المادة (16) على أنه" لا يجوز إجراء أي تجربة طبية أو علمية على أحد دون رضاء قانوني مسبق، كما لا يجوز إخضاع أحد للفحص الطبي أو للعلاج أو لعملية جراحية إلا بموجب قانون. وينظم القانون أحكام نقل الأعضاء وغيرها من مستجدات التقدم العلمي للأغراض الإنسانية المشروعة".

وكذلك نص المادة (22) من ذات القانون التي تقضي بأن"1-ينظم القانون خدمات التأمين الاجتماعي والصحي ومعاشات العجز والشيخوخة.2-رعاية أسر الشهداء والأسرى ورعاية الجرحى والمتضررين والمعاقين واجب ينظم القانون أحكامه، وتكفل السلطة الوطنية لهم خدمات التعليم والتأمين الصحي والاجتماعي".

وأيضاً نص المادة (2/25) من القانون الأساسي الذي يقرر بأن" تنظم علاقات العمل بما يكفل العدالة للجميع ويوفر للعمال الرعاية والأمن والرعاية الصحية والاجتماعية،...".

إن هذه النصوص الدستورية آنفة الذكر تشكل الأساس الدستوري لحماية الحق في الصحة، والذي يعد من الحقوق الاجتماعية التي تفرض على الدولة التزامات ايجابية تتمثل بكافة الأعمال والنشاطات التي يتعين على الدولة القيام بها من أجل توفير الصحة والسلامة العامة للأفراد بما في ذلك اتخاذ كافة الوسائل اللازمة للوقاية من انتشار الأوبئة والأمراض واتخاذ ما يلزم لمكافحتها في حال وقوعها، كما أن هذا الحق يفرض على الدولة التزامات سلبية تتمثل بعدم قيام الدولة بأي عمل من شأنه أن يؤدي إلى هدر ضمانات الصحة العامة للأفراد.

نخلص مما تقدم أنه على الرغم من أهمية تكريس الحماية الدستورية غير المباشرة للحق في الصحة، إلا أن الاعتراف الدستوري الضمني لهذا الحق وربطه بالحقوق الدستورية المحمية بشكل صريح يعد اعترافاً غير كاف، وذلك نظراً لضيق هذه الحماية كونها تعتمد على إرادة مفسر النصوص الدستورية ذات العلاقة بالحقوق الدستورية المحمية مباشرة، وبالتالي قد يعترف بها في وقت معين، وقد يتنكر لها في وقت لاحق في الدول التي لا تأخذ بفكرة الرقابة المركزية على دستورية القوانين، أو التي تأخذ بفكرة السوابق القضائية، وعليه يمكن القول بأن هذه الحماية قاصرة وجزئية، لأنها تهدف في حقيقة الأمر إلى حماية النصوص الدستورية المنصوص عليها، وليست حماية الحق في الصحة كقيمة دستورية مستقلة عن تلك الحقوق.

ويرى الباحث ضرورة أن يتضمن القانون الأساسي الفلسطيني لسنة 2003م وتعديلاته نصاً مستقلاً يقرر صراحة وبشكل مباشر الحق في الصحة، باعتباره أحد الحقوق الأساسية للإنسان، وبالتالي سيتحقق لهذا الحق شأنه في ذلك شأن الحقوق الأخرى الواردة في صلب القانون الأساسي العديد من المميزات والآثار القانونية التالية[1]:

1- إن الحق في الصحة سيكون له ذات القيمة الدستورية التي تتمتع بها النصوص الدستورية، فضلاً عن تمتعه بالثبات والاستقرار الذي تتمتع به النصوص الدستورية والمتمثلة في عدم المساس بهذا الحق إلا طبقاً للإجراءات اللازمة دستورياً لتعديل الدستور، وهي إجراءات مطولة ومعقدة تشكل ضمانة في حد ذاتها.

2- إن النصوص المتعلقة بحقوق الإنسان والواردة في الدستور لا سيما الحق في الصحة هي نصوص دستورية تسمو بذلك عن النصوص القانونية الأخرى التي تصدر عن السلطة التشريعية، وبالتالي يتعين على كافة السلطات في الدولة عند ممارستها لاختصاصاتها أن تلتزم بتلك النصوص الدستورية وتعمل على مقتضاها بما يضمن عدم المساس بها أو مخالفتها أو تعديلها من خلال النصوص القانونية الأدنى مرتبة منها.

3- إن إقرار الحق في الصحة دستورياً من شأنه أن يساعد في تكملة النقص وسد الثغرات والغموض الذي يشوب التشريعات والقوانين المتعلقة بالصحة، فذلك الحق لا ينفذ بذاته فنفاذه يتطلب تدخل المشرع لتحديد إطار هذا الحق وضوابط مباشرته من قبل الأفراد.

4- إن الاعتراف الدستوري الصريح والمباشر للحق في الصحة يمنح الأفراد وكذلك منظمات الصحة غير الحكومية الأساس القانوني للدفاع عن الصحة، والتصدي لكافة المشروعات والنشاطات التي توثر على صحة الإنسان، وذلك حتى لو تقاعست الدولة عن إصدار القوانين اللازمة لحماية الصحة.

---

1 راجع في ذلك كلا من: د. شريف يوسف خاطر، الحماية الدستورية لمبدأ الكرامة الإنسانية، دراسة مقارنة، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية،2008-2009م، ص49 وما بعدها؛ د. أميرة عبد الله بدر، المرجع السابق، ص11 وما بعدها.

5- دور المحكمة الدستورية العليا الهام في حماية نصوص الدستور بصفة عامة، والنصوص المتعلقة بحقوق الإنسان بصفة خاصة، حيث تتولى المحكمة الرقابة على دستورية القوانين واللوائح والأنظمة وغيرها، فإذا صدر قانون عن السلطة التشريعية وكان مشوب بعيب الدستورية لمخالفته لنصوص الدستور المتعلقة بحماية حق الإنسان في الصحة أو غيره من النصوص الدستورية، فإن المحكمة الدستورية ستقضي بعدم دستورية القانون لمخالفته النص الدستوري، ويترتب على هذا الحكم وقف العمل بالقانون المقضي بعدم دستوريته من اليوم التالي لنشر الحكم بالجريدة الرسمية وامتداد الأثر الرجعي للحكم إلى يوم صدور القانون.

6- أنه من خلال تصدي المحكمة الدستورية العليا في الفصل في دستورية القوانين المطعون عليها والمتعلقة بمبادئ حقوق الإنسان، ستتمكن في حدود اختصاصها من تفسير الحقوق والحريات المنصوص عليها بالدستور واستخلاص مجالها ومداها وما يتصل بها من حقوق أخرى قد يكون غير منصوص عليها ولكن تحتويها تلك الحقوق والحريات في حدود مضامينها المستقرة دولياً.

7- إن اختصاص المحكمة الدستورية العليا بتفسير النصوص التشريعية بقرارات ملزمة سيضمن كذلك أن يتم تفسير النصوص التشريعية المتعلقة بحقوق الإنسان وحرياته إذا لزم الأمر في ضوء النصوص الدستورية المنظمة لها، وذلك وفقاً للإجراءات والقواعد المقررة في هذا الشأن، وهو الأمر الذي سيتوفر به استقرار التطبيقات القضائية لتلك الحقوق والفصل في المنازعات الدائرة حولها من خلال القرارات التفسيرية للنصوص التشريعية التي قد تصدرها المحكمة الدستورية وتلزم بتطبيقها الجهات والهيئات القضائية عند ممارستها لاختصاصاتها.

الخاتمة

وبعد الانتهاء-بعون الله – من استعراض جوانب البحث المختلفة، توصل الباحث إلى مجموعة من النتائج والتوصيات، وهي على النحو التالي:

أولاً: النتائج

1. يعتبر الحق في الصحة من الحقوق الأساسية الاجتماعية التي تتضمنها قوانين حقوق الإنسان، وهو حق ذو بعدين **أولهما** البعد الفردي ويتمثل في حماية كيان الفرد سواء تعلق الأمر بحماية حياته أو سلامته البدنية والنفسية والعقلية، أما البعد **الثاني** فهو البعد الجماعي والذي يتمثل بالالتزامات التي يفرضها هذا الحق على الدولة لتأمين الصحة العامة لجميع المواطنين.
2. يرتبط الحق في الصحة في علاقة تبادلية وبصورة مباشرة مع العديد من الحقوق الأخرى، ذلك أن أي حق من حقوق الإنسان وبغض النظر إلى الجيل الذي ينتمي إليه يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحق في الصحة.

3. الحق في الصحة يعد من الحقوق التي يعتد بحمايتها لكافة الأفراد بغض النظر عن رابطتهم القانونية أو انتماءاتهم السياسية أو أصولهم العرقية أو أي سبب آخر.
4. الحق في الصحة يحظى بالاعتراف في العديد من المواثيق الدولية والإقليمية، كما وقد تم النص عليه في غالبية دساتير العالم.
5. لا ينبغي فهم الحق في الصحة على أنه الحق في التمتع بصحة جيدة فحسب، بل هو حق شامل يشمل المقومات الأساسية للصحة مثل الحصول على مياه الشرب المأمونة والإصحاح المناسب، والإمداد الكافي بالغذاء الآمن والتغذية والمسكن، وظروف صحية للعمل والبيئة، والحصول على التوعية والمعلومات فيما يتصل بالصحة، بما في ذلك ما يتصل منها بالصحة الجنسية والإنجابية.
6. تتضمن الوثائق الدستورية في عدد من دول العالم إما نصوصاً موضوعية تكفل الحق في الصحة بشكل مباشر وصريح، الأمر الذي ييسر لجوء المواطنين إلى المحاكم لإنفاذ حقوقهم الدستورية. وقد تكون النصوص الدستورية جاءت لتكرس حقوقاً دستورية أخرى يتم التوسع في تفسيرها ليشمل الحق في الصحة، وهو ما يطلق عليه الاعتراف الدستوري غير المباشر بهذا الحق.
7. إن الاعتراف الدستوري الصريح بالحق في الصحة يحقق العديد من المميزات، فهو يشكل قيداً على المشرع العادي، من خلال التزام الأخير بحدود الإرادة الصريحة للمشرع الدستوري، عندما يتولى عملية سن القوانين المنظمة لهذا الحق والتي تبين الأحكام التفصيلية له، كما وأنه يعد ضمانة حقيقية وفاعلة لحماية هذا الحق، فضلاً عن أنه يعد عامل نجاح وفاعل في الانفاذ القانوني للحق في الصحة.

ثانياً: التوصيات:

1. ضرورة وضع تعريف دقيق ومحدد للحق في الصحة، وذلك لأن التعريف الذي قدمه المجتمع الدولي قد يكون مبالغ فيه، لأنه من الصعب الالتزام به والعمل به لا سيما في دول العالم الثالث.
2. يتعين العمل على خلق وعي عام قوي ومؤثر يستطيع أن يساهم في عملية تطوير الحق في الصحة في فلسطين على النحو الموجود في الدول الديمقراطية المتقدمة، باعتباره حق انساني أساسي لا يمكن الاستغناء عنه، ويكون ذلك من خلال العمل على تنمية الوعي السياسي والاجتماعي للشعب عن طريق رفع الثقافة وتطوير التعليم لديهم، وضرورة مشاركتهم في الحكم عن طريق التعبير عن آرائهم بكافة وسائل الاتصال الجماهيرية المختلفة.
3. تعزيز التعاون مع كافة وسائل الإعلام المحلية والعالمية، نظراً لدورها الفعال في توعية الفرد بالحق في الصحة.
4. ضرورة أن يتضمن القانون الأساسي الفلسطيني لسنة 2003م وتعديلاته نصاً مستقلاً يقرر صراحة وبشكل مباشر الحق في الصحة، باعتباره أحد الحقوق الأساسية للإنسان، وبالتالي سيتحقق لهذا الحق

شأنه في ذلك شأن الحقوق الأخرى الواردة في صلب القانون الأساسي العديد من المميزات والآثار القانونية الهامة على نحو ما ذكرناه في ثنايا هذا البحث.

المراجـع

أولاً: القران الكريم

1- سورة القصص الآية (63).

ثانياً: معاجم وقواميس اللغة العربية

1- أبو بكر محمد بن الحسين بن دريد الأزدي، جمهرة اللغة، تحقيق رمزي منير بعلبكي، الجزء الأول، الطبعة الأولى، دار العلم للملايين، بيروت، 1987م.

2- العلامة ابن منظور، لسان العرب، ج1، طبعة دار المعارف، القاهرة، مصر، دون سنة نشر.

3- المعجم الوجيز، مجمع اللغة العربية، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، مصر، 2011م.

ثالثاً: المؤلفات العامة والمتخصصة

1- د. احسان علي محاسنة، البيئة والصحة العامة، ط2، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمّان، الأردن،1994م.

2- د. حسن كيرة، المدخل إلى القانون، ط5، منشأة المعارف، الاسكندرية، 1974م.

3- د. شريف يوسف خاطر، الحماية الدستورية لمبدأ الكرامة الإنسانية، دراسة مقارنة، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية،2008-2009م.

4- علي بن محمد على الزين الشريف، التعريفات، الجزء الأول، ط1، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان،1983م.

5- د. علي خطار شطناوي، الوجيز في القانون الإداري، ط1، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع، عمّان، الأردن، 2003م.

6- د. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمّان، الأردن، 2008م.

7- د. محمد عبد الرؤوف المناوي، التوقيف على مهمات التعاريف، تحقيق د. محمد رضوان الداية، ط1، دار الفكر المعاصر، بيروت، المجلد الأول، 1990م.

8- د. محمد فتحي الدريني، الحق ومدى سلطان الدولة في تقييده، نظرية التعسف في استعمال الحق بين الشريعة والقانون، مؤسسة الرسالة، دمشق، 1967م.

9- د. محمد فريد وجدي، موسوعة دائرة معارف القرن العشرين، ط3، دار المعرفة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1961م.

10- د. محمد نصر الدين منصور، المدخل للقانون، النظرية العامة في الحقوق، الجزء الأول، مكتبة الرسالة الدولية للطباعة والكمبيوتر، 1999-2000م.
11- د. مصطفى أحمد الزرقا، المدخل إلى نظرية الالتزام في الفقه الاسلامي، ط1، دار القلم، دمشق، 1999م.
12- د. نزيه محمد الصادق المهدي، المدخل لدراسة القانون، نظرية القانون ونظرية الحق، المؤسسة الفنية للطباعة والنشر، 2005م.

رابعاً: الدوريات والبحوث

1- اسحاق بلقاضي، بحث بعنوان" الصحة كحق من حقوق الإنسان في القانون الدولي"، منشور بمجلة جيل حقوق الإنسان، العدد 6و7 مايو، أكتوبر 2015م.
2- د. أميرة عبد الله بدر، بحث بعنوان" الأساس الدستوري لالتزام جهة الإدارة بالتدخل الوقائي لحماية البيئة، منشور بمجلة البحوث القانونية والاقتصادية، كلية الحقوق، جامعة المنصورة، العدد 51، أبريل 2012.
3- بحث بعنوان" الحق في السكن الملائم في المواثيق الدولية لحقوق الإنسان، صادر عن المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، سلسلة التثقيف في ميدان الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية(2)، دون سنة نشر.
4- د. عيد أحمد الحسبان، بحث بعنوان" النظام الدستوري للحق في البيئة في النظم الدستورية"، دراسة تحليلية مقارنة، منشور بمجلة دراسات، علوم الشريعة والقانون، المجلد 38، العدد 1، 2001م.
5- د. محمد عبد الله محمد الركن، بحث بعنوان" التنظيم الدستوري للحقوق والحريات العامة"، منشور بمجلة الشريعة والقانون، كلي الشريعة والقانون، جامعة الإمارات العربية المتحدة، العدد الثامن، نوفمبر،1994م.
6- د. واثق عبد الكريم حمود، بحث بعنوان" حق الإنسان في الصحة في القانون الدولي"، منشور بمجلة جامعة تكريت للعلوم القانونية، السنة (7)، العدد (26)، حزيران 2015م.

خامساً: التقارير والتعليقات الدولية

1- التعليق العام رقم(14) بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، الصادر عن اللجنة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في دورتها الثانية والعشرون، سنة 2000م.
2- التعليق العام رقم(4) للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في دورتها السادسة عام 1991م، المادة 11 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966م.

3- التعليق العام رقم(6) للجنة المعنية بحقوق الإنسان في دورتها السادسة عشر عام1982م، المادة(6) من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية.

سادساً: المواقع الإلكترونية

1- الأمم المتحدة، المفوضية السامية لحقوق الإنسان، المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان، 14-2 حزيران/يونيو عام 1993م، فيينا، النمسا، منشور على الرابط التالي:
http://www.ohchr.org/AR/AboutUs/Pages/ViennaWC.aspx

2- د. ابراهيم شعبان، بحث بعنوان" الحق في الحياة في الأراضي الفلسطينية المحتلة"، منشور على الرابط التالي:
http://freeopinionpalestine.blogspot.com/2011/11/blog-post_328.html

3- مكتبة حقوق الإنسان، إعلان وبرنامج عمل فيينا لعام 1993م منشور على الرابط التالي:
http://www.ohchr.org/AR/AboutUs/Pages/ViennaWC.aspx

4- مكتبة حقوق الإنسان، الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، منشور على الرابط التالي: http://hrlibrary.umn.edu/arabic/SGrighttohealth.html

5- منظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، منشور على الرابط التالي:
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/ar/

6- الوحدة رقم (14) الحق في الصحة منشور على الرابط التالي:
http://hrlibrary.umn.edu/arab/circleofrights.html

المعالجة التشريعية للقوانين المتعلقة بالحقوق الصحية ومدى انسجامها والمعايير الدولية

أ.محمد عوض أحمد التلباني

ماجستير قانون عام

الملخص

يحتل الحق في الصحة مكانة هامة بين حقوق الإنسان الأساسية؛ التي عُنيت بها المواثيق والإعلانات الدولية، وكرسَّت لها العديد من الاتفاقيات والقرارات؛ بهدف تقرير معايير دولية واضحة وعملية؛ تعترف بحقوق صحية متكاملة، وتحدد التزامات الدول، وتحترم حقوق المريض المختلفة، وهو ما تناولته الدراسة، والتي سعت أيضاً للبحث في الإطار الدستوري الفلسطيني للحقوق الصحية، سواء نطاق الحماية الدستورية أو ضمانات تطبيقها، وكذا انعكاس ذلك الإطار على المعالجة التشريعية الواردة في القوانين ذات الصلة بالصحة، وتوافقها مع المعايير الدولية سواء بالاحترام لحقوق المريض، أو توافقها مع المستجدات العلمية، وغيرها من القضايا؛ التي تبين للباحث من خلالها ضعف الإطار الدستوري للحقوق الصحية وافتقاره لضمانات احترامها، وعدم انسجام القوانين الناظمة للصحة مع المعايير الدولية، ما يستلزم تدخل المشرع لتدارك النقص والخلل التشريعي والدستوري ولإزالة التعارض، وتوسيع نطاق الحماية للحقوق الصحية وضمان تطبيقها، وغيرها من التوصيات التي تضمنتها خاتمة الدراسة .

Abstract

The right to health is one of the most important rights among other basic human rights stipulated in the international conventions, declarations, agreements and resolutions. Such conventions were made in order to develop clear and practical international standards that identify integrated health rights of all human beings and define the obligations of countries, and respect the various rights of patients. Such topics are the domain of this study. It also sought to discuss the Palestinian constitutional framework for health rights, the scope of constitutional protection and the guarantees of its application. This is in addition to the reflections of such framework on the legislative treatment contained in the health-related laws and their conformity with international standards, both in its respect for the rights of the patient, or in its compatibility with the scientific developments as well as to other of issues. The researcher concluded that there are weak points in the constitutional framework of health rights. It lacks of guarantees of respect and applicability. The laws regulating health issues lack harmony with international standards that requires the intervention of the legislature

to remedy the shortage of legislative and constitutional imbalance, to remove the conflict, and to expand the scope of protection of health rights, and ensure their application. This is in addition to other recommendations that were included in the conclusion of the study.

المقدمة

موضوع الدارسة:

درجت الدساتير الحديثة على تقرير وضمان الحقوق والحريات العامة في صلب الوثيقة الدستورية، بوضع مبادئ دستورية سامية، يتقيد بها المشرع العادي عند تنظيمه لتلك الحقوق، بشكل يتوافق مع المعايير الدولية، التي ارستها المواثيق والإعلانات الدولية، والتي كان لها دور كبير في إبراز المفهوم الواسع للحق في الصحة، كأحد أهم حقوق الإنسان الأساسية، وتقرير مبادئ ومعايير والتزامات هامة لضمان التطبيق الكامل لهذا الحق.

وقد اتبع المشرع الفلسطيني ذات النهج في القانون الأساسي المعدل، عندما نص في باب مستقل منه على جملة من الحقوق والحريات العامة؛ ومن بينها بعض جوانب الحقوق الصحية وفق معالجات وصياغة، كان لها كبير الأثر على خطة المشرع في قانون الصحة العامة عند تنظيمه للحقوق الصحية، وغيرها من القوانين.

وهو ما استرعى انتباه الباحث نحو الخوض في الإطار الدستوري والتشريعي الفلسطيني المنظم للحقوق الصحية، وكفايته للوصول لتمتع المواطن بحقوق صحية كاملة، وضمان حقوق الإنسان المتصلة بها، وبمسؤولية قانونية شاملة، وتوافق ذلك الإطار مع المبادئ الدستورية والمعايير الدولية، وفي ضوء التجارب القانونية المقارنة والفضلى.

تساؤلات الدراسة: تسعى الدراسة للبحث في مدى كفاية النصوص الدستورية والتشريعية الفلسطينية لضمان الحقوق الصحية بشكل ينسجم مع المعايير الدولية، وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات الآتية: –أين يكمن موضع الحق في الصحة بين أحكام القانون الأساسي الفلسطيني؟

- ما هي المعايير الدولية التي تعترف بالحقوق الصحية وتضمن التطبيق الكامل لها؟
- هل نالت حقوق المريض الاهتمام اللازم من المشرع الفلسطيني بالاعتراف والضمان، وبما يتوافق مع الحماية الدولية لحقوق الإنسان ومعاييرها؟
- كيف نظم المشرع الفلسطيني حالات الخروج عن مبدأ الحرية، وعدم التدخل المتصلة بالحقوق الصحية، وخاصة خلال العمل الطبي؟
- هل وفق المشرع الدستوري الفلسطيني في تقرير دور ومسؤولية واضحة على السلطة التنفيذية تضمن تمتع الأفراد بالحقوق الصحية بشكل كامل؟

- هل تواكب المعالجة التشريعية الفلسطينية الناظمة للحقوق الصحية التطورات العلمية، والمعايير والالتزامات الدولية والتجارب القانونية الفضلى؟

أهداف الدراسة: تسعى الدراسة للوصول لأفضل إطار تشريعي ودستوري يضمن الحقوق الصحية للمواطن الفلسطيني، دون تمييز أو انتقاص، ودون عراقيل أو أعباء مالية غير مناسبة، وبشكل يتوافق مع المعايير الدولية ومبادئ حقوق الإنسان، وكذا إثراء الفقه القانوني الفلسطيني، وزيادة الوعي المجتمعي بالمبادئ والمعايير الواجب احترامها والمتصلة بالحقوق الصحية في فلسطين.

أهمية الدراسة: تنبع أهمية هذه الدراسة في تناولها لأحد أهم الحقوق الأساسية للإنسان؛ وهو الحق في الصحة، الذي يشكل المدخل الأساسي للتمتع بباقي الحقوق والحريات الأخرى، وأي انتقاص من هذا الحق يعرض حياة الأفراد وسلامتهم البدنية والنفسية وحقوقهم وحرياتهم المختلفة للانتقاص.

منهجية الدراسة: سيعتمد الباحث على المنهج التحليلي منهجاً أساسياً للدراسة، بتحليل النصوص القانونية ذات العلاقة؛ سواء الواردة في القانون الأساسي الفلسطيني، أو في قانون الصحة العامة وغيرها من القوانين، ومع الاستعانة بالمنهج المقارن عند الحاجة، وبالآراء الفقهية والسياسات التشريعية الدولية والداخلية المقارنة بما يثري الدراسة.

خطة الدراسة: تنقسم الدراسة إلى مقدمة ومبحثين وخاتمة تتضمن النتائج والتوصيات، نتناول في المبحث الأول: الحق في الصحة في التشريعات الفلسطينية، والمبحث الثاني: مدى انسجام الحق في الصحة في القانون الفلسطيني والمعايير الدولية.

المبحث الأول

الحق في الصحة في التشريعات الفلسطينية

ارتبطت الصحة العامة خلال حقب زمنية طويلة بمفهوم ضيق يتصل بوجود المرض وبالأخص مواجهة الأوبئة، بما تحمله من تهديد للاستقرار في المجتمع ، استمر ذلك حتى الدعوة لأن تكون الصحة حق للفرد، في مجتمع أكثر انصافاً وتخصيص مؤسسات صحية، بعد الزام الدولة الحديثة بكفالة الحق في الصحة[1]، بما يتوافق مع المبادئ الدستورية والمعايير التي قررتها المواثيق الدولية [2]، ابتداءً من الاعتراف بهذا الحق من قبل منظمة الصحة العالمية، والتي عرف

[1] أي تهديد الأمراض والأوبئة للأمن العام والنظام العام، لذا انيطت الخدمات الصحية في بدايات التنظيم القانوني والإداري للصحة العامة بوزارة الداخلية، تجسيداً لارتباطها بالأمن – وخاصة خلال الاستعمار الأجنبي للبلاد العربية. أنظر: اليزابيث لونغينيس، وآخرون، الصحة العامة، مهنة الطب، وبناء الدولة نظرة تاريخية، فصل ضمن مجلد، الصحة العامة في الوطن العربي، ط (1)، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 2013، ص 78 وما بعدها.

[2] إلى جانب المواثيق الدولية والإعلانات الصادرة عن المنظمات الدولية، كفل القانون الدولي الإنساني بعض الحقوق الصحية للأشخاص المحميين، كالحق في الحياة والسلامة البدنية، بحظر القتل المباشر أو غير المباشر، بترك الجرحى والمرضى

دستورها الصحة بأنها "هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز "[1]. حتى غدى اليوم الحق في الصحة يحمل مفهوم واسع باعتباره حق راسخ في العقود الاجتماعية بين الدولة ومواطنيها، وأن التكافل الاجتماعي ومشاركة الجمهور، وتعبئة قدرات المجتمع، تعتبر آليات للنهوض بالصحة بهدف الوصول للإنصاف والعدالة الاجتماعية[2].

وعليه نبحث في المعالجة التشريعية الفلسطينية للحق في الصحة سواء الواردة في القانون الأساسي أو التشريعات العادية الناظمة للحق في الصحة أو ذات الصلة به، ما يتطلب تقسيم هذا المبحث إلى مطلبين نتناول في المطلب الأول: الحق في الصحة في القانون الأساسي الفلسطيني، وفي المطلب الثاني: الحق في الصحة في التشريعات الفلسطينية.

المطلب الاول

الحق في الصحة في القانون الأساسي الفلسطيني

أفرد المشرع باباً مستقلاً للحقوق والحريات في القانون الأساسي الفلسطيني؛ تضمن الاعتراف والحماية لعدد من الحقوق[3]، وباستعراض نصوص هذا الباب يسجل الباحث عدم إفراد نص خاص يتضمن حماية الحق في الصحة كحق من حقوق الإنسان الأساسية، لا يقل أهمية عن غيره من الحقوق والحريات العامة التي تم الاعتراف الصريح بها وبنص دستوري خاص.

على الرغم مما يشكله النص على الحق في صلب الدستور من خطوة أولى ومهمة في طريق اضفاء الحماية الدستورية على هذا الحق، وضمان فعاليته ونفاذه؛ فهو وسيلة دمج القواعد المعترف بها دولياً في النظام القانوني الداخلي، ولمنح الحق قيمة أعلى مما يمنحه التشريع العادي، ورفعه إلى قمة النظام القانوني[4]، لذلك يظهر النقص القانوني حين أغفل المشرع الدستوري

والعجزة بدون تقديم مساعدة لهم، وحظر التعذيب والتجارب العلمية والطبية التي لا تقتضيها المعالجة الطبية، وحظر أعمال التشويه، وذلك كجزء من الحماية القانونية الواجبة لحقوق الأشخاص المحميين، وفق اتفاقية جنيف الرابعة لسنة 1949. أنظر: عبد الرحمن أبو النصر، اتفاقية جنيف الرابعة لحماية المدنيين لعام 1949 وتطبيقها في الأراضي الفلسطينية المحتلة، ط (1)، مطابع مركز رشاد الشوا الثقافي، غزة، 2000، ص 193 وما بعدها.

[1] راجع ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية المقر عام 1946 في نيويورك والذي دخل حيز النفاذ عام 1948، والذي أنشأ على أساسه منظمة الصحة العالمية كوكالة دولية متخصصة وفق ميثاق الأمم المتحدة.

[2] سامر جبور وآخرون، الصحة العامة في الوطن العربي، الصادر عن الجامعة الأمريكية في بيروت، ترجمة البرنامج العالمي لمنظمة الصحة العالمية، ط (1)، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 2013، ص 55.

[3] كحق التقاضي والتنقل والعمل والتعليم والسكن، والحريات الإعلامية والسياسية، وحماية الحرية الشخصية، وحرمة المسكن وغيرها. راجع مواد الباب الثاني من القانون الأساسي الفلسطيني المعدل لسنة 2005.

[4] أحمد فتحي سرور، الحماية الدستورية للحقوق والحريات، ط (2)، دار الشروق، القاهرة، 2000، ص 47.

= وذلك لما تمتلكه القواعد الدستورية من قوة الزامية تجاه كافة السلطات العامة، بحيث يتوجب عليها العمل على هدى تلك القواعد واحترامها، وعدم مخالفتها خلال ممارستها لصلاحيتها، وفي علاقتها مع الأفراد. انظر: محمد خضر، التنظيم

الفلسطيني النص الصريح على الحق في الصحة، كحق لا غنى عنه من أجل التمتع بحقوق الإنسان الأخرى، وكمدخل ضروري ومنطقي لممارستها [1]، بينما كان للحق في الصحة اعتراف صريح وحماية وضمانات واضحة في العديد من الدساتير الحديثة المقارنة [2].

وفي المقابل فقد تضمنت المعالجة الدستورية الفلسطينية بعض جوانب الحقوق الصحية ضمن ثنايا عدد من مواد القانون الأساسي، بالتزامن مع سعي المشرع لإضفاء الحماية الدستورية على حقوق بعض الشرائح المجتمعية؛ منها أسر الشهداء والجرحى والأسرى[3]. أو خلال رعاية الأمومة والطفولة [4]، أو خلال تنظيم علاقات العمل [5].

بينما خلت المعالجة الدستورية الفلسطينية من تقرير أي التزامات واضحة وفاعلة على عاتق السلطات العامة التشريعية والتنفيذية، خارج نطاق تلك الفئات المشمولة بالرعاية والاهتمام، سواء كفالة الحق في الصحة للأسر الفقيرة والمهمشة وكبار السن، والعاطلين عن العمل، والفئات العمالية ذات الدخل المحدود، وغيرها من الفئات، ولذا يسجل الباحث القصور والنقص الواضح في الإطار الدستوري، باتجاه وضع الحق في الصحة موضع التنفيذ الكامل والشامل لكافة من يحتاج للرعاية الطبية، وهو الأمر الذي تداركته العديد من الدساتير الحديثة[6].

الدستوري في فلسطين، ط (1)، صادر عن المركز الفلسطيني لاستقلال المحاماة والقضاة (مساواة)، رام الله، 2015، ص 38 وما بعدها.

[1] خالد مصطفى فهمي، النظام القانوني لإجراء التجارب الطبية وتغيير الجنس، ط (1)، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2014، ص 17 وما بعدها.

[2] أكد الدستور الجزائري المعدل لسنة 2016 في المادة (66) منه أن:" الرعاية الصحية حق للمواطنين ". كما قرر الدستور التونسي لسنة 2014 في الفصل (38) منه بأن:" الصحة حق لكل إنسان، تضمن الدولة الوقاية والرعاية الصحية لكل مواطن". كما اعتبر المشرع الدستوري المصري في المادة (18) من دستور سنة 2014 أنه ضمن المقومات الأساسية للمجتمع:" لكل مواطن الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقا لمعايير الجودة ".

3 أكدت المادة (2/22) من القانون الأساسي المعدل لسنة 2005 أن:" رعاية أسر الشهداء والأسرى ورعاية الجرحى والمتضررين والمعاقين واجب ينظم القانون أحكامه، وتكفل السلطة الوطنية لهم خدمات التعليم والتأمين الصحي والاجتماعي".

4 قرر القانون الأساسي في المادة (1/29–2) منه بأن: رعاية الأمومة والطفولة واجب وطني، وللأطفال الحق في الحماية والرعاية الشاملة. وأن لا يستغلوا لأي غرض كان ولا يسمح لهم بالقيام بعمل يلحق ضرراً بسلامتهم أو بصحتهم ".

5 تنص المادة (2/25) من القانون الاساسي الفلسطيني المعدل لسنة 2005:" تنظم علاقات العمل بما يكفل العدالة للجميع ويوفر للعمال الرعاية والأمن والرعاية الصحية.".

[6] ومنها: ما قرره الدستور الجزائري المعدل لسنة 2016 في المادة (66) منه بأن:" تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية وبمكافحتها . تسهر الدولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين". وكذا نص الفصل(38) من الدستور التونسي لسنة 2014 على أنه:" تضمن الدولة الوقاية والرعاية الصحية لكل مواطن، وتوفر الامكانيات الضرورية لضمان السلامة وجودة الخدمات الصحية، وتضمن الدولة العلاج المجاني لفاقدي السند، ولذوي الدخل المحدود، وتضمن الحق في التغطية الاجتماعية طبق ما ينظمه القانون". وراجع المادة (18) من الدستور المصري لسنة 2014.

كما أحال القانون الأساسي للمشرع العادي تنظيم خدمات التأمين الصحي دون أن يضع أي آليات أو التزامات محددة على السلطات العامة[1]. كما أفرد المشرع نص خاص لحظر بعض أنماط النشاط خلال العمل الطبي، من تجارب أو فحوصات أو عمليات جراحية إلا وفق ضوابط محددة، كما أحال للمشرع العادي تنظيم أحكام نقل الأعضاء أو غيرها من مستجدات التقدم العلمي في المجال الصحي[2].

المطلب الثاني

الحق في الصحة في التشريعات الفلسطينية

نعرض في هذا المطلب للمعالجة التشريعية للحق في الصحة الواردة في قانون الصحة العامة وغيره القوانين واللوائح التي تتصل بهذا الحق، وذلك على النحو الآتي:

أولاً–الملامح العامة لقانون الصحة الفلسطيني:

يتبين باستقراء نصوص قانون الصحة الفلسطيني[3]، أنه قانون إداري تنظيمي لمرفق الصحة العامة، يرسم صلاحيات وزارة الصحة في هذا الشأن، وقد أولى المشرع الفلسطيني اهتمام واضح للجانب الوقائي الخاص بحماية الصحة العامة؛ من خلال تخصيص عدد من الفصول لتنظيم سلامة الغذاء، ومكافحة الأمراض سواء المعدية أو الوبائية، والصحة المهنية، والمكاره الصحية ودفن الموتى[4].

كما تناول القانون الإجراءات المنظمة لعمل المؤسسات الصحية، والمهن الطبية والمساعدة؛ من إنشاء أو ترخيص أو رقابة وتفتيش، وكذا تنظيم التداول بالعقاقير الطبية[5]، كما قرر القانون عقوبات جنائية وإدارية على مخالفة أحكامه، بعد وضع آليات لاحترامه؛ ومن ذلك منح الضبطية القضائية لبعض الموظفين لتمكينهم من ممارسة مهام وأعمال الرقابة والتفتيش[6].

---

1 راجع المادة (1/22) من القانون الأساسي الفلسطيني المعدل لسنة 2005.

2 تنص المادة (16) من القانون الأساسي الفلسطيني المعدل لسنة 2005 على ما يلي: " لا يجوز إجراء أي تجربة طبية أو علمية على أحد دون رضا قانوني مسبق، كما لا يجوز إخضاع أحد للفحص الطبي أو للعلاج أو لعملية جراحية إلا بموجب قانون. ينظم القانون أحكام نقل الأعضاء وغيرها من مستجدات التقدم العلمي للأغراض الإنسانية المشروعة ".

3 يعد قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة (2004) الذي صدر بتاريخ 2004/12/27، ونشر في العدد رقم (54) من الوقائع الفلسطينية، هو الإطار التشريعي الفلسطيني الأحدث والأهم المتعلق بالحقوق الصحية، والناظم لها ويتكون القانون من (85) مادة موزعة على (13) فصلاً.

4 راجع المواد (3–4–5–7–11) من قانون الصحة الفلسطيني.

5 راجع المواد (8–9–10) من قانون الصحة الفلسطيني.

6 راجع المواد (12–13) من قانون الصحة الفلسطيني.

ثانياً-المعالجة التشريعية الفلسطينية لحقوق المريض:

يسجل الباحث خلو المنظومة التشريعية الفلسطينية من وجود قانون خاص بحقوق المريض، يرسم بشكل واضح وصريح، وبقدر كبير من الشمولية حقوق المريض خلال العمل الطبي، وهو تم تداركه في العديد من الأنظمة القانونية المقارنة [1].

وفي ذات السياق، وباستعراض أحكام قانون الصحة الفلسطيني؛ نجد أنه قد أفرد مادة وحيدة لحقوق المريض، وذلك ضمن الفصل المنظم لعمل المؤسسات الصحية، والتي قررت بأن لكل مريض في المؤسسة الصحية الحقوق الآتية:

1-الحصول على الرعاية الفورية في الحالات الطارئة.

2 -تلقي شرح واضح للعلاج المقترح وله الموافقة على تعاطي ذلك العلاج أو رفضه

3-الموافقة على أو رفض المشاركة في الأبحاث أو التدريبات التي تجرى في المؤسسة الصحية

4-احترام خصوصيته وكرامته ومعتقداته الدينية والثقافية

5 -تقديم الشكاوى ضد المؤسسة الصحية أو أحد العاملين فيها[2].

ويرى الباحث أن نطاق الحماية القانونية لحقوق المريض يعد نطاق ضيق، ولا يشمل العديد من الحقوق الأساسية للمريض، التي أغفل المشرع في قانون الصحة الفلسطيني الاعتراف بها وتقريرها، ومنها: الاعتراف بالحق في عدم التمييز خلال التمتع بالحقوق الصحية وضمانات الحماية من التمييز، وكفالة الحق في الحصول على الرعاية الطبية المناسبة وبالعناية اللازمة، وكذا الحق في حماية سرية البيانات الصحية والأسرار الطبية.

كما يشير الباحث إلى تقرير هذه المادة الوحيدة في قانون الصحة لعدد من الحقوق للمريض كمبادئ عامة وبكلمات موجزة جداً، دون تحديد خطوات ومحددات، وإجراءات وتدابير لضمان تلك الحقوق، ومنها الاعتراف بالحق في المعلومات، والحق في الحرية والكرامة والخصوصية، كما أورد المشرع عدد من الاستثناءات والقيود على تلك الحقوق التي نعرض لها ولتوافقها مع المبادئ والمعايير الدستورية والدولية في المبحث الثاني من هذه الدراسة.

---

[1] ومنها القانون الفرنسي الخاص بحقوق المرضى وجودة نظام الصحة لسنة 2002، والقانون اللبناني الخاص بحقوق المريض والموافقة المستنيرة لسنة 2004، والقانون البلجيكي الخاص بحقوق المرضى المعدل لسنة 2004. أنظر: فواز صالح، تأثير التقدم العلمي في مجال الطب الحيوي على حقوق المرضى، مرجع سابق، ص 471.

= كل ما وصل لعلم الباحث هو وجود لائحة تسمى الميثاق الفلسطيني لحقوق المريض صادرة عام 1995 غير منشورة في الوقائع الفلسطينية ولا ترقى لمستوى القواعد القانونية العادية في قوتها والالتزام بها. أوردها، معن شحدة ادعيس، الأخطاء الطبية، سلسلة تقارير قانونية رقم (77)، الهيئة المستقلة لحقوق الانسان، نسخة الكترونية، 2012، ص 62 وما بعدها.

[2] راجع المادة (60) من قانون الصحة الفلسطيني.

ثالثاً–مواكبة التشريعات الفلسطينية للتطورات العلمية ومعالجة الجوانب الصحية:

يسجل الباحث الفراغ التشريعي الفلسطيني في مواجهة العديد من أوجه العمل الطبي، والمرتبط بالتطورات العلمية كقضايا نقل الأعضاء، وفي تنظيم الوسائل الطبية المستحدثة، كالوسائل التقنية المساعدة على الإنجاب، وقضايا الهندسة الوراثية والدراسات المتعلقة بالجينات البشرية، فقد خلا قانون الصحة الفلسطيني من تلك المعالجات التشريعية، رغم الحاجة العملية لذلك في مواجهة بعض الأوضاع الصحية؛ كأمراض الفشل الكلوي والعقم والسرطان وغيرها، وعليه لم يضع المشرع الفلسطيني أي أسس أو معايير يجب احترامها إلى جانب اشتراط القبول الحر، كما خلا قانون الصحة الفلسطيني من نصوص تنظم المسؤولية الطبية، سواء الجانب الموضوعي أو الإجرائي [1]، وهي قضايا سعت الأنظمة القانونية المقارنة إلى وضع معالجات تشريعية تتناسب معها وتراعي المعايير الدولية [2]، إلى جانب اغفال المشرع معالجة بعض جوانب الحقوق الصحية ومنها ما يتعلق بالصحة النفسية والعقلية، ودون وضع أي أحكام خاصة في هذا المجال خارج المبادئ والنصوص العامة ، وهو ما تداركته العديد من الأنظمة القانونية المقارنة [3].

رابعاً–أثر الإطار الدستوري الفلسطيني على المعالجة التشريعية للحقوق الصحية:

انعكس ضعف الإطار الدستوري المنظم للحقوق الصحية، وضعف الضمانات الدستورية الكفيلة بتطبيقها [4]على التزامات السلطة التنفيذية، وعلى المعالجة التشريعية الواردة في التشريعيات ذات العلاقة بالحق في الصحة، وذلك في العديد من القضايا أبرزها، قضايا التأمين الصحي وشمولية كفالة الحق في الصحة لكل محتاج لها.

---

[1] سعت القوانين المقارنة إلى وضع نظام قانوني يحدد واجبات والتزامات المزاولين للمهن الطبية، وتحدد طبيعة المسؤولية الطبية وهي مسؤولية خاصة تحتاج تقنين، ولا تكفي معها الأحكام العامة الواردة في قانون العقوبات العام، ومن جانب آخر يعد تقنين أحكام تلك المسؤولية اعتراف بحقوق المريض. أنظر: عصام محمود اسماعيل، المسؤولية الجزائية للطبيب في التشريع الفلسطيني، دراسة تحليلية، رسالة ماجستير غير منشورة – قسم القانون العام، جامعة الازهر بغزة، غزة، 2015، ص 128. ومن تلك القوانين التي تناول أحكام المسؤولية الطبية: القانون الاتحادي الإماراتي رقم (10) لسنة 2008 بشأن المسؤولية الطبية.

[2] يجب احترام حق الإنسان في سلامة الجسد وعناصره، والحق في الاكتمال الجسدي، والتحرر من الآلام، ما يستلزم من الدول وضع تشريعات تنظم هذه المسائل. انظر: حسني عودة زعال، التصرف غير المشروع بالأعضاء البشرية في القانون الجنائي " دراسة مقارنة "، ط (1)، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2001، ص 24.

[3] راجع الفصل (4) تحت عنوان الصحة النفسية والادمان من قانون الصحة العامة الاردني رقم (47) لسنة (2008).

[4] شكل ضعف الإطار الدستوري المنظم للحقوق الصحية من خلال انحصار نطاق الاعتراف الدستوري بالحق في الصحة إلى جوانب ضيقة لا تشمل كافة الحقوق والحريات المتفرعة عن الحق في الصحة، وكذا ضعف الضمانات الدستورية الكفيلة بوضع الحق في الصحة موضع التطبيق الكامل، وتحرر السلطات التشريعية والتنفيذية من العديد من الالتزامات التي اوجبتها

فقد أحال القانون الأساسي الفلسطيني للمشرع العادي تنظيم التأمين الصحي، دون تقرير أي التزام واضح، أو وضع مبادئ دستورية تحكم تنظيمه، أو إطار زمني لوضعه موضع التنفيذ [1]، لذا خلا النظام القانوني الفلسطيني من إطار قانوني شامل للتأمين الصحي، خارج نطاق التأمين الحكومي لموظفي الخدمة العامة ومن في حكمهم [2]، وفي هذا السياق ربط المشرع في قانون الصحة بسط نطاق التأمين الصحي بشرط الإمكانيات المتوفرة [3]، وبذات المعالجة التشريعية فأن المشرع في قانون الضمان الاجتماعي الفلسطيني بعد أن عد التأمين الصحي من مشتملات الضمان الاجتماعي وأهدافه، إلا أن المشرع قام وبشكل صريح باعتبار هذا الملف مؤجل ويطبق بشكل تدريجي، وبعد إصدار اللوائح التنفيذية، وبدون تحديد إطار زمني أو آليات لتطبيقه [4].

لذلك تجنب قانون الصحة العامة تحديد الأشخاص المستفيدين من الخدمات الصحية، فلم يضع المشرع الدستوري الفلسطيني التزام على المشرع العادي بمد نطاق الخدمات الصحية لكل محتاج لتلك الخدمات، وبما يتناسب مع وضعه المادي، أو استحقاقه للرعاية الخاصة [5].

المبحث الثاني

مدى انسجام الحق في الصحة في القانون الفلسطيني والمعايير الدولية

قررت المواثيق الدولية بأن لكل إنسان الحق في الصحة؛ فجاء في دستور منظمة الصحة العالمية أن " التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز ..." [6]، ثم ليؤكد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على ذلك [7]. كما كان للعهد الدولي

المواثيق الدولية وغياب الالتزام الدستوري بالوفاء بها، كل ذلك انعكس على التزامات السلطة التنفيذية. انظر المطلب السابق من هذه الدراسة ص 6 وما بعدها.

[1] راجع المادة (1/22) من القانون الاساسي الفلسطيني المعدل لسنة 2005.

[2] يتمتع الموظف الحكومي بتامين تلقائي والزامي مقابل استقطاعات شهرية من رواتبهم، بينما انضمام باقي المواطنين للتأمين الصحي اختياري وفق التزامات بتغطية تكاليف الخدمات الصحية. راجع المواد (2-3-4-5) من قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 بنظام التأمين الصحي الحكومي.

[3] قررت المادة (5/2) من قانون الصحة الفلسطيني أنه من مهام وزارة الصحية توفير التأمين الصحي للسكان ضمن الإمكانات المتوفرة.

[4] تنص المادة (3/3) من قرار بقانون الخاص بالضمان الاجتماعي الفلسطيني رقم (6) لسنة 2016: تطبق التأمينات .... والخاصة بتامين المرض والتأمين الصحي .. تدريجياً وعلى مراحل لاحقة بموجب أنظمة تصدر عن مجلس الوزراء.

[5] قررت المادة (1/2) من قانون الصحة الفلسطيني أنه من مهام وزارة الصحية تقديم الخدمات الصحية الحكومية الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية، وإنشاء المؤسسات الصحية اللازمة لذلك.

[6] راجع ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية.

[7] أكد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لسنة 1948 في المادة (25) منه أن" لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته، ومن مشتملات ذلك ضمان العناية الطبية والتأمين في حالات المرض".

الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية دور كبير في إبراز مضمون الحق في الصحة، وتحديد ضماناته الأساسية، عندما أكد على أنه:" تقر الدول بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه"[1].

وبات من المستقر وفقاً للمعايير الدولية أن الحق في الصحة لا يقتصر على الحق في الرعاية الصحية أو العمل الطبي[2]، بل يشمل طائفة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية، والمقومات الأساسية، التي تهيئ الظروف كي يتمكن الإنسان من العيش، ضمن حياة صحية سواء من حيث الغذاء والمياه الآمنين، والمسكن المناسب، ووسائل الاصحاح الوافية، وظروف العمل الآمنة والصحية وبيئة صحية، لذا ومن أجل عدم التوسع في دراسة كل تلك العوامل والمقومات، والحقوق والحريات المرتبطة بالحق في الصحة [3]، بما لا يسمح به نطاق وحجم البحث سنقوم بعرض الإطار العام للحق في الصحة وفق القانون الدولي ومبادئه، ثم نركز البحث في معايير العمل الطبي، من خلال البحث في مدى استجابة المعالجة التشريعية الفلسطينية الناظمة لممارسة العمل الطبي لتلك المعايير الدولية والحقوقية، وذلك في المطلب الثاني من هذا المبحث، بعد أن نلقي بعض الضوء على تلك المعايير الدولية في المطلب الأول.

المطلب الأول

معايير القانون الدولي لحقوق الانسان المتعلقة بالحقوق الصحية

تعد الحقوق المدنية والسياسية حقوق شخصية دفاعية، الهدف من تقريرها حماية الفرد في مواجهة السلطة العامة، ولكن مع الاعتراف بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والتي تشكل الجيل الثاني لحقوق الإنسان وفي القلب منها الحقوق الصحية؛ فإن مقتضيات العدالة الاجتماعية استلزمت الانتقال من الطابع الشخصي للحق، إلى أهمية مراعاة الظروف الاجتماعية، مما خلق واجبات ايجابية ووضع التزام موضوعي على كاهل الدولة، يتعين عليها مراعاته تحت رقابة القضاء

---

[1] راجع المادة (1/12) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لسنة 1966.

[2] يعرف العمل الطبي بأنه:" ذلك العمل الذي يقوم به شخص متخصص ومؤهل التأهيل العلمي اللازم من أجل شفاء المريض وفق الأصول والمعارف المقررة في عالم الطب" وذلك بعلاج المريض أو تخفيف آلامه أو الوقاية من المرض أو تشخيص الحالة، وسواء أكان الذي يباشر هذا العمل طبيب أو مختص كفني الاشعة أو المختبر أو ممرض أو نحوه. أنظر: هشام محمد القاضي، الامتناع عن علاج المريض بين الفقه الإسلامي والقانون الوضعي دراسة مقارنة، ط (2)، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2011، ص 97 وما بعدها.

[3] يشتمل الحق في الصحة دولياً على عدد من الحقوق والحريات، أما الحريات من حق الإنسان في التحكم في صحته وجسده، والحق في أن يكون في مأمن من التدخل سواء بالخضوع للتعذيب أو المعالجة الطبية أو اجراء تجارب عليه بدون رضاه، وأما الحقوق فتشمل الحق في نظام للحماية الصحية يتيح التكافؤ في الفرص أمام الناس للتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. راجع البنود رقم (4 – 8) من التعليق العام رقم (14) لسنة (2000)، سبق الإشارة إليه.

والرأي العام الداخلي [1]، إلى جانب الخضوع لآليات الرقابة الدولية على احترامها؛ فحقوق الإنسان ليست مجرد فكرة يجب تقبلها، وانما تحتاج لبذل جهود داخلية ودولية من أجل انتشارها وتعزيزها ثم كفالة احترامها [2] ، وهو ما شكل مبدأ دستوري مستقر في الأنظمة الحديثة؛ يحدد دور الدولة في تقرير وحماية وضمان الحقوق الأساسية وأبرزها الحقوق الصحية .

كما تدعم هذا المبدأ وتسنده المعايير والقواعد الدولية، فقد قرر العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التزام على الدول باتخاذ جملة من التدابير، وذلك بهدف تأمين الممارسة الكاملة للحق في الصحة، وقد أورد العهد عدد من التدابير الواجب القيام بها للوصول لذلك الهدف [3]، من خلال مبادئ رئيسية يجب كفالتها من أجل ضمان الحق في الصحة، تتمثل بداية بوجوب أن توفر الدولة القدر الكافي من المرافق العامة المتصلة بالصحة العامة، والرعاية الصحية، من مستشفيات وعيادات ونحوها، ورفدها بالطواقم الطبية وتوفير مرتبات تنافسية لهم، وكذا توفير السلع والخدمات والبرامج الصحية من عقاقير أساسية ومستلزمات صحية وغيرها، مع توفير امكانية الوصول المادي لتلك المرافق والخدمات الصحية للجميع وبدون تمييز، ولا سيما الفئات الضعيفة والمهمشة مثل: الأقليات والنساء، والأطفال، وكبار السن والمعوقين، والمصابين ببعض الأمراض كالإيدز، مع توفر الإمكانية الاقتصادية للحصول على الخدمات الصحية، والقدرة على تحمل نفقات المرافق والسلع، والخدمات المرتبطة بالصحة، بحيث ينبغي على الدولة تنظيم سداد قيمة خدمات الرعاية الصحية بشكل يراعي العدالة الاجتماعية، ويكفل قدرة الفئات المحرومة اجتماعياً على الوصول للخدمات الصحية، دون تحميل الأسر الفقيرة عبء مصاريف صحية لا تتناسب مع قدراتها المالية، إلى جانب دعم الحق في الحصول على المعلومات في المجال الصحي دون إهدار لسرية البيانات الصحية الشخصية، ودون اغفال وجوب أن تحترم المرافق الصحية البعد الثقافي للأفراد وتراعي متطلباتهم وبالأخص النساء، وحماية الحق في الخصوصية، كما يجب أن تكون المرافق والخدمات الصحية مناسبة علمياً وطبياً، وذات نوعية وجودة جيدة، ما يتطلب وجوب موظفين طبيين مهرة، وعقاقير ومعدات طبية مناسبة [4] .

[1] أحمد فتحي سرور، مرجع سابق، ص 48.

[2] محمد سامي عبد الحميد ومصطفى سلامة حسين، القانون الدولي العام، الدار الجامعية، بيروت، 1988، ص 288.

[3] حددت المادة (2/12) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية تلك التدابير وأهمها:" العمل على خفض معدل موتي المواليد ومعدل وفيات الرضع، وتأمين نمو الطفل نمواً صحياً، تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية، الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها، تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض". كما أكد دستور منظمة الصحة العالمية في ديباجته على أن " الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها، ولا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية".

[4] راجع البند رقم (12) من التعليق العام رقم (14) لسنة (2000) عن لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التابعة

وعليه فيرتبط العمل الطبي وكذا البحوث العلمية، بجملة من الضوابط والمبادئ الدولية، التي يجب احترامها، يعد حجر الزاوية فيها ضمان حقوق الأفراد، وتصبح هذه المسألة أكثر دقة وأهمية، خلال ممارسة بعض أنواع العمل الطبي واتصالها بالتطور البحثي والعلمي والتكنولوجي، ومنها بعض أنواع العمليات الجراحية، كالعمليات التجميلية، وقضايا القتل الرحيم والاجهاض، وعمليات ختان الإناث وتغيير الجنس، والتعامل ببنوك الحيوانات المنوية والبويضات، وعمليات الاستنساخ المتعلقة بالأعضاء البشرية، ونقل الاعضاء البشرية [1]، ومستجدات التعامل مع التكنولوجيا الحيوية، والهندسة الوراثية والحاجة لوضع أحكام تشريعية للتعامل مع تلك القضايا، وفق مبادئ ومعايير دولية [2]، وأهمها :

أولاً –مبدأ المساواة وعدم التمييز في الحقوق الصحية:

يعد انفاذ مبدأ المساواة وعدم التمييز [3] التزام عام على عاتق الدول، عند ضمان وحماية كافة الحقوق والحريات الأساسية، ومنها الحقوق الصحية، وذلك بكفالة الحق في الصحة للجميع دون تفرقة، سواء على أساس الجنس، أو الثروة، أو الرأي السياسي أو غيره من الأسباب، استناداً لأحكام القانون الدولي[4].

وهو ما تم التأكيد عليه بشكل خاص خلال حماية الحق في الصحة، حيث يجب أن يتمتع الجميع بإمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة؛ دون أي تمييز لأحد الأسباب المحظورة، وأن يكون هذا الحق في متناول الجميع، وخاصة الفئات الأكثر ضعفاً وتهميشاً بين السكان؛ مثل السجناء، أو اللاجئين، أو ذوي الإعاقة، أو المصابين ببعض الأمراض كالإيدز، أو كبار السن، ودون تمييز بين النساء والرجال في التمتع بالحقوق الصحية[5].

للمجلس الاقتصادي والاجتماعي في الأمم المتحدة الصادر في الدورة ال (22) المنعقد في جنيف، 2000. وذلك ضمن تعليقها على القضايا الناشئة عن تنفيذ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

[1] غادة علي حامد العمروسي، اعتداء الطبيب على النفس وما دونها في ظل المقاصد الشرعية والأخلاقيات الطبية، ط (1)، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2010، ص 693 وما بعدها.

[2] عبد العزيز مخيمر عبد الهادي، مشروع القانون المصري بشأن السلامة الاحيائية في مجال استخدام الهندسة الوراثية، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية –جامعة المنصورة، عدد خاص، بدون دار نشر، القاهرة، 2006، ص 104.

[3] تقرر الشرعة الدولية لحقوق الإنسان مبدأ المساواة وعدم التمييز بصورة مطلقة كحق نابع من كرامة الإنسان الأصلية التي خلق بها، وباعتباره أساساً للحرية والعدل والسلام في العالم، فهو حجر الزاوية في حقوق الإنسان، وحق مستقل وقائم بذاته، وفي ذات الوقت مرتبط ومتصل بجميع حقوق الإنسان وحاكم لها. أنظر: فتحي الوحيدي، القانون الدستوري، محاضرات في الحقوق والحريات العامة وفقاً للقانون الاساسي والمواثيق الدولية، دار المقداد للطباعة، غزة، 2011، ص 146.

[4] راجع المادة (2/2) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لسنة 1966. والمادة (1/2) من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية لسنة 1966.

[5] راجع البند رقم (12/ ب) من التعليق العام رقم (14) لسنة (2000)، سبق الإشارة إليه.

وقد عمد المجتمع الدولي لإقرار مواثيق وإعلانات دولية متعددة، بهدف تجنب الانتقاص من حقوق بعض الفئات والشرائح؛ ومنها حظر التمييز في التمتع بالحق في الصحة، وتحقيق المساواة وتكافؤ الفرص في الحصول على الحقوق الصحية، دون انتقاص من الرعاية الصحية، أو الخدمات العلاجية والتشخيصية أو الوقائية [1]، أو امتناع الطواقم الطبية عن الوفاء بالتزاماتها تجاه بعض الأشخاص بسبب الوضع القانوني، [2] أو بسبب الاعاقة [3]، أو الاصابة ببعض الأمراض كالإيدز [4]، وغيرها من أسباب التمييز المحظورة .

ثانياً–مبدأ الحماية من التدخل:

يشترط لمباشرة العمل الطبي الحصول على إذن المريض وموافقته، قبل القيام به سواء على شكل اذن صريح، أو ضمني من المريض أو ممن ينوب عنه، فعنصر الرضا لا غنى عنه لمباشرة العمل الطبي بناء على وعي وادراك، وهو مبدأ مرتبط بالحق في الحصول على معلومات وافية عن الحالة الصحية، وطبيعة العلاج وبدائله؛ بحيث يتحقق الرضا الكامل، والذي بدونه يعد

[1] كارم محمود أحمد، الحماية الجنائية لذوي الاحتياجات الخاصة دراسة مقارنة، ط (1)، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2015، ص 63 وما بعدها.

[2] أكدت مبادئ الأمم المتحدة الأساسية لمعاملة السجناء على أنه " ينبغي أن توفر للسجناء سبل الحصول على الخدمات الصحية المتوفرة في البلاد دون تمييز على أساس وضعهم القانوني". راجع الفقرة (9) من المبادئ الأساسية لمعاملة السجناء الذي اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة وفق القرار رقم (111/45) في الدورة ال (45) بتاريخ 1990/12/14.

[3] عرفت المادة (2) من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الاعاقة التمييز على أساس الإعاقة بأنه:" يعني أي تمييز أو استبعاد أو تقييد على أساس الإعاقة يكون الغرض أو أثره إضعاف أو إحباط الاعتراف بكافة حقوق الإنسان والحريات الأساسية أو التمتع بها أو ممارستها، على قدم المساواة مع الآخرين، في كافة الميادين ...". اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة هذه الاتفاقية وفق القرار رقم (106/61) في الدورة ال (61) بتاريخ 2006/12/13. كما قررت المادة (25) أنه على الدول الاعتراف بأن للأشخاص ذوي الاعاقة، الحق في التمتع بأعلى مستويات الصحة دون تمييز على أساس الإعاقة، وتتخذ الدول كل التدابير المناسبة الكفيلة بحصول الأشخاص ذوي الاعاقة، خدمات إعادة التأهيل الصحي، وتوفير رعاية وبرامج صحية مجانية أو معقولة التكلفة لهم، وتقريب الخدمات الصحية لهم مكانياً، وبالجودة المقدمة لباقي الأشخاص، وعلى أساس الموافقة الحرة والكرامة، وحظر التمييز ضدهم في خدمات التأمين الصحي أو غيره من وجوه الصحة العامة.

[4] قرر إعلان التزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية الايدز في الفقرات (13–14–16) منه والذي اقرته الجمعية العمومية بالقرار رقم (دأ–2/26) في الدورة ال (26) بتاريخ 6/27/ 2001 بأن:" وصمة العار والتكتم والتمييز والانكار وانعدام السرية عوامل تقوض جهود الوقاية والرعاية والعلاج وتزيد أثر الوباء ..، وأنه يجب التصدي لها .." والتأكيد على التزام الدول " بتكثيف الجهود .. الكفيلة بالقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ..، وكفالة تمتعهم الكامل بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية، منها الرعاية الصحية، والخدمات الاجتماعية والصحية، والوقاية والدعم والعلاج، والمعلومات، والحماية القانونية..". راجع الفقرة (29) من الإعلان السياسي بشأن فيروس نقص المناعة البشرية (الايدز) الذي أقرته الجمعية العامة بالقرار رقم(262/60) في الدورة ال (60) بتاريخ 2006/6/2.

العمل الطبي مجرماً، إلا في حالة الضرورة لمواجهة خطر جسيم يتهدد المريض[1].

كما أن حرية البحث العلمي سواء في مجال البيولوجيا أو الوراثة وغيرها يجب أن تحترم الحرية الفردية، ويجب توافر الرضا الحر والمستنير من قبل صاحب الشأن، قبل اشتراكه في الأبحاث العلمية والتجارب بدون جبر أو إكراه؛ كضمانة أساسية لاحترام حقوقه الشخصية، ويعد الالتزام بتبصير الشخص بطبيعة البحث، أو التجربة وما يحيط بها من مزايا ومخاطر محتملة للتدخل المقترح، يعد عنصر جوهري في الحصول على الرضا الصحيح[2].

ثالثاً-الحق في الكرامة الانسانية:

تبرز أهمية التأكيد على الحق في الكرامة الإنسانية، والاعتراف بقيمة الإنسان، واستحقاقه للتقدير والاحترام لذاته البشرية ، وما يترتب على ذلك من وجوب احترام رغباته وإرادته ، وتزداد تلك الأهمية خلال الاتصال بجوانب العمل الطبي الوقائي، أو العلاجي أو التشخيصي، سواء في الحالات التي يكون فيها الإنسان وأعضائه، عرضة للاستخدام، أو الاستغلال، أو الاعتداء على حرياته، وضرورة توفير الحماية القانونية له، وهو مبدأ حاسم وواجب الاحترام في قضايا الاجهاض أو القتل الرحيم، أو الاستنساخ البشري، أو الاتجار بالأعضاء البشرية، أو الإكراه على المشاركة في البحوث الطبية، وحالات التمييز والوصم وغيرها من الجوانب[3].

فالاعتراف بأن كل شخص هو فريد، ولا يقدر بثمن، ولا يمكن استبداله بشيء، يتطلب عدم اضفاء الطابع المادي على الكائن البشري، وجعله أداة قابلة للتداول أو العبث ؛ بدءً من الجنين فلا يباح مثلاً العبث في صفاته الوراثية والجينية لإرضاء رغبات الأهل، وما يترتب على هذا الحق من مبادئ ومنها: سمو الكائن البشري واحترامه وسلامته، ومعصومية الجسد ، وسلامة الجنس البشري، بشكل يحتل الحق في الكرامة الإنسانية قمة هرم الحقوق والحريات؛ بحيث يسمو على الحق في البحث العلمي، وهو ما قررته المواثيق الدولية وجعلت منه معياراً مهماً خلال البحث العلمي في مجالات علوم الأحياء والطب وغيرها، وخلال العمل الطبي [4] ، وما ترتب عليه من حظر

---

[1] أو بناء على أداء واجب قانوني لمواجهة اخطار عامة. أنظر: هشام محمد القاضي، مرجع سابق، ص 101 وما بعدها.

[2] محمد محمد عبد اللطيف، المبادئ الدستورية والإدارية في مجال الهندسة الوراثية، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، كلية الحقوق جامعة المنصورة، عدد خاص، 2006، المنصورة، ص 150 وما بعدها.

[3] غياث حسن الأحمد، انعكاسات الكرامة الإنسانية على الأخلاقيات الطبية والحيوية، بحث منشور على موقع مركز دراسات التشريع الإسلامي والأخلاق في قطر على رابط (http://www.cilecenter.org/ar/articles-essays/%D8%A7%) تاريخ الدخول : 2016/7/25 .

[4] فواز صالح، مبدأ احترام الكرامة الإنسانية في مجال الأخلاقيات الحيوية دراسة قانونية مقارنة، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27، العدد 1، دمشق، 2011، ص 251 ص 272.

الاستنساخ البشري، وحظر براءات الاختراع في مجال الأشخاص الأحياء، وحظر الممارسات الخاصة بتحسين السلالة البشرية، أو التمييز على أساس الخصائص الجينية [1].

رابعاً–احترام الخصوصية:

يعد الحفاظ على حرمة الحياة الخاصة أو الحق في الخصوصية، أحد نتائج الحرية الفكرية المقررة للأفراد، والمعترف بها قانونياً ودستورياً ودولياً، والتي تشمل كشف أو نشر المعلومات التي تتصل ببعض الجوانب، ومنها الحالة الصحية [2]، في مواجهة التطفل والاعتداء بنشر ما يتصل بالحياة الخاصة للأفراد، حتى مع عدم مساس ما تم الكشف عنه بسمعة واحترام الأفراد، كالكشف عن الحالة الصحية وطبيعة المرض ومسبباته، وكما تشمل المعلومات الخاصة بالجينيات الوراثية، وما تكشفه من تحديد هوية الشخص، وصفاته وتاريخ ومستقبل وضعه الصحي [3].

يترتب على الحق في الخصوصية التزام مهم باحترام السرية الطبية، والامتناع عن إفشاء السر الطبي، وهو واجب مهني قانوني وأخلاقي، وذلك بالحفاظ على سرية كل المعلومات، التي وصلت إلى علم من ائتمن عليها، والمتعلقة بحالة الشخص الصحية، وعلاجه وعدم إفشاء تلك الأسرار، إلا وفق أحكام القانون أو القضاء تجنباً للمسائلة القانونية وحماية للأفراد [4].

المطلب الثاني

توافق الإطار التشريعي الفلسطيني للحق في الصحة مع المعايير الدولية

تبرز الحاجة لوجود نصوص تشريعية وأحكام ناظمة للحقوق الصحية، تكفل حقوق المريض، وتراعي المعايير الدولية سواء في الشأن الصحي ككل، أو في العلاقة بين الطواقم الطبية وبين المريض خلال العمل الطبي، هذه العلاقة التي لم يعد للطبيب فيها سلطة أبوية على المريض خلال العلاج، أو العناية وبتفويض مفتوح، وصلاحيات كبيرة فما عاد يملك اتخاذ القرار بشكل منفرد وبعيد عن علم أو إرادة المريض أو ذويه، وانما أصبحت هذه العلاقة سواء خلال مراحل

---

[1] محمد محمد عبد اللطيف، مرجع سابق، ص 125 وما بعدها.

[2] بالإضافة إلى الحياة العائلية والحياة المهنية والحق في الاسم والحق في الصورة والحالة المالية والحالة العاطفية والحق في الشرف والاعتبار، وقررت حماية الخصوصية بهدف تحقيق السلام الشخصي، وليس السلام الاجتماعي. محمد سعيد أمين، حرية الصحافة ضمان ممارستها وضوابط تنظيمها، ط (1)، دار النهضة العربية، القاهرة، 2005، ص 165.

[3] أحمد محمد حسان، نحو نظرية عامة لحماية الحق في الحياة الخاصة في العلاقة بين الدولة والفرد، ط (1)، دار النهضة العربية، القاهرة، 2001، ص 100 وما بعدها. وأشرف توفيق شمس الدين، الجينات الوراثية والحماية الجنائية للحق في الخصوصية دراسة مقارنة، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، كلية الحقوق جامعة المنصورة، عدد خاص، 2006، المنصورة، ص 298 وما بعدها.

[4] هانيا محمد فقيه، السرية الطبية في النظام القانوني اللبناني، بحث منشور في مجلة صوت الجامعة تصدر عن مركز البحوث والنشر في الجامعة الإسلامية في لبنان، العدد 9 ، بيروت ، 2016، ص 94 وما بعدها.

التشخيص أو اختيار العلاج، أو تنفيذ العلاج وغيرها من المراحل، يحكمها مبادئ ومعايير وأسس دستورية وقانونية داخلية ودولية؛ تحدد التزامات الطبيب بتأمين أفضل معالجة مناسبة للمريض، وهو ما يندرج ضمن الالتزامات ببذل عناية، ولكنها عناية خاصة ومشددة، وترسم الإجراءات القانونية في حال الإهمال، أو الامتناع عن الوفاء بذلك الالتزام، كل ذلك مع مراعاة حقوق المريض؛ سواء في المعلومة الصحية المتكاملة حول وضعه الصحي، ثم الإرادة الحرة والرضا الصحيح، دون اجبار أو اهدار للخصوصية وغيرها من الحقوق والحريات[1].

وعليه نبحث في مدى انسجام المعالجة التشريعية الفلسطينية الناظمة للحق في الصحة أو المتصلة بالحقوق الصحية وبالتركيز على حقوق المريض خلال العمل الطبي، مع المعايير والمبادئ الدولية، وذلك على النحو الآتي.

بغياب وجود قانون خاص يعترف ويكفل حقوق المريض بشكل واف وبضمانات كافية، اقتصرت الحماية التشريعية الفلسطينية لحقوق المريض في مادة وحيدة، ورادة في قانون الصحة الفلسطيني، تضمنت اعترافاً بعدد من الحقوق للمريض كمبادئ عامة [2]، وفي المقابل تضمن قانون الصحة الفلسطينية نصوص أخرى تورد استثناءات على تلك الحقوق المكفولة، ودون تقييد تلك الاستثناءات بضمانات وضوابط كافية، ما يعده الباحث افراغاً للحق من مضمونه، وعليه نلقي بعض الضوء على تلك الاستثناءات، ومدى انسجامها مع المعايير الدولية الناظمة للحقوق الأساسية للمريض خلال العمل الطبي:

1- طبيعة الرعاية الطبية المكفولة:

منح قانون الصحة للمريض الحق في الحصول على الرعاية الفورية في الحالات الطارئة، أي أن القانون حصر الحق في الرعاية الطبية بوجود حالة طارئة، وجعلها شرط لاستحقاق تلك الرعاية، كما ضيق المشرع من نوعية وطبيعة الرعاية المكفولة للمريض، وحصرها في الرعاية الفورية، ولم يكفل للمريض في كل الأحوال الحق في الحصول على الرعاية، والعناية الطبية

---

[1] فواز صالح، تأثير التقدم العلمي في مجال الطب الحيوي على حقوق المرضى دراسة قانونية مقارنة، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 25، العدد 2، دمشق، 2009، ص 503 وما بعدها. وسامي بديع منصور، الخطأ الطبي في القانون اللبناني – دراسة مقارنة، بحث منشور في مجلة صوت الجامعة، تصدر عن مركز البحوث والنشر في الجامعة الاسلامية في لبنان، العدد (7)، بيروت، 2015، ص 17 وما بعدها.

[2] راجع المادة (60) من قانون الصحة العامة الفلسطيني، وانظر التعليق على تلك المادة وتحليلها في المطلب الثاني من المبحث الأول من هذه الدراسة، ص 9.

الرشيدة والمناسبة لوضعه والمتماشية مع معطيات العلم الحالية، سواء على شكل وقاية أو علاج أو تأهيل أو تثقيف، وهو ما قررت المواثيق الدولية، وأخذت به بعض التشريعات المقارنة[1].

2- القيود على الحرية وعدم التدخل:

اعترف قانون الصحة بحرية الفرد وعدم التدخل في شؤونه في المجال الصحي والطبي، إلا بعد الحصول على موافقته الصريحة والمستنيرة، أي بعد الحصول على المعلومات الكافية التي تمكنه من اتخاذ قرار بالموافقة على العمل الطبي، سواء أكان إجراء علاجي أو تدريبي أو بحثي، وهو ما يتوافق مع المواثيق الدولية ومع القانون الأساسي الفلسطيني، ولكن في المقابل تضمن قانون الصحة العديد من المواد التي تشكل خروجاً عن ذلك المبدأ، وبدون ضمانات كافية ومن ذلك:

منح وزارة الصحة بهدف حصر انتشار الأمراض المعدية اتخاذ عدد من التدابير الوقائية، ومنها فرض التطعيم الواقي أو العلاج اللازم[2]. وفرض إجراء الفحوصات الطبية على المسافرين القادمين والمغادرين بهدف منع انتقال الأمراض الوبائية من فلسطين وإليها[3]. كما قرر القانون أن يكون إدخال الشخص إلى المؤسسة الصحية وإخراجه منها بأمر الطبيب المعالج فيها. بينما جاءت المادة التالية لتقرر بأنه لا يكون إدخال المريض لمؤسسة صحية جبراً، إلا إذا أوجبت حالته علاجه داخل تلك المؤسسة، أو بهدف حماية الآخرين[4].

ويسجل الباحث أن هذه الصلاحيات الواسعة التي منحها القانون لوزارة الصحة وطواقمها تتعارض مع مبدأ القبول الحر كشرط لأي إجراء طبي، فالدخول إلى المؤسسة يجب أن يكون بموافقة صريحة من المريض بالإضافة لأمر الطبيب، وليس كبديل عن موافقة المريض، كما أن للمريض الحق في سحب هذه الموافقة، ووقف العلاج أو الإجراء الطبي الذي سبق أن وافق عليه، بعد اطلاعه على نتائج هذا التصرف وتحمله لمسؤولية هذا القرار، وهو ما أكدته المواثيق والإعلانات الدولية[5]، وهو ما قررته أيضا بعض التشريعات المقارنة[1].

---

[1] راجع المادة (1) من قانون اللبناني رقم (574) المتعلق بحقوق المرضى والموافقة المستنيرة لسنة 2004.

[2] راجع المادة (1/10) من قانون الصحة الفلسطيني.

[3] راجع المادة (2/15) من قانون الصحة الفلسطيني.

[4] راجع المواد (58-59) من قانون الصحة الفلسطيني.

[5] ومن بينها الإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا وحقوق الإنسان الصادر في المادة (6) منه حيث قررت أنه: " لا يجوز إجراء أي تدخل طبي وقائي وتشخيصي وعلاجي إلا بعد إبداء الشخص المعني قبوله المسبق والحر والواعي، استنادا إلى معلومات وافية، وينبغي أن يكون القبول حيثما اقتضى الأمر، صريحا وأن يتسنى للشخص المعني سحبه في أي وقت شاء ولأي سبب كان دون أن يلحقه ضرر أو أذى". اقر المؤتمر العام لمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة اليونسكو هذا الإعلان في باريس بتاريخ 2005/10/19.

كما يرى الباحث أن الصياغة التشريعية المستخدمة في هذا القانون ضمن المواد السابق الإشارة إليها، لا تتوافق مع المبادئ الدستورية، التي تحكم شرعية القيود على الحريات، فهذه الصياغات تتسم بالعمومية الشديدة، وعدم وضوح المدلول، فلا تصلح كقيد قانوني على حرية الاختيار الحر والقبول الحر خلال العمل الطبي، فمصطلح حماية الآخرين كمبرر لإدخال أي شخص جبراً للمؤسسة الصحية مصطلح شديد العموم وغير واضح ، كما أن تعريف المرض المعدي الوارد في القانون والذي بهدف محاربته يتم فرض العلاج أو التطعيم بشكل جبري هو تعريف شديد العمومية [2]، وكذا إجراء الفحص بشكل جبري بدعوى منع انتشار العدوى، دون تحديد مبررات وأسباب قوية، ووضوح حالة الضرورة لذلك الإجراء ومداه ونطاقه الشخصي والمكاني ومن يخضع له، لذا يجب أن تكون عناصر حالة الضرورة واضحة وقوية، من أجل السماح بإسقاط حق الفرد في قبول الفحص أو التطعيم أو العلاج أو دخول المؤسسة الصحية، وبشكل يتوافق مع المعايير الدولية والمبادئ الدستورية [3].

الخاتمة

خلص الباحث بعد تناول موضوعات الدراسة إلى أن المعالجة الدستورية والتشريعية الفلسطينية لا تستجيب للمعايير الدولية في العديد من المحاور؛ نبين أهمها في النتائج، وهو ما يستوجب تدخل المشرع لتحقيق التوافق المفقود كما سيأتي في التوصيات، وذلك كما يلي:

[1] تنص المواد (6-7) من القانون اللبناني الخاص بحقوق المريض والموافقة المستنيرة لسنة 2004 على أنه: " لا يجوز القيام بأي عمل طبي، ولا تطبيق أي علاج من دون موافقة الشخص المعني المسبقة، إلا في حالتي الطوارئ والاستحالة ويجب أن تعطى هذه الموافقة بوضوح وأن يقررها المريض بحرية، ويتمكن من التراجع عنها ساعة يشاء. ويستطيع أي شخص مريض أن يرفض عملاً طبياً أو علاجياً معيناً، كما يستطيع أن يوقف هذا العلاج على مسؤوليته الخاصة، والطبيب ملزم باحترام هذا الرفض بعد أن يكون قد أعلم المريض بعواقبه .."

[2] عرفت المادة (1) من قانون الصحة الفلسطيني المرض المعدي بأنه:" كل مرض قابل للانتقال إلى الآخرين بأي طريقة كانت". دون أن يقوم المشرع ربط الاجراءات بلوائح بأسماء أو نوعية أو خطورة أو اعراض تلك الأمراض المعدية، ودون معايير واضحة ومنضبطة.

[3] يجب أن يخضع أي قيد على الحقوق والحريات العامة لمبادئ دستورية أهمها: أن تدرج هذه القيود في نصوص تشريعية لها صفة العمومية والتجريد، وذات صياغة دقيقة وواضحة ومحددة، وبعيدة عن الغموض والعمومية، بحيث لا تؤدي الألفاظ المستخدمة في النص إلى التوسع في القيد؛ ليكون وسيلة لإهدار للحرية ذاتها، ووفقاً لمعياري الضرورة والتناسب، فالضرورة لابد أن تكون بقدرها ومن هنا جاء التناسب، ولا تناسب إلا بالقدر الضروري. أنظر: خيري أحمد الكباش، الحماية الجنائية لحقوق الإنسان دراسة مقارنة في ضوء أحكام الشريعة الإسلامية والمبادئ الدستورية والمواثيق الدولية، ط (2)، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2008، ص 265 وما بعدها.

أولاً–النتائج:

1. لقي الحق في الصحة اهتمام المجتمع الدولي بدءً من الاعتراف به وفق مفهوم واسع، وصولاً لتقرير معايير دولية ترسم التزامات محددة لضمان الوصول للتطبيق الكامل له، سواء بتوافر امكانية الوصول للحق بجودة ومقبولية كافية، مع وجوب احترام حقوق الأفراد من كرامة إنسانية وخصوصية، وحماية من التمييز والتدخل، وغيرها من الحقوق والمعايير الواجبة الاحترام من قبل الدول خلال سنها للتشريعات والأنظمة المتصلة بالحق في الصحة.
2. تناول القانون الأساسي الفلسطيني بعض جوانب الحقوق الصحية، دون افراد نص خاص يقرر ويضمن الحق في الصحة بشكل صريح ومتكامل، ودون وضع مبادئ دستورية سامية تلتزم بإنفاذها ولا تخالفها السلطة التشريعية خلال تنظيم الحقوق الصحية، ودون تقرير التزامات واضحة وفاعلة على عاتق السلطات العامة لضمان الوصول الكامل لتلك الحقوق.
3. يفتقر النظام القانوني الفلسطيني لوجود قانون خاص يقرر ويحمي حقوق المريض خلال العمل الطبي، كما جاءت المعالجة التشريعية لحقوق المريض الواردة في قانون الصحة العامة ناقصة وتشوبها عيوب مختلفة، فقد تم اغفال الاعتراف ببعض الحقوق الأساسية للمريض، بينما كان الاعتراف بباقي الحقوق بعبارات موجزة وبدون تحديد كافٍ، ومع تضمين القانون العديد من الاستثناءات على تلك الحقوق بما يفرغها من مضمونها؛ وذلك بتعدد الاستثناءات بدون ضوابط كافية تراعي المعايير الدولية والمبادئ الدستورية، وبالأخص حول طبيعة الرعاية المكفولة، والقيود على مبدأ الحرية وعدم التدخل .
4. وجود فراغ تشريعي فلسطيني في مواجهة العديد من أوجه العمل الطبي والمرتبط بالتطورات العلمية كقضايا نقل الأعضاء، والوسائل الطبية المستحدثة كالوسائل التقنية المساعدة على الانجاب، وقضايا الهندسة الوراثية والدراسات المتعلقة بالجينات البشرية، ومن أحكام تنظم المسؤولية الطبية سواء الجانب الموضوعي أو الاجرائي، وقضايا الصحة النفسية والعقلية.
5. انعكس ضعف الإطار الدستوري المنظم للحقوق الصحية، وضعف الضمانات الدستورية الكفيلة بتطبيقها على المعالجة التشريعية الفلسطينية لعديد القضايا ومنها، تنظيم التأمين الصحي وشمولية كفالة الحق في الصحة لكل محتاج لها بما يتناسب مع امكانياته المادية.

ثانياً–التوصيات:

1- تعديل القانون الأساسي الفلسطيني بإضافة مواد تتضمن الاعتراف الصريح بالحقوق الصحية وتقرر مبادئ ومعايير تحكم العمل الطبي، وترسم إجراءات محددة كفيلة بضمان الحقوق الصحية، بما يتوافق مع المعايير الدولية، والالتزامات على دولة فلسطين.

2- تعديل المادة (60) من قانون الصحة العامة الفلسطيني؛ بإضافة نصوص تكفل الاعتراف بحقوق أوسع للمريض، تشمل الحق في أفضل رعاية وعناية طبية ممكنة، وتكفل حماية البيانات الصحية والأسرار الطبية، وكذا الحماية من التمييز.

3- تعديل المواد (10-15-58-59) من قانون الصحة العامة الفلسطيني، وإزالة التعارض مع نص المادة (60) من ذات القانون، وذلك بضبط الاستثناءات الواردة على مبدأ حرية الاختيار وتقييدها بحالة الضرورة وتوفر عناصرها المحددة والالتزام بحدود حالة الضرورة.

4- تعديل قانون الصحة العامة الفلسطيني بإضافة مواد تسد النقص التشريعي، بحيث يتم تنظيم أحكام نقل الأعضاء البشرية، ووسائل الانجاب المساعدة، والأبحاث المتصلة بأمراض السرطان وغيرها من القضايا المستحدثة، وضرورة تنظيم أحكام المسؤولية الطبية بما يضمن حقوق المريض ويحقق أفضل رعاية له، مع عدم اغفال تنظيم الصحة النفسية والعقلية، بشكل ينسجم مع المعايير الدولية واحترام حقوق المريض، وبما يواكب التطورات العلمية الحديثة.

المراجع والمصادر

الكتب العامة والخاصة:

1. أحمد فتحي سرور، الحماية الدستورية للحقوق والحريات، ط (2)، دار الشروق، القاهرة، 2000.
2. أحمد محمد حسان، نحو نظرية عامة لحماية الحق في الحياة الخاصة في العلاقة بين الدولة والفرد، ط (1)، دار النهضة العربية، القاهرة، 2001.
3. اليزابيث لونغينيس، وآخرون، الصحة العامة، مهنة الطب، وبناء الدولة نظرة تاريخية، فصل ضمن مجلد (الصحة العامة في الوطن العربي)، ط (1)، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت،2013.
4. حسني عودة زعال، التصرف غير المشروع بالأعضاء البشرية في القانون الجنائي" دراسة مقارنة "، ط (1)، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2001.
5. خالد مصطفى فهمي، النظام القانوني لإجراء التجارب الطبيبة وتغيير الجنس، ط (1)، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2014.
6. خيري أحمد الكباش، الحماية الجنائية لحقوق الإنسان دراسة مقارنة في ضوء أحكام الشريعة الإسلامية والمبادئ الدستورية والمواثيق الدولية، ط (2)، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2008.
7. سامر جبور وآخرون، الصحة العامة في الوطن العربي، صادر عن الجامعة الامريكية في بيروت، ترجمة البرنامج العالمي لمنظمة الصحة العالمية، ط (1)، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت ،2013.
8. عبد الرحمن أبو النصر، اتفاقية جنيف الرابعة لحماية المدنيين لعام 1949وتطبيقها في الأراضي الفلسطينية المحتلة، ط (1)، مطابع مركز رشاد الشوا الثقافي، غزة، 2000.
9. غادة علي حامد العمروسي، اعتداء الطبيب على النفس وما دونها في ظل المقاصد الشرعية والأخلاقيات الطبية، ط (1)، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2010.
10. فتحي الوحيدي، القانون الدستوري، محاضرات في الحقوق والحريات العامة وفقاً للقانون الاساسي والمواثيق الدولية، دار المقداد للطباعة، غزة، 2011.
11. كارم محمود أحمد، الحماية الجنائية لذوي الاحتياجات الخاصة دراسة مقارنة، ط (1)، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2015.
12. محمد خضر، التنظيم الدستوري في فلسطين، ط (1)، دراسة صادرة عن المركز الفلسطيني لاستقلال المحاماة والقضاة (مساواة)، بدون دار نشر، رام الله، 2015.

13. محمد سامي عبد الحميد ومصطفى سلامة حسين، القانون الدولي العام، الدار الجامعية، بيروت، 1988.
14. محمد سعيد أمين، حرية الصحافة ضمان ممارستها وضوابط تنظيمها، ط (1)، دار النهضة العربية، القاهرة، 2005.
15. هشام محمد القاضي، الامتناع عن علاج المريض بين الفقه الإسلامي والقانون الوضعي دراسة مقارنة، ط (2)، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2011.

الأبحاث والرسائل العلمية والتقارير:

1. أشرف توفيق شمس الدين، الجينات الوراثية والحماية الجنائية للحق في الخصوصية دراسة مقارنة، مجلة البحوث والقانونية والاقتصادية، كلية الحقوق جامعة المنصورة، عدد خاص، المنصورة، 2006.
2. سامي بديع منصور، الخطأ الطبي في القانون اللبناني – دراسة مقارنة، مجلة صوت الجامعية (مجلة علمية محكمة) تصدر عن مركز البحوث والنشر في الجامعة الاسلامية في لبنان، العدد(7)، بيروت، 2015.
3. عبد العزيز مخيمر عبد الهادي، مشروع القانون المصري بشأن السلامة الاحيائية في مجال استخدام الهندسة الوراثية، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية –جامعة المنصورة، عدد خاص، المنصورة، 2006.
4. عصام محمود اسماعيل، المسؤولية الجزائية للطبيب في التشريع الفلسطيني –دراسة تحليلية، رسالة ماجستير غير منشورة – قسم القانون العام، جامعة الأزهر بغزة، غزة، 2015.
5. غياث حسن الأحمد، انعكاسات الكرامة الإنسانية على الأخلاقيات الطبية والحيوية، بحث منشور على موقع مركز دراسات التشريع الإسلامي والاخلاق في قطر على رابط (http://www.cilecenter.org/ar/articles-essays/%D8%A7%) تاريخ الدخول: 2016/7/25.
6. فواز صالح، تأثير التقدم العلمي في مجال الطب الحيوي على حقوق المرضى دراسة قانونية مقارنة، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 25، العدد 2، دمشق، 2009.
7. فواز صالح، مبدأ احترام الكرامة الإنسانية في مجال الأخلاقيات الحيوية دراسة قانونية مقارنة، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27، العدد 1، دمشق، 2011.

8. محمد محمد عبد اللطيف، المبادئ الدستورية والإدارية في مجال الهندسة الوراثية، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، كلية الحقوق جامعة المنصورة، عدد خاص، المنصورة، 2006.
9. معن شحدة ادعيس، الأخطاء الطبية، سلسلة تقارير قانونية رقم (77)، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، نسخة إلكترونية، 2012.
10. هانيا محمد فقيه، السرية الطبية في النظام القانوني اللبناني، مجلة صوت الجامعة (مجلة علمية محكمة) تصدر عن مركز البحوث والنشر في الجامعة الإسلامية في لبنان، العدد 9، بيروت، 2016.

الإعلانات والمواثيق الدولية:

1. دستور منظمة الصحة العالمية المقر عام 1946.
2. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لسنة 1948.
3. العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لسنة 1966.
4. العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية لسنة 1966.
5. المبادئ الأساسية لمعاملة السجناء الذي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة وفق القرار رقم (111/45) في الدورة ال (45) بتاريخ 1990/12/14.

6. التعليق العام رقم (14) لسنة (2000) على القضايا الناشئة عن تنفيذ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والصادر عن لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التابعة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي في الأمم المتحدة في الدورة ال (22) المنعقد في جنيف، 2000.
7. إعلان التزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية الايدز، أقرته الجمعية العمومية بالقرار رقم (دأ-2/26) في الدورة ال (26) بتاريخ 6/27/ 2001.
8. الإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا وحقوق الإنسان، أقره المؤتمر العام لمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة اليونسكو، باريس بتاريخ 2005/10/19.
9. اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التمييز، اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة، وفق القرار رقم (106/61) في الدورة ال (61) بتاريخ 2006/12/13.
10. الإعلان السياسي بشأن فيروس نقص المناعة البشرية (الايدز)، أقرته الجمعية العامة بالقرار رقم(262/60) في الدورة ال (60) بتاريخ 2006/6/2.

القوانين واللوائح:

1. قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة (2004).
2. قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 بنظام التأمين الصحي الحكومي.
3. القانون اللبناني رقم (574) المتعلق بحقوق المرضى والموافقة المستنيرة لسنة 2004.
4. القانون الأساسي الفلسطيني المعدل لسنة 2005.
5. القانون الاتحادي الاماراتي رقم (10) لسنة 2008 بشأن المسؤولية الطبية.
6. قانون الصحة العامة الأردني رقم (47) لسنة (2008).
7. الدستور التونسي لسنة 2014.
8. الدستور المصري لسنة 2014.
9. الدستور الجزائري المعدل لسنة 2016.
10. قرار بقانون الخاص بالضمان الاجتماعي الفلسطيني رقم (6) لسنة 2016.

الحقوق الصحية للمرأة والطفل في التشريعات الفلسطينية

الدكتور/ عمر حمزة التركماني

دكتوراه في القانون العام

جامعة الإسكندرية –جمهورية مصر العربية

ملخص الدراسة:

الحق في الصحة هو حق أساسي من حقوق الإنسان المقننة بالمواثيق الدولية والتشريعات الوطنية، وهو حق يمتلكه جميع الناس دون تمييز، بغض النظر عن الجنس أو العرق أو الديانة، يتفرع عنه الكثير من الحقوق الأخرى، فجُلّ حقوق الإنسان ترتبط به ارتباطاً وثيقاً، بل وتتعلق به وجوداً وعدماً، لذلك يولي جميعنا هذا الحق أهمية كبيرة، وتعتبر الحقوق الصحية للمرأة والطفل ذات نسق خاص باعتبارها تنظم المقتضيات الصحية لفئتين ضعيفتين تحتاج إلى حماية خاصة بالنظر إلى طبيعتهما التكوينية، واحتياجاتهما النفسية، وظروفهما الاقتصادية، وقد ناقشت هذه الدراسة هذا الحق من خلال مبحثين تناولنا في الأول منه ماهية الحق في الصحة، ثم استعرضنا في المبحث الثاني البنية التشريعية الفلسطينية لحقوق المرأة والطفل الصحية وانتهينا إلى خاتمة احتوت على العديد من النتائج والتوصيات كان أهمها تفعيل دور الدولة الرقابي على المرافق الصحية والعاملين فيها، والعمل على انضمام فلسطين للمواثيق الدولية، وتعديل نظام التأمين الصحي بما يضمن كفالة حق التأمين الصحي لغير القادرين بالمجان.

الكلمات المفتاحية: (حقوق، صحية، امرأة، طفل، تشريعات).

Abstract

The right to health is a basic human right that is authenticated by the international conventions and national legislation, a right that belongs to all people without discrimination, regardless of gender, ethnicity or religion, and many other rights are diverted from it which links it closely to human rights. However, its pertain presence gives all of us the right of great significance. such as the health rights of women and children with special format as a regulated health imperative since these two groups are vulnerable and need special protection given the physical formative, psychological and special needs and economic circumstances. This study has discussed this right through the two topics we addressed in first part of the study what is the right to health, and then we reviewed in the second section of the Palestinian legislative structure for women's rights and health of the child and finalized with a conclusion containing many of the findings and recommendations of which the most important recommendation is activating the role of the regulatory state health facilities and staff, and work on Palestine's accession to international conventions, adjusting insurance system health to ensure the right of health coverage to the unprivileged for free.

بسم الله الرحمن الرحيم

خير بداية على الدوام هي البدء بحمد الله جل جلاله، على نعمه التي لا تحصى، وفضله الذي لا يعد، عليه توكلت وبه نستعين " سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا أنك أنت العليم الحكيم".

أولاً: مقدمة البحث:

في العصور الغابرة كان الإنسان يعيش حياة العزلة وحب الذات، حياةً تسيطر عليها القوة، وينعدم فيها العدل، وكان الطغيان يسيطر على مقدرات الأفراد وحقوقهم، فقد استطاع المستبدون أن يغرسوا في وجدان الأمم فكرة تأليه السلطات الحاكمة؛ وأنه لا يجوز معارضتها، ولا رادٍ لمشيئتها، ولا معقب لحكمها، بل يتعين على الأفراد موافقتها والتضرع إليها حتى لا تصيبهم اللعنة الإلهية [1]، فالإنسان كان منزوع الحقوق والحريات، وكانت حياته محفوفة بالبؤس والشقاء.

ولقد دأب الإنسان بالبحث عن وسيلة تنقله من تلك الحياة؛ إلى حياة منظمة ومستقرة يضمن فيها حقوقه وحرياته الأساسية، ويحقق أمنه وسلامته، واستطاع أخيراً أن يصل إلى طريقة لتنظيم علاقته بالسلطة الحاكمة بواسطة عقد سياسي يتنازل فيه الأفراد عن بعض حقوقهم للسلطة الحاكمة في مقابل ضمان حياة الاستقرار والازدهار لهم [2].

ومن هنا وجد الدستور أهميته وقدسيته باعتباره العقد السياسي الذي ينظم مجموعة القواعد الأساسية التي تحدد شكل الدولة، ونظام الحكم فيها، وهو الذي يحدد عمل السلطات العامة وعلاقتها ببعض، ورسم حدود العلاقة بينها وبين الأفراد بما يحقق لهم المستقبل الزاهر ويضمن أمنهم وممتلكاتهم وحقوقهم وحرياتهم[3]، ولتعزيز المبادئ التي يقوم عليها هذا العقد السياسي (الدستور)، فقد صدر العديد من التشريعات الأساسية المكملة له، والتي جاءت لتفصل حقوق الأفراد المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية باعتبارها الضمانات القانونية الحامية للأفراد من إجراءات الحكومات، فجميع هذه التشريعات تعتبر المدخل الذي يلتمس المواقف الأخلاقية والفلسفية التي تدور حول كرامة الإنسان بحكم تحرره من نوازع الشر التي فرضت عليه في العصور القديمة، والتي يأتي في مقدمتها حقه في الصحة باعتباره إنساناً.

ثانياً: أهمية البحث:

بزغت حقوق الإنسان واستقر مفهومها في الوجدان مع بداية تكوين حياة مشتركة لمجموعات البشر، وعلى الرغم من أن الحق في الصحة هو أحد أهم مقومات حقوق الإنسان، إلا أن الصحة

---

[1] د. راغب جبريل سكران، الصراع بين حرية الفرد وسلطة الدولة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، سنة 2011م، ص206.

[2] د. مصطفى أبو زيد فهمي، النظم السياسية والقانون الدستوري، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، سنة 2006م ، ص65، د. طارق عبد الحميد الشهاوي، نظرية العقد السياسي، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، الطبعة الأولى، ص61.

وللمزيد من الاطلاع على نظرية العقد الاجتماعي عند لوك، راجع

Jean Jacques Chevallier, Les grands oeuvres politiques de machivel à nos jours, Paris, 1966, p.85.

[3] د. إبراهيم عبد العزيز شيحا، الوجيز في النظم السياسية والقانون الدستوري، الدار الجامعية للنشر، بيروت، دون سنة نشر، ص281.

بمفهومها المعاصر نشأ خارج المنظومة الفكرية الأولى لحقوق الإنسان، قادماً من الأواسط النقابية التي بدأت تطور برامج مطالبها إلى أن وصلت لما نسميه اليوم بالحق في الصحة[1]، ثم انطلقت تلك المساعي لتجد صداها في كثير من العهود والمواثيق والإعلانات الدولية أبرزها دستور منظمة الصحة العالمية لعام 1946م، والإعلان العالمي لحقوق الإنسان لسنة 1948م، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عام 1966م.

وأمام تزايد وتيرة الاهتمام الدولي بالحق في الصحة، بدأت كل دولة في الأمم المتحدة تولّي هذا الموضوع اهتماماً خاصاً في تشريعاتها، بيد أنه في جولة استطلاعية سريعة لبعض هذه التشريعات؛ نجد أن هناك تتفاوتاً واضحاً في السياسة العامة التي اتبعتها لمعالجة موضوع الحق في الصحة تبعاً لتركيبة النظام السياسي والاقتصادي والاجتماعي، ونوعية العدالة، ودرجة الديمقراطية التي وصلت إليها الدولة.

ومن هنا تبرز أهمية هذا البحث لاستطلاع سياسة المشرع الفلسطيني تجاه الحق في الصحة بشكل عام، والحقوق الصحية للمرأة والطفل بشكل خاص، والتعرف على مدى كفاية التشريعات التي وضعها ضماناً لهذا الحق، وإبراز جوانبها الإيجابية، وتحديد مثالبها السلبية لمحاولة استدراكها لاحقاً.

ثالثاً: أهداف البحث: يهدف هذا البحث إلى تحقيق ما يلي:

1. التعرف على المفهوم الحقيقي للحق في الصحة وعناصره.
2. استطلاع الحقوق الصحية للمرأة والطفل في التشريعات الفلسطينية، ومدى انسجامها مع المعايير الدولية.
3. الوقوف على الأسباب الحقيقية التي تقف خلف تدهور الحقوق الصحية للمرأة والطفل.
4. الوصول إلى الحلول الواقعية للمشكلات التشريعية التي يواجهها الحق في الصحة.

رابعاً: تساؤلات البحث: يثير هذا البحث جملة من التساؤلات نوردها على النحو التالي:

1. ما هي السياسة التشريعية التي اتبعتها الأجهزة البرلمانية التابعة للحكومات الأجنبية المتعاقبة على فلسطين لضمان الحقوق الصحية للمرأة والطفل؟
2. هل نجحت السياسة التشريعية الوطنية في كفالة الحقوق الصحية للمرأة والطفل من منظوره الشمولي؟ وهل استطاعت سلطات الدولة ترجمة النصوص من الناحية النظرية إلى الواقع العملي التطبيقي؟
3. ما هي الخطوات التي يتعين على السلطة التشريعية الفلسطينية اتخاذها للارتقاء بالحقوق الصحية للمرأة والطفل.

[1] د. فيوليت داغر، حق الصحة من حقوق الإنسان، المؤسسة الأوروبية للنشر اللجنة العربية لحقوق الإنسان الأهالي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، سنة 2004م، ص3.

خامساً: منهجية البحث:

سنعتمد في هذه الدراسة على الأسلوب العملي القائم على المنهجية التحليلية، وذلك من خلال استقراء نصوص أهم التشريعات الفلسطينية التي تحدثت عن الحق في الصحة والعناصر المتصلة به والمنبثقة عنه، مع التركيز على ما تعلق منها على الحقوق الصحية للمرأة والطفل من واقع القانون الأساسي الفلسطيني المعدل، وقانون الصحة العامة رقم 20 لسنة 2004م، ونظام التأمين الصحي لسنة 2004م.

سادساً: خطة البحث:

وفقاً لموضوع الدراسة وطبيعتها، ارتأينا تقسيمها إلى مبحثين على النحو التالي:

المبحث الأول: ماهية الحق في الصحة:

المطلب الأول: مفهوم الحق في الصحة

الفرع الأول: تعريف الحق في الصحة

الفرع الثاني: التطور التشريعي للحق في الصحة

المطلب الثاني: عناصر الحق في الصحة وطبيعته القانونية

الفرع الأول: عناصر الحق في الصحة

الفرع الثاني: الطبيعة القانونية للحق في الصحة

المبحث الثاني: البنية التشريعية الفلسطينية لحقوق المرأة والطفل الصحية:

المطلب الأول: الحقوق الصحية للمرأة والطفل في التشريعات الصادرة قبل عام 1993م

المطلب الثاني: الحقوق الصحية للمرأة والطفل في القانون الأساسي

الفرع الأول: محددات الحقوق الصحية للمرأة والطفل

الفرع الثاني: سياسة المشرع الدستوري الفلسطيني تجاه الحقوق الصحية للمرأة والطفل

المطلب الثالث: الحقوق الصحية للمرأة والطفل في بعض التشريعات الفلسطينية

الفرع الأول: الحقوق الصحية للمرأة والطفل في قانون الصحة العامة

الفرع الثاني: الحقوق الصحية للمرأة والطفل في نظام التأمين الصحي

المبحث الأول

ماهية الحق في الصحة

يتوجب علينا قبل استعراض السياسة التشريعية التي تبناها المشرع الفلسطيني للحق في الصحة التعرف على ماهية هذا الحق من خلال بيان مفهومه، وتحديد عناصره وطبيعته، وسيكون ذلك من خلال المطلبين الآتيين:

المطلب الأول: مفهوم الحق في الصحة

المطلب الثاني: عناصر الحق في الصحة وطبيعته القانونية

المطلب الأول

مفهوم الحق في الصحة

الصحة لغةً: تعني ذهاب المرض، وهي خلاف السقم، والمريض هو السقيم ونقيض الصحة، وفي الاصطلاح: هي حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة المحيطة، وهو مفهوم فيه دلالة على اتساع أبعادها، واعتماد تعزيزها، والارتقاء بها على السلامة والكفاءة الجسمية والعقلية، وارتباطها بالسياق الاجتماعي والثقافي والعلاقات مع الغير [1].

أما الحق في الصحة، فقد تباينت تعريفاته تبعاً لاختلاف نظرة الفقيه لهذا الحق، فالبعض عرفه تعريفاً شمولياً يتجاوز مدلول حق الرعاية بصورته البسيطة ليمتد إلى كافة الحقوق المتفرعة عنه، بينما اقتصرت بعض التعريفات على استظهار مفهومه من الناحية القانونية، وهناك من تأثر تعريفه بالمدلول الذي توصل إليه المجتمع الدولي، وهذا ما سنحاول بيانه في هذا المطلب من خلال الفرعين القادمين على النحو التالي:

الفرع الأول: تعريف الحق في الصحة

الفرع الثاني: التطور التاريخي للحق في الصحة

الفرع الأول

تعريف الحق في الصحة

أولاً: الحق في الصحة من المنظور الشمولي: عرف بعض الفقهاء الحق في الصحة تعريفاً شمولياً لا يقتصر على مجرد تقديم الرعايات الصحية المناسبة، بل امتد ليشمل كافة الحقوق الأخرى المعززة له، فهم يرون بأنه (الحق في الحصول على المقومات الأساسية للصحة مثل الحصول على مياه الشرب المأمونة، والإصحاح المناسب، والإمداد الكافي بالغذاء الآمن والمسكن الملائم، وظروف صحية للعمل والبيئة والحصول على التوعية والمعلومات فيما يتصل بالصحة، بما في ذلك ما يتصل منها بالصحة الجنسية والإنجابية، ويتمثل جانب هام آخر في مشاركة السكان في كامل عملية اتخاذ القرارات المرتبطة بالصحة على المستويات المجتمعية والوطنية والدولية)[2].

---

[1] قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري، مجلة دفاتر السياسة والقانون، العدد السادس، سنة 2012م، ص218-219.

[2] إلهام الميرغني، الحق في الصحة في دساتير العالم، مركز دعم التنمية للاستشارات والتدريب، ص2، د. إسماعيل سكرية، الحق في الصحة والدواء، الجامعة اللبنانية، سنة 2013م، ص1.

وتجدر الإشارة هنا: بأن هذا التعريف هو ما فسرته اللجنة المنبثقة عن الأمم المتحدة U.N حول حقوق الإنسان.

ثانياً: الحق في الصحة من المنظور القانوني: يرى بعض الفقهاء أن تعريف الحق في الصحة يجب أن ينظر إليه من الزاوية القانونية، وعليه فهم يرون بأنه (كل ما يستطيع الفرد القيام به في إطار الشرعية القانونية للتمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية) [1].

ثالثاً: الحق في الصحة من المنظور الدولي: عرفت منظمة الصحة العالمية الحق في الصحة بأنه (التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، باعتباره أحد الحقوق الأساسية الثابتة لكل إنسان دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الاقتصاد أو الوضع الاجتماعي) [2].

رأينا الخاص: نرى أن الحق في الصحة يجب أن يؤخذ بمفهومه الشمولي، فهو حق لا يقتصر على مجرد الرعاية الصحية، أو إبعاد الأمراض عن جسم الإنسان فحسب، بل يجب أن يمتد إلى جميع المقومات الأساسية الكفيلة بضمان هذا الحق، سواء من حيث توفير المسكن المناسب، ومد المجتمع بالمياه الصالحة للشرب وفقاً للمعايير الدولية، والحق في الغذاء المناسب، والحق في التثقيف الصحي والجنسي، فجميع تلك العناصر يجب أن تتضافر مع بعضها حتى يتمكن الإنسان من الحصول على حقوقه الصحية.

الفرع الثاني

التطور التشريعي للحق في الصحة

الحق في الصحة هو أحد حقوق الإنسان؛ مر بالعديد من التطورات حتى وصل إلى منزلته الحالية، بدأ فيما جرى عليه العرف على اعتباره أمراً يدخل ضمن دائرة الشؤون الخاصة لا العامة، فلم يكن للدولة أي دور في توفير الرعاية الصحية للأفراد، ثم تلاحقت عليه خطوات التطوير فبدأت الأنظار تتجه نحو إحالة مسئولية الحق في الصحة على الدولة، وكانت أولى خطوات ذلك في بريطانيا خلال حقبة التصنيع عام 1802م، عندما اعتمدت المملكة المتحدة قانون أخلاقيات المتدربين وما تلاها من صدور قانون الصحة عام 1848م، الذي جاء كوسيلة لاحتواء الضغوطات الناجمة عن ظروف العمل السيئة، مروراً بالدستور المكسيكي عام 1834م، الذي أشار لأول مرة بوضوح إلى دور الدولة فيما يتعلق بالمحافظة على صحة المواطنين، وتتويجاً بإنشاء منظمة الصحة العالمية WHO عام 1946م، التي قامت بوضع ونشر مفهوم اجتماعي للصحة يقوم على اعتبارها حالة اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض[3].

---

[1] د. فتحي إدريس علي، د. فوزي بن عمران، د. صلاح الدين مراد محمود، مراد محمود، حق الصحة في الدستور الليبي (قراءة الماضي واستشراف المستقبل) ، يونية 2014م، ص3.

[2] د. فتحي إدريس علي وآخرين، مرجع سابق، ص3.

[3] إنريك غونزاليس، حقوق اقتصادية واجتماعية وثقافية معينة، المجلس الاقتصادي والاجتماعي في الأمم المتحدة، ص276. د. فتحي إدريس علي وآخرين، ص2.

ومن هنا بدأ الاعتراف بالحق في الصحة اعترافاً دولياً في دستور منظمة الصحة العالمية، ثم تأكد في العديد من الإعلانات والمواثيق الدولية، منها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لسنة 1966م، والإعلان الأمريكي لحقوق الإنسان، والميثاق الاجتماعي الأوروبي، والميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب[1].

أما على الصعيد العربي، فهناك الكثير من الاتفاقيات والمعاهدات الدولية التي وقعتها الدول العربية للارتقاء بالحق في الصحة، يأتي في مقدمتها الاتفاقية العربية رقم (7) لسنة 1977م بشأن السلامة والصحة المهنية، كما جاء إعلان (ألما–آتا) الصادر عام 1978م الخاص بالرعاية الأولية ليعزز أيضاً من المفهوم الدولي للحق في الصحة، حيث تعهدت الدول من خلاله العمل على تعزيز الرعاية الصحية للأفراد، ثم استتبع ذلك أربعة مؤتمرات دولية؛ أولها في كندا عام 1986م، وآخرها في جاكرتا عام 1997م، جميعها ناقشت تعزيز الصحة[2].

وهكذا تطور مفهوم الحق في الصحة من التركيز على الرعاية الصحية إلى الحق في العيش حياة صحية ملائمة، وهو أمر يتطلب عادة استثمار أموال الدولة في تعزيز أنماط الحياة الصحية مثل منع التدخين، وفرض رقابة صارمة على الأغذية، والبيئة الصحية الخالية من التلوث، وليس مجرد التفكير في بناء المستشفيات والمرافق العلاجية.

المطلب الثاني

عناصر الحق في الصحة وطبيعته القانونية

يشتمل الحق في الصحة على العديد من العناصر التي ينبغي على كل دولة السعي إلى تحقيقها لضمان تطبيقه على الوجه الأمثل، ويمكننا إجمال تلك العناصر في (التوافر، وإمكانية الوصول، والمقبولية، والجودة)، فهذه العناصر هي مكونات هذا الحق باختلاف أشكاله وبكافة مستوياته. وفي هذا المطلب سنستعرض تلك العناصر، ثم سنتعرض بالقدر المطلوب لطبيعته القانونية من خلال الفرعين الآتيين:

الفرع الأول: عناصر الحق في الصحة

الفرع الثاني: الطبيعة القانونية للحق في الصحة

الفرع الأول

عناصر الحق في الصحة

يتضمن الحق في الصحة مجموعة من العناصر والسمات المترابطة معه، يمكن إجمالها في:

أولاً: التوافر: يقصد به أن تتوفر لدى الدولة المرافق الصحية الكافية للنهوض بالمسئوليات الطبية ورعاية صحة أفرادها، ولا يقتصر الأمر على ذلك فحسب، بل أن المفهوم الشمولي للحق في الصحة يستوجب أن

---

[1] د. ميشال موسى، الخطة الوطنية لحقوق الإنسان (الحق في الصحة) ، مجلس النواب اللبناني، لجنة حقوق الإنسان، سنة 2008م، ص9.

[2] د. ميشال موسى، مرجع سابق، ص10.

تقدم الدولة لمواطنيها مياه الشرب المأمونة، والمرافق الصحية الكافية ومدها بالموظفين المؤهلين لذلك، وأن توفر لهم الأدوية الأساسية[1].

ثانياً: عنصر إمكانية الوصول: يقصد به أن يتمتع الجميع وبدون تمييز بمرافق الصحة، وأن يكون بمقدور الجميع الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة داخل نطاق الدولة، وهذا العنصر له أبعاد متداخلة يمكننا إجمالها على النحو التالي[2]:

1- **عدم التمييز:** يجب أن ترتكز استراتيجية الدولة على تذليل المعوقات على الوجه الذي يسمح لجميع الأفراد الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة داخل إقليم الدولة، خصوصاً المواطنين ذوي الفئات الهشة، فهم الأكثر ضعفاً وتهميشاً بين السكان بحكم القانون والواقع.

2- **إمكانية الوصول المادي:** ويعني ذلك أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة في المتناول المادي والآمن للجميع، لا سيما الفئات الضعيفة والمهمشة، مثل الأقليات، والنساء، والأطفال، وذوي الإعاقة، وكبار السن، علاوة على أن إمكانية الوصول المادي تعني أن تكون جميع المقومات الأساسية للصحة في متناول الجميع مثل مياه الشرب المأمونة، ومرافق الإصحاح الكافية.

3- **الإمكانية الاقتصادية:** ويقصد بذلك مقدرة الأفراد جميعاً على تحمل نفقات الوصول إلى المرافق المرتبطة بالصحة من سلع وخدمات، وأن تقوم الدولة بتسديد قيمة خدمات الرعاية الصحية والخدمات المرتبطة بها وفقاً لقواعد العدل والإنصاف بما يكفل قدرة الأفراد جميعاً على دفع تكلفة الخدمات التي يتلقونها.

4- **إمكانية الوصول إلى المعلومات:** وهذه تشمل حق جميع المواطنين من الوصول إلى المعلومات المتعلقة بالمسائل الصحية والحصول عليها ونقلها، وذلك مثل حقهم بالوصول إلى معلومات تتعلق بالفيروسات –الكبد والأنفلونزا–وما يستجد من أمراض أخرى، لكن ذلك يجب ألا يؤثر على سرية البيانات الشخصية للمرضى، فهذه تبقى سرية ولا يجوز لأحد الاطلاع عليها.

ثالثاً: المقبولية: يجب أن تكون جميع المرافق والسلع المرتبطة بالصحة متوافقة مع الأخلاق الطبية ومتماشية مع الثقافة السائدة في المجتمع، وأن تحترم الأقليات وأن تراعي متطلبات كلا الجنسين ودورة حياتهم، وعلى ذلك يجب أن تكون متفقة من حيث تصميمها مع اعتبارات احترام السرية، ورفع الحالة النفسية للأشخاص[3].

---

[1] إلهام الميرغني، مرجع سابق، ص3.

[2] الحق في الصحة، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية (برنامج الحق في الصحة)، إبريل، سنة 2010م، وحدة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، سنة 2010م، ص8، ورقة بحثية منشورة على الموقع الالكتروني
http://eipr.org/sites/default/files/pressreleases/pdf/right_to_health_ar.pd

[3] الحق في الصحة، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، وحدة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، ورقة شارحة، سنة 2012م، ص10. منشورة على الموقع الالكتروني

رابعاً: الجودة: وبمقتضى الجودة تلتزم الدولة بأن تكون المرافق والسلع والخدمات المتعلقة بالصحة ذات جودة ملائمة، وأن تكون مناسبة علمياً وطبياً وثقافياً، وهذا أمر يعتمد بشكل كبير على الموظفين والأطباء العاملين بالمرافق الصحية، وأن تكون العقاقير والأدوية ومعدات المستشفيات صالحة للاستخدام من حيث صلاحيتها، وأن تكون مياه الشرب مأمونة.

الفرع الثاني

الطبيعة القانونية للحق في الصحة

الحق لغة هو (الصدق)، فيقال: حققت قوله وظنه تحقيقاً، أي صدقت، ويطلق أيضاً على (الواجب) فيقال: حق الشيء يحق، أي وجب، وفي الاصطلاح هو (ما يثبت للإنسان على الغير)[1]. والحق في الصحة هو أحد حقوق الأساسية التي تثبت للإنسان لكونه فرداً، وهي تختلف عن الحاجة التي لا تثبت إلا بالطلب[2].

إذن حينما نتحاور عن الطبيعة القانونية للحق في الصحة، فإننا نكون بصدد الحديث عن مدى التزام للدولة في ضمان هذا الحق، ومدى اتخاذها للخطوات العملية والحقيقية لتحقيقه لصالح الأفراد والوفاء به.

فالحق في الصحة يقع ضمن دائرة المبادئ القانونية الملزمة للدولة، وعليه يتعين أن يتم تحديد الخطوات الواجب على الدولة اتخاذها، والسياسات والإجراءات التي يجب عليها الامتناع عنها؛ لترجمة ونقل هذا الحق من المجال القانوني إلى الواقع العملي التطبيقي، ومما لا شك فيه أن الحق في الصحة شأنه في ذلك شأن باقي الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية يفرض على الدولة مجموعة من الالتزامات المتداخلة[3]، وهو ما سنقوم بإجماله على النحو التالي:

أولاً: الالتزام باتخاذ الخطوات الفعلية لضمان التمتع بالحق في الصحة: وهذا التزام ناشئ من الفقرة الثانية من المادة (2) من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وبمقتضاها تلتزم الدولة فوراً باتخاذ الإجراءات التشريعية والقضائية والتنفيذية والتعليمية لتعزيز الحق في الصحة على المستوى إقليم الدولة، وأن تكون تلك الخطوات متوافقة مع الواقع في الدولة، وهذا الالتزام ذو طابع فوري يتوجب اتخاذه في غضون وقت قصير من الانضمام لهذه الاتفاقية.

htt://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0

[1] د. هاني سليمان الطعيمات، حقوق الإنسان وحرياته الأساسية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، سنة 2001م، ص21 وما بعدها.

[2] الحق في الصحة، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، ورقة شارحة، ص6.

[3] الصحة في قطاع غزة... الواقع والطموح، المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، سلسلة الدراسات، العدد (15)، ص16 وما بعدها.

كما يقع على الدولة التزام بضمان استمرارية عمل المرافق الصحية وتقديم خدماتها النوعية دون انقطاع أو توقف، وهذا لن يتحقق إلا باعتماد نظام عمل معين يضمن ذلك[1].

ثانياً: الالتزام بتسخير كافة الإمكانيات المتاحة في الدولة لتعزيز الحق في الصحة: وهذا التزام يفرض على الدولة توظيف جميع الموارد والإمكانيات سواء المتوفرة لديها أو من خلال ما يتاح لها من المجتمع الدولي بما يخدم الالتزام الملقى على الدولة بمجرد انضمامها لتلك الاتفاقية، والأمر لا يتوقف على ذلك فحسب، بل يتوجب على الدولة إذا لم يكن لديها الموارد الكافية؛ أن تسعى للحصول على الموارد الكافية لتحقيق هذا الالتزام، كما يحتاج هذا الالتزام إلى تخصيص القدر الكافي من ميزانية الدولة لتلبية متطلبات الحق في الصحة، وهو نهج اتبعته السلطة الوطنية الفلسطينية فعلاً خلال الأعوام الممتدة من 2014م-2016م [2].

ونحن نرى: أن هناك صعوبة في وضع معايير واضحة لقياس درجة وفاء الدولة بالتزاماتها بشكل دقيق، فقد كانت ولا زالت الحاجة الماسة لتحديد تلك المعايير بصورة أكثر عملية ودقة لاتخاذها مقياساً لدرجة وفاء الدولة بالتزاماتها المثلى نحو الحقوق الصحية، ولذلك نجد أن منظمة الصحة العالمية ساهمت من خلال برنامجها في تطوير هذه الوسائل لاستخدامها في الدول المتقدمة والنامية على السواء، ويمكننا حصر تلك المعايير على النحو التالي:

1- التأكد من الإجراءات الوقائية (التحصين وتنظيم الأسرة).
2- درجة إشراك الأفراد والمجموعات في التخطيط للرعاية الأولية وتنفيذ ذلك.
3- التأكيد على الرعاية الأولية للأمومة والأطفال.
4- نشر التعليم والمعرفة والتثقيف فيما يخص المشاكل الصحية السائدة وطرق الحماية منها والسيطرة عليها.
5- إعطاء الأولوية الخاصة للحق في الرعاية الطبية للفئات المهمشة والضعيفة كالنساء والأطفال.
6- أن تتاح الرعاية الأولية للأفراد بشكل متساو، وبتكلفة يستطيع الجميع أن يتحملها.

---

[1] عبد الرحمن فطناسي، المسئولية الإدارية لمؤسسات الصحة العامة عن نشاطها الطبي في الجزائر، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر، سنة 2011م، ص22.

[2] وزارة الصحة الفلسطينية، الاستراتيجية الصحية الوطنية (2014-2016) ، سنة 2016م، ص19.
حيث أشار هذا التقرير أن فلسطين تولي أهمية كبيرة لتمويل القطاع الصحي رغم قلة المصادر الوطنية المتاحة وعدم الاستقرار في الدعم الخارجي، ففي العام 2011 بلغت نسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي ما يعادل% 12.3 ، وهذه النسبة أعلى مما هي عليه في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط، ويقدر نصيب الفرد من الإنفاق الصحي بحوالي 310 دولار.

المبحث الثاني

البنية التشريعية الفلسطينية لحقوق المرأة والطفل الصحية

سنتحدث في هذا المبحث عن البنية التشريعية للحقوق الصحية للمرأة والطفل الفلسطيني خلال الحقبات التاريخية المختلفة، مع التركيز على التشريعات التي صدرت زمن الحكومة الفلسطينية بعد قدومها إلى أراضي الوطن عام 1993م، وسيكون ذلك من خلال ثلاث مطالب على النحو التالي:

المطلب الأول: الحقوق الصحية للمرأة والطفل في التشريعات الصادرة قبل عام 1993م

المطلب الثاني: الحقوق الصحية للمرأة والطفل في القانون الأساسي

المطلب الثالث: الحقوق الصحية للمرأة والطفل في بعض التشريعات الفلسطينية

المطلب الأول

الحقوق الصحية للمرأة والطفل في التشريعات الصادرة قبل عام 1993م

مرت فلسطين بالعديد من الظروف غير العادية اقترنت بالصراع الديني والدولي بين الأمم والشعوب عبر التاريخ القديم والحديث، فكانت وما زالت محل نزاع بين الشعوب أصحاب الديانات السماوية الثلاث: الإسلامية، واليهودية، والمسيحية بالنظر لما تتمتع به من مكانة مقدسة، حيث توجد فيها أولى القبلتين وثالث الحرمين الشريفين [1].

ولقد ارتبط تطور النظام التشريعي فيها بالظروف الاستعمارية التي بدأت بالحكم العثماني عام 1517م وحتى 1917م، مروراً بفترة الانتداب البريطاني 1918م وحتى 1948م، لتخضع بعد ذلك للحكم العربي عام 1948م، حيث أصبح قطاع غزة تحت الإدارة المصرية، في حين أصبحت الضفة الغربية تحت حكم المملكة الأردنية الهاشمية، وانتهاءً بالاحتلال الإسرائيلي لأراضي الضفة الغربية وقطاع غزة 1967م [2].

وباستقراء ما صدر من تشريعات متعلقة بالحقوق الصحية للمرأة والطفل في تلك الحقبات، نجد أن الحكومات المتعاقبة على فلسطين لم تولِ هذا الحق العناية اللازمة بما يتفق مع مفهومه الشمولي، وبما ينسجم مع طبيعته القانونية باعتباره حقاً للأفراد يولد العديد من الالتزامات على الدولة، بل كان محور اهتمامها ينصب على إصدار التشريعات التي تحقق أهدافها وتلبي مصالحها.

فمثلاً خلال الحقبة العثمانية، لم يرد أي ذكر لهذا الحق في الدستور العثماني 1876م، واكتفت الحكومة العثمانية بإصدار بعض التشريعات العادية المتعلقة بجانب من جوانب الحقوق الصحية منها نظام الأمراض السارية والمعدية لسنة 1332هـ، ونظام منع تفشي الأمراض السارية في كافة المدارس

---

[1] مركز المعلومات الفلسطيني، بحث بعنوان نشأة نظام التقاضي في فلسطين، منشور على الموقع الالكتروني http://www.pnic.gov.ps/arabic/gover/gov25.hitml

[2] د. مصطفى عبد الحميد عياد، شرح قانون أصول المحاكمات المدنية والتجارية، الكتاب الأول، غير محددة دار النشر، الطبعة الأولى، سنة 2003م، ص34.

لسنة 1331هـ، ونظام العطارين لسنة 1302هـ، ونظام تجارة الأجزاء (العقاقير الطبية) لسنة 1302هـ، وقانون مستشفيات المجانين العثماني لسنة 1293هـ.

أما في عهد الانتداب البريطاني، فقد بقي موضوع الحقوق الصحية للمرأة والطفل في غياهب النسيان، ولم يطرأ عليه في مرسوم دستور فلسطين لسنة 1922م أي جديد، غير أن المستجدات التي لحقت بهذا الحق كان من خلال رزمة التشريعات الصحية التي أصدرتها حكومة الانتداب، بعضها ما زال سارياً حتى الآن، نذكر منها قانون الصيادلة لسنة 1921م، قانون الحجر الصحي لسنة 1922م وتعديلاته، قانون الصحة العامة (تنظيم الأطعمة) لسنة 1935م وتعديلاته، العديد من أنظمة الصحة العامة لسنة 1935م، نظام العقاقير الخطرة لسنة 1936م.

وفي عهد الإدارة المصرية على قطاع غزة، صدر القانون الأساسي رقم 255 لسنة 1955م، والنظام الدستوري لقطاع غزة لسنة 1962م، وكلاهما نظما العديد من الحقوق والحريات العامة، منها الحرية الشخصية، وحرية الإقامة والتنقل، وحرية المسكن، وحرية الاعتقاد، وحرية الفكر، وحق الملكية، وحق مخاطبة السلطات، لكنهما فيما يتعلق بالحقوق الصحية للمرأة والطفل لم يأتيا بجديد، ومع ذلك وجدنا الكثير من التشريعات العادية التي صدرت خلال تلك الفترة قد عالجت الحق في الصحة بشكل عام، والحقوق الصحية للمرأة والطفل بشكل خاص منها على سبيل المثال: الأمر بشأن تقديم الأطفال للتحصين من الدفتيريا وتحديد عدد الحقن لسنة 1951م، والأمر بشأن حظر تلقي أجور أو مكافآت من قبل أطباء الصحة في بعض الحالات لسنة 1955م، والأمر الخاص بإضافة الأدوية والعقاقير الطبية وجميع المواد الكيماوية إلى كشف السلع المقرر إخضاعها للتسعيرة الجبرية لسنة 1960م، وقرار الحاكم الإداري بشأن إنشاء سجلات لقيد البيانات الخاصة بالأشخاص المولودين لسنة 1960م، وقرار مدير الصحة بشأن الحجرات الخاصة بقسم الجراحة وأمراض النساء في مستشفى دار الشفاء لسنة 1961م، والنظام الأساسي للهيئة العامة لرعاية مرضى الدرن وأسرهم لسنة 1967م...

أما الشطر الآخر من الوطن فقد خضع للحكم الأردني، فطبق عليه دستور المملكة الأردنية الهاشمية لسنة 1952م، الذي جاءت نصوصه خاليه من أي إشارة صريحة للحق في الصحة بشكل عام، واستعاض المشرع عن ذلك بتنظيم هذا الحق في تشريعاته العادية نذكر منها على سبيل المثال: قانون الصيادلة وتجارة العقاقير والسموم لسنة 1927م، والعديد من تعليمات المعالجة الطبية، وتعليمات التأمين الصحي لسنة 1965م.

كما صدر في تلك الحقبة دستور الاتحاد العربي لسنة 1958م، وبموجب المادة الثامنة منه مُنِحَ المواطنون في بلاد الاتحاد العربية على اختلاف أجناسهم وأديانهم الحريات والحقوق التي كفلها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

وباعتقادنا أن هذه المرحلة –مرحلة دستور الاتحاد العربي لسنة 1958م– تشكل أولى خطوات تنظيم الحق في الصحة دستورياً، فكما رأينا أن الحكومات السابقة دأبت على تنظيم الحقوق الصحية في

قوانينها العادية، وبذلك تعتبر تلك المرحلة نقطة انطلاق جديدة نحو تعزيز الحق في الصحة واعتباره من الحقوق الدستورية، بل أن المشرع حرص التأكيد على طبيعته القانونية باعتباره من بين الالتزامات المفروضة على الدولة بما يتفق مع متطلباته وعناصره الدولية وفقاً للمواثيق والإعلانات الدولية التي تناولته بشموليته، غير أن نطاق سريانه اقتصر على الأفراد القاطنين في المحافظات الشمالية من أراضي الوطن.

أما في عهد الاحتلال الإسرائيلي، فقد أصدر الحاكم العسكري في قطاع غزة مجموعة من التشريعات التي لها علاقة بالصحة، نذكر منها على سبيل المثال الأوامر الخاصة بقانون الصحة العامة، والأمر بشأن قانون الحجر الصحي لسنة 1974م، ومجموعة من الأنظمة الخاصة بالعقاقير الخطرة، ونظام الخدمات الصحية لسنة 1986م... الخ، كما أصدر نظاماً بشأن الخدمات الصحية لسنة 1979م وتعديلاته في المحافظات الجنوبية.

خلاصة القول: أن معظم التشريعات التي صدرت في عهد الحكومات المتعاقبة على فلسطين لم تُعرْ الحقوق الصحية الاهتمام الكافي بما يتفق مع المعايير الدولية لتحقيق أعلى مستوى من الصحة والرعاية للفلسطينيين، بل كانت تكتفي بإصدار ما يلزم منها لمواجهة مستجدات الأمراض التي يتم اكتشافها للحيلولة دون انتشارها، كما أنها لم تُضْفِ عليه الطابع الشمولي، ولم تتعامل معه على أنه التزام مفروض على الدولة، فالفلسفة التشريعية التي كانت سائدة خلال تلك الأزمنة هي فلسفة تكتيكية وليست استراتيجية.

المطلب الثاني

الحقوق الصحية للمرأة والطفل في القانون الأساسي الفلسطيني

إن الحديث عن الحقوق الصحية للمرأة والطفل في القانون الأساسي يتطلب منا أن نستعرض المحددات الدستورية للحقوق الصحية للمرأة والطفل، وماهية السياسة الدستورية التي اتبعها المشرع الفلسطيني تجاه هذا الحق، وهو ما سنقوم بتوضيحه من خلال الفرعين الآتيين:

الفرع الأول: محددات الحقوق الصحية للمرأة والطفل

الفرع الثاني: سياسة المشرع الدستوري الفلسطيني تجاه الحقوق الصحية للمرأة والطفل

الفرع الأول

محددات الحقوق الصحية للمرأة والطفل

بينا في المبحث الأول عناصر الحق في الصحة، وحصرناها حينئذٍ بعنصر التوافر، وعنصر إمكانية الوصول، وعنصر المقبولية، وعنصر الجودة ، وقلنا بأنه ينبغي أن تسعى كل دولة إلى تحقيقها عبر تشريعاتها المختلفة لضمان فعالية ونفاذ هذا الحق على الوجه الأمثل، غير أن التزامات الدولة لا تقف عند حدود إعمال تلك العناصر فحسب، وإنما يقع عليها عبء اتخاذ الكثير من التدابير التي تمكّنها

من احترام هذا الحق وحمايته وتنفيذه[1]، ويطلق الفقهاء على هذه التدابير (المحددات الدستورية للحق في الصحة)، ونستطيع إجمالها في: الاحترام، والحماية، والتنفيذ، وهو ما سنقوم بتوضيحه في هذا الفرع للوصول إلى مدى نجاعة سياسية المشرع الفلسطيني تجاه الحق في الصحة.

أولاً: الاحترام: يجب على سلطات الدولة (التشريعية والتنفيذية والقضائية) الالتزام باحترام الحقوق الصحية للمرأة والطفل، وعدم تعطيل التمتع بها من خلال وضع العراقيل والقيود التي تحول دون حصول الجميع عليه على قدم المساواة، فمثلاً لا يجوز لأي سلطة انتهاك الحق في الخصوصية للاطلاع على الملفات المرضية للنساء والأطفال بصورة جزافية بقصد التمييز بينهم وبين الأصحاء، ولا يعني ذلك سلب حق الدولة من اتخاذ الإجراءات الوقائية لمنع انتشار المرض، كما يتوجب على السلطات الامتناع عن اتخاذ أية خطوات قد تؤدي إلى حرمان أو انتقاص حق فئة من الفئات بالرعاية الصحية، وكذلك يتوجب على السلطات منع حجب المعلومات الصحيحة الخاصة بالصحة عنهم[2].

ثانياً: الحماية: يتوجب على الدولة اتخاذ التدابير التي تمنع أي طرف ثالث خلاف الحكومة والأفراد من انتهاك الحقوق الصحية للنساء والأطفال أو أن تتدخل في منعهم من حق التمتع بها، وفي سبيل ذلك تلتزم الدولة بإصدار التشريعات التي تضمن عدم انتهاك أي طرف ثالث لهذا الحق، كما يتوجب عليها الوقوف كسور منيع في وجه في كل ما يهدد توفر الخدمات والمنتجات أو سهولة الوصول إليها، أو العبث بمدى ملاءمتها وجودتها[3].

ثالثاً: التنفيذ: وهو التزام تتعهد الدولة بموجبه اتخاذ التدابير التشريعية والإدارية والمالية بهدف التفعيل الكامل للحقوق الصحية للمرأة والطفل، وبمقتضى ذلك عليها أن تتبنى سياسة صحية وطنية تضمن توفير خدمات الرعاية الصحية ومكملاتها من مياه مأمونة، وسكن ملائم، وغذاء مناسب [4].

وهنا يثور تساؤل عن مدى التزام المشرع الفلسطيني بتلك المحددات؟ وهو ما سنجيب عليه من خلال الفرع الآتي.

الفرع الثاني

سياسة المشرع الدستوري الفلسطيني تجاه الحقوق الصحية للمرأة والطفل

لم يتناول القانون الأساسي الفلسطيني الحقوق الصحية للمرأة والطفل بشكل مباشر، ومع ذلك يمكن الاستدلال عليها من واقع حقوق الإنسان الأخرى التي نظمها في نصوصه، مثل الحق في العمل، ورعاية الأمومة والطفولة، والتجارب العلمية، وبيان ذلك على النحو التالي:

---

[1] الحق في الصحة، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، ورقة شارحة، مرجع سابق، ص7.

[2] أندرو كلافام، مقدمة قصيرة عن حقوق الإنسان، ترجمة ميسرة أحمد، دار الشروق، مصر، سنة 2011م، ص165.

[3] الحق في الصحة، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية (برنامج الحق في الصحة)، مرجع سابق، ص11.

[4] أندرو كلافام، المرجع السابق، ص166.

أولاً: التجارب والفحوص الطبية: وفقاً للمادة (16) من القانون الأساسي الفلسطيني المعدل فإنه (لا يجوز إجراء أي تجربة طبية أو علمية على أحد دون رضاء قانوني مسبق، كما لا يجوز إخضاع أحد للفحص الطبي أو للعلاج أو لعملية جراحية إلا بموجب قانون. ينظم القانون أحكام نقل الأعضاء وغيرها من مستجدات التقدم العلمي للأغراض الإنسانية المشروعة).

ثانياً: التأمين الصحي ورعاية الجرحى والمتضررين والمعاقين: وهذا الموضوع نظمته المادة (22) من القانون الأساسي حينما قررت بأنه (1-ينظم القانون خدمات التأمين الاجتماعي والصحي ومعاشات العجز والشيخوخة. 2-رعاية أسر الشهداء والأسرى ورعاية الجرحى والمتضررين والمعاقين واجب ينظم القانون أحكامه، وتكفل السلطة الوطنية لهم خدمات التعليم والتأمين الصحي والاجتماعي).

ثالثاً: مسئولية الدولة في رعاية الأمومة والطفولة: قررت المادة (29) من القانون الأساسي الفلسطيني المعدل بأن (رعاية الأمومة والطفولة واجب وطني، وللأطفال الحق في: 1-الحماية والرعاية الشاملة. 2-أن لا يستغلوا لأي غرض كان ولا يسمح لهم بالقيام بعمل يلحق ضرراً بسلامتهم أو بصحتهم أو بتعليمهم. 3-الحماية من الإيذاء والمعاملة القاسية. 4-يحرم القانون تعريض الأطفال للضرب والمعاملة القاسيتين من قبل ذويهم. 5-أن يفصلوا إذا حكم عليهم بعقوبة سالبة للحرية عن البالغين وأن يعاملوا بطريقة تستهدف إصلاحهم وتتناسب مع أعمارهم.

رابعاً: الجزاءات المترتبة على انتهاك الحقوق والحريات: نصت المادة (32) من القانون الأساسي الفلسطيني المعدل على (كل اعتداء على أي من الحريات الشخصية أو حرمة الحياة الخاصة للإنسان وغيرها من الحقوق والحريات العامة التي يكفلها القانون الأساسي أو القانون، جريمة لا تسقط الدعوى الجنائية ولا المدنية الناشئة عنها بالتقادم، وتضمن السلطة الوطنية تعويضاً عادلاً لمن وقع عليه الضرر).

خامساً: الطبيعة القانونية للحقوق والحريات: وهو ما وضحته المادة (10) من القانون الأساسي المعدل بقولها: (1-حقوق الإنسان وحرياته الأساسية ملزمة وواجبة الاحترام. 2-تعمل السلطة الوطنية الفلسطينية دون إبطاء على الانضمام إلى الإعلانات والمواثيق الإقليمية والدولية التي تحمي حقوق الإنسان).

رأينا الخاص: إن ظاهر السياسة التشريعية المتبعة في فلسطين توحي عدم اهتمام المشرع الدستوري بموضوع الحقوق الصحية الاهتمام الكافي، خصوصاً وأن مستقرئ نصوصه لا يستطيع الوصول إليه إلا من خلال استنباطه من جملة المواد التي تحدثت عن الحقوق الأخرى، غير أن المتبصر بأصول السياسية التشريعية والعالم بمقتضياتها باعتبارها الفلسفة التي تؤطر عملية التشريع؛ بدءاً من اتخاذ القرار ومروراً بالتحليل وتحديد الأولويات للمجتمع مع البحث عن طرق ترجمة هذه السياسة إلى

نص تشريعي[1]، يدرك أن سياسة المشرع الفلسطيني اتجهت نحو تنظيم هذا الحق بعناصره ومحدداته التي سبق الإشارة إليها.

فلو رجعنا إلى ما ورد في القانون الأساسي من نصوص صحية وللقوانين المكملة له، ونظرنا إليها باعتبارها رزمة واحدة لأدركنا أنها تشكل مادة قانونية شاملة للحق في الصحة بشكل عام والحقوق الصحية للمرأة والطفل بشكل خاص.

ويتعزز رأينا المذكور، حينما نعلم أن فلسطين كانت من أوائل الدول التي انضمت للميثاق العربي لحقوق الإنسان، ذلك الميثاق الذي أكد في مادته (39) على ما يلي [2]:

1. إقرار الدول الأطراف بحق كل فرد في المجتمع في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه، وفي حصول المواطن مجاناً على خدمات الرعاية الصحية الأساسية وعلى مرافق علاج الأمراض من دون أي نوع من أنواع التمييز.

2. تشمل الخطوات التي تتخذها الدول الأطراف التدابير الآتية:

أ. تطوير الرعاية الصحية الأولية وضمان مجانية وسهولة الوصول إلى المراكز التي تقدم هذه الخدمات بصرف النظر عن الموقع الجغرافي أو الوضع الاقتصادي.

ب. العمل على مكافحة الأمراض وقائياً وعلاجياً بما يكفل خفض الوفيات.

ت. نشر الوعي والتثقيف الصحي...

ث. مكافحة الممارسات التقليدية الضارة بصحة الفرد.

ج. توفير الغذاء الأساسي ومياه الشرب النقية لكل فرد.

ح. مكافحة عوامل التلوث البيئي وتوفير التصريف الصحي.

خ. مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية والتدخين والمواد الضارة بالصحة.

كذلك فقد أخذ المشرع الفلسطيني على عاتقه الانضمام إلى الإعلانات والمواثيق الدولية الحامية لحقوق الإنسان والتي يأتي في مقدمتها الحقوق الصحية [3]، بل واعتبر أي اعتداء عليها يشكل جريمة لا تسقط بالتقادم [1].

---

[1] د. عدنان الحجار، السياسة التشريعية الفلسطينية في القوانين الاقتصادية، رسالة دكتوراه، جامعة باجي مختار – عنابة، سنة 2010م، ص22، وكذلك راجع عبد الرحمن مغاري، دور البرلمان في صياغة التشريع، بحث منشور على موقع العلوم القانونية، http://www.marocdroit.com

[2] راجع المادة (39) من الميثاق العربي لحقوق الإنسان، المعتمد من قبل القمة العربية السادسة عشرة التي استضافتها تونس، 23 مايو 2004م.

[3] راجع المادة (10) من القانون الأساسي المعدل (1- حقوق الإنسان وحرياته الأساسية ملزمة وواجبة الاحترام. 2- تعمل السلطة الوطنية الفلسطينية دون إبطاء على الانضمام إلى الإعلانات والمواثيق الإقليمية والدولية التي تحمي حقوق الإنسان).

نخلص مما سبق: أن موضوع الحق في الصحة حَظِيَ بالاهتمام الكافي من المشرع الفلسطيني كسياسة تشريعية، وأن الحكومة الفلسطينية تسعى دائماً لتنمية وتطوير هذا الحق ضمن خطتها الاستراتيجية، لكن السؤال الذي يطرح نفسه هنا هو مدى التزام الحكومة بترجمة هذه التشريعات من النصوص النظرية المجردة إلى الواقع التطبيقي العملي؟

إن الإجابة على هذا التساؤل دفعنا الرجوع إلى التقارير السنوية الصادرة عن مؤسسات حقوق الإنسان، ووجدنا أن أكثر التقارير وضوحاً وشمولاً هي الصادرة عن الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان للأعوام (2013-2014)، حيث رصدت واقع الحقوق الصحية الفلسطينية، وأوجه القصور فيه، وإن كان ذلك مرجعه في كثير من الأحيان يعود للأسباب السياسية، وواقع الاحتلال الإسرائيلي، وتتمثل أهم الملاحظات التي أبدتها تلك المؤسسات في نقص الأدوية والتوقف عن تزويد المرضى بها لفترات طويلة[2]، وعدم وجود أسس واضحة وشفافة وعادلة في التحويلات المرضية خارج المؤسسات الصحية التابعة للدولة، والإضرابات المتكررة في مرافق الصحة العاملة لعدم صرف رواتب الموظفين، وتوقف توريد المرضى بالوجبات الغذائية الملائمة، والمحاباة الواضحة في قضايا الإهمال الطبي[3].

المطلب الثالث

الحقوق الصحية للمرأة والطفل في بعض التشريعات الفلسطينية

منذ عودة السلطة الوطنية الفلسطينية إلى أراضي الوطن، عكف كلٌ من المجلس التشريعي الفلسطيني، ومجلس الوزراء على إصدار مجموعة من التشريعات الفلسطينية ضمن نهج فلسفي واستراتيجي يرمي إلى توحيد هذه التشريعات المتشرذمة بين شطري الوطن، وكان من بين ما صدر جملة من القوانين المتعلقة بالحقوق الصحية، يأتي في مقدمتها قانون الصحة العامة رقم 20 لسنة 2004م الصادر عن البرلمان، ونظام التأمين الصحي رقم 113 لسنة 2004م الصادر عن مجلس الوزراء، حيث فصّلت نصوصهما المسائل المتعلقة بالحقوق الصحية للمرأة والطفل، وحددت بوضوح التزامات الدولة اتجاه هذا الحق، وهو ما سنبينه بنوع من التفصيل خلال الفرعين التاليين:

الفرع الأول: الحقوق الصحية للمرأة والطفل في قانون الصحة العامة

الفرع الثاني: الحقوق الصحية للمرأة والطفل في نظام التأمين الصحي

---

[1] راجع (32) من القانون الأساسي الفلسطيني المعدل (كل اعتداء على أي من الحريات الشخصية أو حرمة الحياة الخاصة للإنسان وغيرها من الحقوق والحريات العامة التي يكفلها القانون الأساسي أو القانون، جريمة لا تسقط الدعوى الجنائية ولا المدنية الناشئة عنها بالتقادم، وتضمن السلطة الوطنية تعويضاً عادلاً لمن وقع عليه الضرر).

[2] كامل المنسي، وحمدي الخواجا، الحق في الصحة، مركز الديمقراطية وحقوق العاملين (وحدة البحوث والدراسات)، سنة 2001م، ص26.

[3] للمزيد من الاطلاع، راجع وضع حقوق الإنسان في دولة فلسطين، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، التقرير السنوي التاسع عشر، سنة 2013م، ص125، والتقرير السنوي العشرون، سنة 2014م، ص161 وما بعدها.

كذلك عائشة أحمد، أثر الانتهاكات الإسرائيلية في العام 2008 على قدرة السلطة الفلسطينية على حماية حقوق الإنسان، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، سلسلة تقارير خاصة، العدد 67، سنة 2009، ص64.

الفرع الأول

الحقوق الصحية للمرأة والطفل في قانون الصحة العامة

بتاريخ 2004/8/27م، أصدر المشرع الفلسطيني قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004م، وهو مكون من (13) فصلاً بواقع (58) مادة، خصص منها المشرع الفصل الثاني المكون من (8) مواد للحديث عن الحقوق الصحية للمرأة والطفل، وسبق ذلك بمواد تعريفية عرف من خلالها الطفل بأنه (كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشر من العمر) ، بينما لم يتطرق لتعريف المرأة من باب التعميم والإطلاق، وليؤكد انطباق قواعده على كل امرأة مهما بلغت من العمر وبغض النظر عن حالتها الاجتماعية.

وبالاطلاع على تفاصيل الحقوق الصحية للمرأة والطفل، نجد أن المادة (4) تحدثت عن التزام الدولة بتبني الحقوق الصحية للمرأة والطفل ضمن الاستراتيجية العامة لها بقولها: (على الوزارة إعطاء الأولوية لرعاية صحة المرأة والطفل واعتبارها جزءاً لا يتجزأ من الاستراتيجية الإنمائية للسلطة الوطنية الفلسطينية).

أما المادة (5)، فقد أكدت على دور الدولة في تقديم كافة الخدمات الصحية للمرأة والطفل، فقررت بأنه (على الوزارة توفير الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية المتعلقة بصحة الأم والطفل ومنها: -1. إجراء فحص طبي قبل عقد الزواج ويعمل على عدم توثيق العقد إلا بعد الفحص الطبي للتأكد من خلو الزوجين مما يمكن أن يؤثر على حياة وصحة نسلهما. 2. رعاية المرأة وبصفة خاصة في أثناء فترات الحمل والولادة والرضاعة وتشجيع الرضاعة الطبيعية. 3. متابعة نمو الطفل وتطوره. 4. توعية الأسرة والمجتمع على كيفية رعاية الطفل وحمايته والتعامل معه خلال مراحل نموه وتطوره المختلف).

بينما جاءت المادة (6) لتضمن حق المرأة والطفل على الدولة بتقديم الخدمات الصحية الوقائية، فقررت بأن (1. تقوم الوزارة بما يلي: -أ. وضع برامج التطعيم الوقائي وتنفيذها. ب. العمل على ضمان جودة تلك التطعيمات والمحافظة عليها في أثناء النقل والتخزين والاستخدام. 2. لا تستوفى أي رسوم عن تطعيم المواليد والأطفال والحوامل).

أما المادة (7)، فقد خصصها المشرع لحقوق الطفل الصحية من خلال إلزام والديه بإتباع برامج التطعيم، فقرر المشرع بموجبها بأنه (وفقاً للقانون على والدي الطفل أو من يقوم برعايته الالتزام ببرامج التطعيم التي تضعها الوزارة).

وحظر المشرع في المادة (8) الإجهاض لما يسببه من أخطار على صحة المرأة، فقرر بأنه (يحظر إجهاض أية امرأة حامل بأية طريقة كانت إلا إذا استوجبت الضرورة إنقاذ حياتها من الخطر بشهادة طبيبين اختصاصيين (أحدهما على الأقل اختصاصي نساء وولادة) مع وجوب توفر ما يلي: -أ. موافقة خطية مسبقة من الحامل، وفي حالة عجزها عن ذلك تؤخذ الموافقة الخطية من زوجها أو ولي أمرها ب. أن تتم عملية الإجهاض في مؤسسة صحية 2. على المؤسسة الصحية التي أجريت فيها عملية

الإجهاض الاحتفاظ بسجل خاص، تدون فيه اسم الحامل وتاريخ إجراء العملية ونوعها ومبرراتها، وعليها الاحتفاظ بتلك المعلومات إضافة إلى شهادة الطبيبين، والموافقة الخطية على عملية الإجهاض لمدة عشر سنوات على الأقل).

وترى بعض مؤسسات حقوق الإنسان أن من المآخذ التي تعيب قانون الصحة العامة أنه لم تتطابق أسسه بالقدر الكافي مع المعايير الدولية للحق في الصحة، فهم يرونه قد جاء خلواً من أي بيان لتنظيم الحقوق الصحية للسجناء والمعتقلين، ولم يتعرض لدور نقابات المهن الصحية ولم يضع الضوابط التي تنظم العلاقة بين أصحاب تلك المهن والمرضى، وافتقر كذلك من النصوص التي تحمي الأطباء والعاملين في المهن الطبية عند ممارستهم لعملهم[1]، ومن أهم الانتقادات التي طالت نصوصه أنه ركز على صحة المرأة الإنجابية المتعلقة بالأمومة والطفولة على حساب صحتها في المراحل العمرية المختلفة، فأغفل الرعاية الجسدية والجنسية والنفسية للمرأة خلال مراحل المراهقة وفي سن الأمان وفي مرحلة الشيخوخة، كما لم يولِ أي اهتمام للفئات المهمشة كالفقراء والمسنين وذوي الاحتياجات الخاصة[2].

ونحن بدورنا: نؤيد بعض الانتقادات التي أدلى بها أصحاب الرأي السابق، خصوصاً ما تعلق منها بعدم تنظيم قانون الصحة العامة للحقوق الصحية للسجناء والمعتقلين، ولم يحدد دور نقابات المهن الطبية وعلاقة أصحاب تلك المهن بالمرضى، وافتقاره لبيان النصوص التي تحمي الأطباء والعاملين في المهن الطبية. ونوصي المشرع الفلسطيني أخذ ذلك بعين الاعتبار عند إجراء أول تعديل على هذا القانون.

أما باقي الانتقادات المتعلقة بتركيز قانون الصحة العامة على صحة المرأة الإنجابية على حساب صحتها في المراحل العمرية المختلفة، وإغفال هذا القانون للرعاية الجسدية والجنسية والنفسية للمرأة خلال مراحل المراهقة وفي سن الأمان وفي مرحلة الشيخوخة، فنرى أنها انتقادات في غير محلها.

فقد سبق لنا القول: أن المشرع حينما نظم الحقوق الصحية للمرأة، لم يضع تعريفاً للنساء المخاطبة بأحكام هذا القانون ولم يحصره في إطار معين، وقلنا بأن ذلك يعتبر من باب التعميم والإطلاق، ليؤكد المشرع أن قواعد قانون الصحة العامة تنطبق على كل امرأة مهما بلغت من العمر وبغض النظر عن حالتها الاجتماعية ووضعها النفسي، وبالتالي أي امرأة تجاوزت من العمر الثامنة عشر تتمتع بجميع الحقوق الصحية الواردة في قانون الصحة العامة، أما الفتيات التي تقل أعمارهن عن الثامنة عشر فتعامل المعاملة الخاصة بالحقوق الصحية للأطفال وفقاً لتعريف الطفل الذي أورده المشرع في المادة الأولى هذا القانون.

---

[1] ياسر غازي علاونة، واقع المستشفيات الحكومية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، الهيئة المستقلة لحقوق المواطن، سلسلة تقارير خاصة رقم (17) ، سنة 2009م، ص16.

[2] وضع حقوق الإنسان في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، التقرير السنوي الرابع عشر، سنة 2008، ص123.

كما نرى: أن الانتقادات السابقة لن تنال من أهمية هذا القانون ونجاحه الكبير في تنظيم معظم الحقوق الصحية للمرأة والطفل وفق المعايير الدولية، حيث تعرض هذا القانون لحقوق المرأة والطفل الصحية وأحاطها بقدر من الخصوصية التي تتلاءم مع طبيعتهما التكوينية، وحاجتهما الفسيولوجية، واستطاع المشرع إحاطة هذا الحق بعناصره المختلفة، منها مكافحة الأمراض، وسلامة الأغذية، وتبنى برامج الثقافة الصحية، وضع الخطط لمواجهة المكاره الصحية التي تؤثر سلباً على صحة الإنسان، ونظم عمل المؤسسات الصحية الحكومية وما تقدمه من خدمات للمرضى، وإجراءات مزاولة المهن الطبية والمهن الطبية المساعدة والرقابة عليها، كما نظم تداول العقاقير الطبية، ولم ينسَ المشرع أن يسبغ الحقوق الصحية بطبيعتها القانونية وصفتها الإلزامية من خلال تأكيده على العديد من الالتزامات الملقاة على عاتق وزارة الصحة، وهذه الالتزامات في مجملها تحقق المفهوم الشمولي لهذا الحق[1].

الفرع الثاني

الحقوق الصحية للمرأة والطفل في نظام التأمين الصحي

التأمين في المصطلح المالي المعاصر هو (إعطاء الأمن)، غرضه تأمين الأفراد والشركات من بعض ما يخافون من المكاره مقابل عوض مالي، فمن خلاله يساهم المؤمن عليه دفع بعض أو كل تكاليف الرعاية الصحية، فيحميهم من دفع التكلفة العالية للعلاج في أحوال المرض، ويبدو أن سبب ظهور نظام التأمين الصحي جاء لمعالجة الارتفاع المتزايد في تكاليف الرعاية الصحية الناتج عن اتساع وتيرة التقدم التقني في هذا المجال، مما ترتب عليه عدم قدرة الشرائح الاجتماعية الفقيرة والمتوسطة الحصول على الخدمات الصحية وانحصارها في بعض الفئات الاجتماعية ذات الدخل العالي[2].

---

[1] نصت المادة (2) من قانون الصحة العامة رقم 20 لسنة 2004م على (تنفيذاً لأحكام هذا القانون وبالتنسيق مع الجهات المعنية على الوزارة القيام بما يلي: 1. تقديم الخدمات الصحية الحكومية الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية، وإنشاء المؤسسات الصحية اللازمة لذلك. 2. ترخيص المؤسسات الصحية غير الحكومية ومراقبتها. 3.ترخيص مزاولة المهن الطبية والمهن الطبية المساعدة ومراقبتها. 4.ترخيص الأعمال والحرف والصناعات الغذائية وأماكن بيعها ومراقبتها. 5. توفير التأمين الصحي للسكان ضمن الإمكانات المتوفرة. 6. إدارة المؤسسات التعليمية الصحية التابعة لها والعمل على تحديث وتطوير الخدمات الصحية. 7.ترخيص مصانع الأدوية ومراقبتها بما يضمن جودة العقاقير الطبية وذلك بإنشاء المختبرات اللازمة وتأهيل الطواقم المتخصصة. 8.ترخيص الأدوية المحلية والمستوردة وتسجيلها ومراقبة المستودعات والصيدليات. 9.ترخيص صناعة العطور ومستحضرات التجميل ومراقبتها. 10.وضع الأنظمة واللوائح الخاصة لسلامة الغذاء. 11.الفحص الدوري لمياه الشرب من حيث صلاحيتها للاستخدام الآدمي. 12.ترخيص المنشآت الخاصة بجمع النفايات وكيفية معالجتها والتخلص منها. 13.الإشراف الصحي على أعمال مكافحة الحشرات والقوارض بالتنسيق مع الجهات المختصة. 14.مراقبة الوضع الصحي للسكان من خلال دراسة المؤشرات المناسبة والبيانات الخاصة. 15. الإشراف الصحي على شواطئ البحار وبرك السباحة العامة. 16.الإشراف الصحي على جميع شبكات الصرف الصحي ومحطات معالجة المياه العادمة).

[2] خديجة حسين نصر، نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، سلسلة تقارير قانونية رقم (68) ، سنة 2007م، ص11-12.

إذن فالتأمين الصحي جاء ليزيل العائق المالي بين المريض وحصوله على الخدمة الطبية، وتوفير خدمة طبية متكاملة للمواطن بكلفة مقبولة، ويعمل على زيادة مستوى الطمأنينة لدى الفرد، وتحسين مستوى الخدمات الطبية التي يتلقاها.

ولقد بدأ العمل بالتأمين الصحي في فلسطين منذ عام 1978م، وكان يشمل موظفي الإدارة المدنية، والعاملين في الأراضي الفلسطينية المحتلة، والحالات الصعبة المتبناة من دائرة الشؤون الاجتماعية، ولدى عودة السلطة الوطنية الفلسطينية إلى أراضي الوطن، بادرت بإصدار نظام التأمين الصحي الحكومي رقم 113 لسنة 2004م، وبموجبه وسعت الفئة المنتفعة بالتأمين الصحي الحكومي فأصبحت تشمل جميع الدوائر الحكومية من وزارات مدنية، وأجهزة أمنية، وقطاع العمال الخاضعين لقانون التأمينات الاجتماعية، وتم توفير تغطية صحية مجانية لعائلات الشهداء والأسرى، وكذلك الأطفال دون سن الثالثة من العمر[1]، كما تساهم وزارة الصحة في تكاليف علاج المرضى المحولين للعلاج خارج مراكز الوزارة، حيث تبلغ نسبة مشاركتها 95% بينما يتحمل المريض 5% فقط[2].

ونظام التأمين الصحي الفلسطيني باعتباره من بين التشريعات المعززة للحقوق الصحية؛ هو حق لكل فرد من أفراد المجتمع، ذكوراً كانوا أم إناثا، فوفقاً لما جاء في المادة (6) من النظام المذكور يستفيد الأطفال الذين لم يتجاوزوا الثلاث سنوات من سلة الخدمات الصحية حتى ولو لم يكن مؤمناً عليهم [3].

كذلك ساهم هذا النظام في ضمان الحقوق الصحية للمرأة والطفل، حينما ألحق بالموظف المؤمن أسرته ومرافقيه، والأسرة بموجب أحكام هذا النظام تتألف من الزوج والزوجات والبنت حتى سن 18 سنة، بينما يشمل المرافقين كل من لا دخل لهم ومعالين من قبل صاحب التأمين الصحي، ويأتي في مقدمتهم: الأم فوق سن الستين شريطة أن لا يكون لها دخل، والأم الأرملة، والأخوات الأيتام حتى 18 سنة بأمر وصاية، وأبناء الأخوة أو الأخوات حتى 18 سنة الأيتام بأمر وصاية، والبنت المطلقة وأولادها، والبنت الأرملة وأولادها إذا كانت تحت رعاية المؤمن، والأخت العزباء فوق 18 سنة على أن تكون معالة من صاحب التأمين بموجب حجة شرعية، ,زوجة الأب.

وبالرغم من المعالم الإيجابية الكثيرة التي سجلها هذا النظام للارتقاء بالحقوق الصحية للمرأة والطفل، إلا أن البعض يرى أنه استثنى من نطاقه العديد من الخدمات الصحية مثل: الأجهزة واللوازم الطبية المساعدة كالأطراف الصناعية والكراسي المتحركة، النظارات والعدسات اللاصقة، وأجهزة السمع

---

[1] خديجة حسين نصر، مرجع سابق، ص27.

[2] راجع المادة (4) من الملحق رقم (1) من قانون الصحة العامة رقم 20 لسنة 2004م

[3] راجع ما جاء بالمادة (6) من نظام التأمين الصحي (113) لسنة 2004م، بقولها :(أ. يحق للأطفال حتى سن ثلاث سنوات الاستفادة من سلة الخدمات الصحية الحكومية داخل مراكزها فور حاجتهم سواء كانوا مؤمنا عليهم أو غير مؤمن عليهم. ب. لعلاج الأطفال دون سن ثلاث سنوات خارج مراكز الوزارة، يشترط أن يكون لدى العائلة تأمين صحي ساري المفعول ويطبق نظام العلاج التخصصي للتحويل بالخارج...).

والقوقعة، تركيب الأسنان، أجهزة صدمات القلب، علاجات العقم، الأدوية التي تخرج من قائمة العقاقير الأساسية المعتمدة في وزارة الصحة، تغطية نفقات الإقامة لمرافق المريض ما لم تقرر لجنة التحويل لأسباب طبية خلاف ذلك، حوادث الطرق وحوادث العمل والحوادث القضائية، الحالات غير الطارئة في مراكز الطوارئ حسب برتوكولات إدارة المستشفيات، استخدام سيارة الإسعاف بطلب ذاتي، المساهمة حسب النظام، التطعيم لأغراض السفر للخارج، تصديق الوثائق، الفحص لطلب رخصة سياقة، التقارير الطبية بطلب شخصي، تصوير الملفات وفقا للأنظمة[1].

والحق برأينا: أن ذلك القول لن ينتقص من المميزات البارزة لهذا النظام، ودوره الفعال في الارتقاء بالوضع الصحي للمواطنين، وتغطيته لمعظم الشرائح السكانية على اختلاف أجناسهم وأعمارهم ووظائفهم، كما أنه يلقي بظلاله على جميع الأمراض المزمنة والمستعصية والعارضة، وإذا ما قارناه بأنظمة التأمين الصحي الحكومي في الدول المقارنة سنجد أنه من أكثر الأنظمة التي تتوافق نصوصه مع المعايير الدولية، وبالتالي لن ينال من مكانته إخراج بعض الخدمات الطبية غير الأساسية من نطاقه، إذا كان الوضع الاقتصادي للدولة يبرر ذلك.

مجمل القول: أن الحقوق الصحية للمرأة والطفل الفلسطيني بزغت معالمها المتآلفة مع المعايير الدولية منذ لحظة صدور قانون الصحة العامة، ونظام التأمين الصحي، فكلاهما استطاع تلبية قدر لا بأس من طموح الأفراد للتمتع بمستوى صحي عالي، وأن الحكومة الفلسطينية تبذل قصارى جهدها للارتقاء بهذا الحق على الصعيد العملي، رغم ما تواجهه من تحديات على الصعيد السياسي والاقتصادي والأمني [2].

الخاتمة:

تناولنا في هذه الدراسة الحقوق الصحية للمرأة والطفل في التشريعات الفلسطينية، وبعد أن استعرضنا ماهية هذا الحق وتحيد أهميته وعناصره ومكملاته، وبنيته التشريعية، وصلنا إلى العديد من النتائج والتوصيات نوردها على النحو التالي:

أولاً: النتائج:

1. لا يقتصر الحق في الصحة على مجرد تقديم الرعاية الصحية، أو إبعاد الأمراض عن جسم الإنسان، بل يجب أن يمتد إلى جميع المقومات الأساسية الكفيلة بضمانه، سواء من حيث توفير المسكن المناسب، ومد المجتمع بالمياه الصالحة للشرب وفقاً للمعايير الدولية، والحق في الغذاء المناسب، والحق في التثقيف الصحي والجنسي، فجميع تلك العناصر يجب أن تتضافر مع بعضها حتى يتمكن الإنسان من الحصول على حقوقه الصحية.

---

[1] خديجة حسين نصر، مرجع سابق، ص67.

[2] للمزيد من الاطلاع على التحديات التي تواجه الحق في الصحة في فلسطين، راجع د. مجدي عاشور، الصحة في قطاع غزة الحصار والنار والانقسام الداخلي)، برنامج غزة للصحة النفسية، سنة 2008م، ص50.

2. الحق في الصحة يقع ضمن دائرة المبادئ القانونية الملزمة للدولة، وعليه يتعين عليها أن تحدد الخطوات الواجب اتخاذها، والسياسات والإجراءات التي ينبغي عليها الامتناع عنها؛ لترجمة ونقل هذا الحق من المجال القانوني إلى الواقع العملي التطبيقي، وبالتالي لا تقف التزاماتها عند حدود إعمال عناصر الحق في الصحة فحسب، وإنما يقع عليها عبء اتخاذ التدابير التي تمكنها من احترام هذا الحق وحمايته وتنفيذه.
3. لم يتناول المشرع الفلسطيني في القانون الأساسي الحقوق الصحية للمرأة والطفل بشكل مباشر، ورغم ذلك لا يمكننا اعتباره من باب القصور، إذا أدركنا أن سياسة المشرع الفلسطيني اتجهت نحو تنظيم هذا الحق من خلال التشريعات المكملة للدستور مثل قانون الصحة العامة، وقانون التأمين الصحي، إضافة إلى تنظيمه لكثير من المسائل الصحية الأخرى في ذات القانون الأساسي.
4. إن الحقوق الصحية للمرأة والطفل الفلسطيني بزغت معالمها المتفقة مع المعايير الدولية منذ لحظه صدور قانون الصحة العامة، وقانون التأمين الصحي، فكلاهما لبى أعلى مستوى يمكن للفرد بلوغه، وأن الحكومة الفلسطينية تبذل قصارى جهدها للارتقاء به على الصعيد العملي، ولا ينقص من أهمية دور الدولة والتزامها بتعزيز الحقوق الصحية ما تواجهه من تحديات على الصعيد السياسي والاقتصادي والأمني.

ثانياً: التوصيات:

1. تفعيل كافة النصوص التشريعية الصحية وترجمتها من حالتها القانونية إلى التطبيق العملي لبلوغ أعلى مستوى صحي يمكن بلوغه.
2. العمل دون إبطاء على انضمام فلسطين للمواثيق الدولية الخاصة بالحقوق الصحية خصوصاً وأن وضع فلسطين القانوني الآن يخولها حق الانضمام لمثل تلك الاتفاقيات بعد حصولها على صفة دولة مراقب غير عضو في الأمم المتحدة.
3. تعديل قانون الصحة العامة بما يضمن إفراد مواد مستقلة تبين الحقوق الصحية للسجناء والمعتقلين، وتنظيم دور نقابات المهن الطبية وعلاقة أصحاب تلك المهن بالمرضى.
4. إفراد مواد قانونية خاصة في قانون الصحة لحماية الأطباء والعاملين في المهن الطبية ليتمكنوا من أداء مهامهم على أكمل وجه.
5. تعديل نظام التأمين الصحي بما يضمن كفالة حق التأمين الصحي لغير القادرين بالمجان.
6. تهيئة المناخ السياسي، وتوفير الموارد المالية الكفيلة باستمرار عمل المرافق الصحية دون انقطاع.

قائمة المراجع المحتملة

أولاً: الكتب والمؤلفات العامة:

1. د. إبراهيم عبد العزيز شيحا، الوجيز في النظم السياسية والقانون الدستوري، الدار الجامعية للنشر، بيروت، دون سنة نشر.
2. أندرو كلافام، مقدمة قصيرة عن حقوق الإنسان، ترجمة ميسرة أحمد، دار الشروق، مصر، الطبعة الأولى، سنة 2011م.
3. إنريك غونزاليس، الحق في الصحة، دليل تدريبي لدعاة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المنتدى الآسيوي لحقوق الإنسان والتنمية (منتدى آسيا)، جامعة منيسوتا، مكتبة حقوق الإنسان.
4. د. راغب جبريل سكران، الصراع بين حرية الفرد وسلطة الدولة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، سنة 2011م.
5. د. عبد الغني بسيوني عبد الله، النظم السياسية والقانون الدستوري، الدار الجامعية للطباعة والنشر، سنة 1993م
6. د. صلاح الدين مراد محمود، حق الصحة في الدستور الليبي (قراءة الماضي واستشراف المستقبل)، سنة 2014م.
7. د. طارق عبد الحميد الشهاوي، نظرية العقد السياسي، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، الطبعة الأولى.
8. د. فيوليت داغر، حق الصحة من حقوق الإنسان، المؤسسة العربية الأوروبية للنشر، الطبعة الأولى، سنة 2004م.
9. كامل المنسي – حمدي الخواجا، الحق في الصحة، مركز الديمقراطية وحقوق العاملين، الطبعة الأولى، سنة 2001م.
10. د. مصطفى أبو زيد فهمي، النظم السياسية والقانون الدستوري، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، سنة 2006م.
11. د. مصطفى عبد الحميد عياد، شرح قانون أصول المحاكمات المدنية والتجارية، الكتاب الأول، غير محددة دار النشر، الطبعة الأولى، سنة 2003م.
12. د. هاني سليمان الطعيمات، حقوق الإنسان وحرياته الأساسية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، سنة 2001م.

ثانياً: الأبحاث والأوراق العلمية:

1. د. إسماعيل سكرية، الخطة الوطنية لحقوق الإنسان "الحق في الصحة"، لجنة حقوق الإنسان النيابية، لبنان، 2007م.

2. إلهامي الميرغني، الحق في الصحة في دساتير العالم، مركز دعم التنمية للاستشارات والتدريب، بدون سنة نشر.
3. د. فتحي إدريس علي، د. فوزي بن عمران، د. صلاح الدين مراد، حق الصحة في الدستور الليبي – قراءة الماضي واستشراف المستقبل–، يونيو، سنة 2014م.
4. قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري، مجلة دفاتر السياسة والقانون، العدد السادس، سنة 2012م.
5. عائشة أحمد، أثر الانتهاكات الإسرائيلية في العام 2008م على قدرة السلطة الوطنية الفلسطينية على حماية حقوق الإنسان، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، رام الله، سنة 2009م.
6. عبد الرحمن فطناسي، المسئولية الإدارية لمؤسسات الصحة العامة عن نشاطها الطبي في الجزائر، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر، سنة 2011م.
7. د. عدنان الحجار، السياسة التشريعية الفلسطينية في القوانين الاقتصادية، رسالة دكتوراه، جامعة باجي مختار – عنابة، سنة 2010م.

ثالثاً: الدوريات والتقارير السنوية:

1. الصحة في قطاع غزة... الواقع والطموح، المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، سلسلة الدراسات، العدد (15).
2. تحديات الحق في الصحة النفسية في قطاع غزة، مركز الميزان، سنة 2010م.
3. وزارة الصحة الفلسطينية، الاستراتيجية الصحية الوطنية (2014–2016).
4. وضع حقوق الإنسان في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، التقرير السنوي الرابع عشر، سنة 2008م.
5. نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، سلسلة تقارير قانونية رقم (68)، سنة 2007م.
6. واقع المستشفيات الحكومية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية، الهيئة المستقلة لحقوق المواطن، سلسة تقارير خاصة رقم (17)، سنة 2009م.

رابعاً: المواقع الإلكترونية:

1. الحق في الصحة، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، وحدة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية.
2. دور البرلمان في صياغة التشريع، بحث منشور على موقع العلوم القانونية.
3. مركز المعلومات الفلسطيني، بحث بعنوان نشأة نظام التقاضي في فلسطين.

خامساً: التشريعات القانونية والمواثيق الدولية:

1. الاتفاقية العربية رقم 7 لسنة 1977م بشأن السلامة والصحة المهنية.
2. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لسنة 1948م.

3. العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لسنة 1966م.

4. القانون الأساسي الفلسطيني المعدل.

5. الميثاق العربي لحقوق الإنسان لسنة 2004م.

6. دستور منظمة الصحة العالمية لعام 1946م.

7. قانون الصحة العامة رقم 20 لسنة 2004م.

8. نظام التأمين الصحي الحكومي رقم 113 لسنة 2004م.

العنوان: الحماية المقررة لحق الصحة للطفل الفلسطيني في القانون الدولي

أ . حـدو رابح

ملخص:

الثابت أن القانون الدولي المعاصر لا يعترف بالاحتلال الإسرائيلي لفلسطين إلا أنه ينظم هذه الواقعة ونتائجها، ومن بين هذه المسائل محل التنظيم هي حق الصحة للأطفال الفلسطينيين، ويعتبر هذا الحق من أهم الحقوق التي لا غنى عنها والتي يقوم عليه بقية الحقوق، ويعتبر الطفل من الفئات الضعيفة التي تحتاج إلى حماية معززة لأنهم أجيال المستقبل.

وتعتبر هذه الدراسة محاولة جادة لدراسة حق الطفل الفلسطيني في الصحة طبقا لأحكام القانون الدولي لحقوق الإنسان التي أفرزت الممارسات الدولية إمكانية انطباقه على حالات النزاع المسلح وحالات الاحتلال، ومع إبراز سلسلة القواعد الإنسانية بموجب القانون الإنساني سواء العرفية والاتفاقية التي تولي للأطفال حماية خاصة حفاظا على صحتهم وسلامهم مع مراعاة المركز القانوني لدولة فلسطين من ناحية القانون الدولي من حيث دراسة الموضوع.

وانبثق عن هذه الدراسة العديد من النتائج التي تساهم في معرفة حق هذه الفئة _ حق الطفل الفلسطيني في الصحة_ بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني وذلك لتمكين صاحب الحق من ممارسة سلطات صاحب الحق والتمتع به، وإمكانية إثارة مسؤولية قوات الاحتلال الإسرائيلي التي تتنصل من المسؤولية الدولية.

الكلمات الدالة: حق الصحة _ الطفل الفلسطيني _ حماية _ مسؤولية

Abstract :

International law today does not recognize the Israeli occupation of Palestine, but it regulates the status and its consequences, and among these issues of regulation are the right for the health of Palestinian children, and is considered the most important rights that are indispensable and support the rest of the children rights. Children are a vulnerable group that requires enhanced protection because they are the future pillars of society.

This study is a intense attempt to examine the Palestinian right to health of children in accordance with the provisions of international human rights law which produced the international practices, the possibility of its application in situations of armed conflict and situations of occupation, with the focus on a series of humanitarian rules under humanitarian law, both customary and Convention, which offer children special protection in order to preserve their health and their peace taking into account the legal status of the State of Palestine in terms of international law related to the study of the subject.

This study has risen many of the results that contribute to the knowledge of the right of this category under international human rights law and international

humanitarian law to enable the Palestinian child to exercise his right authorities and the possibility of holding responsible the Israeli occupation forces, which disavows international laws.

Key words: The right to health _ Palestinian Child_ protection_ liability

مقدمة:

إن حق الطفل الفلسطيني في الصحة يحظى بتنظيم قانوني دولي مزدوج، وذلك بموجب قواعد القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني، فالأول يتضمن قواعد قانونية قابلة للتطبيق في كل الأوقات أي في زمن السلم والنزاع المسلح بنوعيه، ولكن إذا كنا بصدد نزاع مسلح نجد أن قواعد القانون الدولي الإنساني بنوعيها قابلة للتطبيق سواء اتفاقية أو عرفية، وهنا نطبق قاعدة القانون الخاص يقيد العام وبالتالي ينطبق القانون الإنساني، وذلك لاشتماله على قواعد قانونية أكثر دقة وخصوصية.

ومن الناحية القانونية تحظى فلسطين بوضع قانوني ذي طبيعة خاصة في نظر القانون الدولي، ونتيجة لذلك يترتب عن ذلك نتائج قانونية مسلم بها ، وتعتبر الدولة الفلسطينية لها حقوق وعليها واجبات وذلك طبقا لميثاق الأمم المتحدة ، فعلى سبيل المثال عند التوقيع أو التصديق أو الانضمام إلى اتفاقيات حقوق الإنسان بصفة عامة وحقوق الطفل بصفة خاصة من الجهة المختصة بذلك ، تلزم قانونا باحترام التزاماتها الدولية وضرورة تكريس المعاهدات في تشريعاتها الوطنية ، أما قواعد القانون والإنساني الاتفاقية تنطبق على أطرافها أما القواعد العرفية واجبة الانطباق دون مراعاة شرط التصديق.

ويكتسي البحث في هذا الموضوع أهمية بالغة بالنظر للوضعية القانونية للحق ولصاحب الحق التي تعرف العديد من النقائص والثغرات في حماية الحق وصاحبه ولاسيما في ظل الحالة القانونية لدولة فلسطين ، وكذا الانتهاكات الواقعة على صاحب الحق من قبل الاحتلال الإسرائيلي والتي حالت دون تكمن صاحب الحق _ الطفل الفلسطيني_ دون ممارسة حقه وبالإضافة إلى العراقيل تفرض للحيلولة دون التمتع بهذا الحق، وبالتالي كل هذه الاعتبارات تعتبر دوافع تزيد من أهمية وقيمة البحث في الموضوع والذي يحتاج للعديد من الدراسات القانونية التي تساهم في تبيان النقائص والثغرات والصعوبات في التمتع بالحق وذلك للوصول لحماية الحق والمزايا التي يخولها لصاحبه كما هو مقرر في القانون الدولي .

إن الهدف المتوخى من معالجة هذا الموضوع هو الوقوف على التزامات الدولة الفلسطينية لضمان هذا الحق وتقييمها، ومحاولة حصر بعض الانتهاكات الواقعة على هذا الحق بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الإنساني بالإضافة إلى إثارة قواعد المسؤولية الدولية ذات الصلة.

وبناءً على ما سبق ذكره يمكن طرح الإشكالية التالية: ما هو المدلول القانوني لصاحب الحق _ الطفل الفلسطيني _ ومحل الحق _ حقه في الصحة_ وما هو القانون الذي يحكم انتهاكات حق الصحة للطفل الفلسطيني في ظل الاحتلال الإسرائيلي، وهل يمكن المطالبة بجبر الضرر بشكل فردي؟

مبدئيا قبل الخوض في تفصيل الموضوع طبيعة هذه الدراسة ليس تفصيل الموضوع _ حق الطفل الفلسطيني في الصحة والقواعد الواجبة الانطباق على الحق وصاحب الحق في وضع الاحتلال للأراضي الفلسطينية ، ولكن مضمون هذه الدراسة يكمن في تبيان التزامات الدولية الفلسطينية بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان في ضمان وحماية تمتع أطفالها بحقهم في الصحة ومدى التزامها بتحقيق ذلك ، ومن ناحية أخرى أثبتت الممارسة الدولية انطباق قواعد القانون السالف الذكر في النزاعات المسلحة الدولية وبالتالي نحاول إثارة المسؤولية عن انتهاكات إسرائيل لهذا القانون وبشكل ملازم للجرائم الناتجة عن التنصل من أحكام القانون الإنساني ومع نتائج المسؤولية الدولية بنوعيها .

وتم الإجابة على هذه الإشكالية من خلال المطالب التالية:

المطلب الأول: الدولة الفلسطينية وضمان حق الصحة للطفل

المطلب الثاني: انتهاكات إسرائيل لحق الصحة للطفل الفلسطيني بموجب قواعد القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني

المطلب الثالث: المسؤولية الجزائية والمدنية المترتبة عن انتهاك حق الصحة للطفل الفلسطيني

المطلب الأول: الدولة الفلسطينية وضمان حق الصحة للطفل

مبدئيا من الناحية المنهجية قبل الخوض في تفصيل الموضوع يتعين علينا معرفة صاحب الحق، لأنه هو المخاطب بالأحكام القانونية التي تهدف لتنظم حقه، وحمايته من الاعتداء عليه، وذلك في الفرع الأول، وتناولت في الفرع الثاني مضمون حق الصحة حسب قانون الدولي لحقوق الإنسان، وفي فرع ثالث التزامات الدولية لدولة فلسطين.

الفرع الأول: المدلول القانوني للطفل الفلسطيني

بدء ذي بدء كانت مسألة حقوق الإنسان شأنا داخليا يعنى بتنظيمها القانون الدستوري ، وكانت النظرة للقانون الدولي في بادئ الأمر على أنه تدخل في الشؤون الداخلية ، ومن ثم أصبحت هذه الحقوق جزءا من القانون الدولي مع التطورات التي عرفها القانون الدولي ، حيث تم تنظيم حقوق الأطفال بالعديد من المواثيق الدولية كاتفاقية حقوق الطفل لعام 1989 ، وهذه الاتفاقية تعتبر المرجع عند تناول مسألة حقوق الأطفال في أي حق من الحقوق والتي تحظى بتصديق شبه عالمي ، واعتمدنا على هذه الاتفاقية في تحديد مفهوم الطفل، وفي تفصيل حقه في الصحة .

ولقد نصت اتفاقية الطفل لعام 1989 على مدلول الطفل وذلك بموجب المادة 01: " ... الطفل كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة، ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه "[1].

ومنه نستشف أن الطفل في نظر الاتفاقية كل ذكر أو أنثى مادون الثامنة عشرة فهو طفل، ولكن نجد العبارة الأخيرة من المادة 01 أحالت للقوانين الوطنية التي تنظم سن الرشد لتحديد ذلك، ومعنى ذلك أن الاتفاقية لم تحدد وتضبط سن الطفل، بل تركت ذلك للسلطة التقديرية لكل دولة بموجب قانونها الوطني حتى وبالرغم من أن الإنسان واحد عبر العالم، ومن شأن تلك الصياغة تفضي إلى اعتبار أن شخص يعتبر طفلا في دولة ما ولكن يعتبر راشدا في دولة أخرى.

وصدقت السلطة الفلسطينية على اتفاقية الطفل ، وانعكس ذلك على تحديد سن الطفل بموجب القانون رقم 07 لعام 2007 المعدل والمتمم ، ويعتبر طفلا في نظر القانون الفلسطيني كل من لم يبلغ الثامن عشر ة سنة ، وهذا بالنسبة للسن الأقصى ،وأما بالنسبة للسن الدنيا ، يمكن القول بغض النظر عن ما تم تناوله في هذا الشأن أن السن الدنيا للطفل تبدأ من تمام ولادته حيا وانفصاله عن أمه ، وأما وضعية الطفل قبل الولادة لا تعتبر طفلا بل جنينا وله أحكام خاصة ، ومنه سن الطفل يبدأ من تمام ولادته حيا وانفصاله التام عن أمه إلى ما دون الثامنة عشر .

---

[1]– راجع: اتفاقية الطفل لعام 1989، متاح على الموقع التالي: www.un.org

الفرع الثاني: المدلول القانوني لحق الصحة

قدمت العديد من التعريفات لحق الصحة سواء من جانب الفقه أو المنظمات الحكومية وغير الحكومية وحتى الاتفاقيات نظمت هذا الحق باعتباره حق من حقوق الإنسان، سواء اتفاقيات حقوق الإنسان بصفة عامة واتفاقيات حقوق الطفل بصفة خاصة.

عرف الفقيه ونسلو winslow حق الصحة بأنه: " علم وفن تحقيق الوقاية من الأمراض وإطالة العمر، وترقية الصحة والكفاية، وذلك بجهود منظمة للمجتمع من أجل صحة البيئة، ومكافحة الأمراض المعدية وتعليم الفرد الصحة الشخصية، وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر، والعلاج الوقائي للأمراض، وتطوير الحياة الاجتماعية، والمعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة العامة "[2].

ومن قراءة هذا التعريف نجده لم يتضمن مضمون حق الصحة من خلال تحديد مفهومه وجوهره، بل عرفه من خلال تحديد عدد من الواجبات الملقاة على الطرف الملزم بالمحافظة على الحق، وضمان تمتع صاحب الحق بحقه والطرف الملتزم المقصود هو الدولة.

والثابت أنه لا توجد اتفاقية دولية خاصة بحق الصحة للطفل، بل جاء تنظيم هذا الحق في مجمل الوثائق الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان سواء العامة أو المتخصصة بحقوق الطفل.

وكما أشار الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948 على الحق في الصحة كجزء من مستوى معيشي لائق وذلك في المادة 25 منه[3]، وتم الاعتراف بها الحق أيضا كحق من حقوق الإنسان في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966 في المادة بنصها: " يحق لكل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه "[4].

وأما اتفاقية الطفل لعام 1989 نظمت حق الصحة في المادة 24 حيث نصت على ما يلي: "تعترف الدول الأطراف بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وبحقه في مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي، وتبذل الدول الأطراف قصارى جهدها لتضمن ألا يحرم أي طفل من حقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية هذه .

---

[2] – جمعة سعيد سرير، دراسات قانونية مختارة في حقوق الإنسان، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة 2011، 91.

[3]– وتم التأكيد بموجب المادة 25 /2 على حق الأمومة والطفولة في المساعدة الاجتماعية خاصتين وينعم كل الأطفال بنفس الحماية الاجتماعية سواء أكانت ولادتهم ناتجة عن رباط شرعي أو بطريقة غير شرعية". راجع: الإعلان العالمي لحقوق الإنسان اعتمد بموجب قرار الجمعية العامة 217 ألف) د–3 المؤرخ في 1948/12/10، متاح على الموقع التالي: www.un.org

[4] – راجع: العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على الموقع التالي: www.un.org

2-تتابع الدول الأطراف إعمال هذا الحق كاملا وتتخذ بوجه خاص التدابير المناسبة من أجل:

أ-خفض الوفيات الرضع والأطفال

ب-كفالة توفير المساعدة الطبية والرعاية الصحية اللازمتين لجميع الأطفال مع التشديد على تطوير الرعاية الصحية الأولية.

ج-مكافحة الأمراض وسوء التغذية في إطار الرعاية الصحية الأولية، عن طريق أمور منها تطبيق التكنولوجيا المتاحة بسهولة وعن طريق توفير الأغذية المغذية الكافية ومياه الشرب النقية أخذت في اعتبارها أخطار تلوث البيئة ومخاطره.

هـ-كفالة الرعاية الصحية للأمهات قبل الولادة وبعدها.

د-كفالة تزويد جميع قطاعات المجتمع ولاسيما الوالدين والطفل بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل وتغذيته، ومزايا الرضاعة الطبيعية ومبادئ حفظ الصحة والإصحاح البيئي والوقاية من الحوادث، وحصول هذه القطاعات على تعليم في هذه المجالات ومساعدتها في الاستفادة من هذه المعلومات.

و-تطوير الرعاية الصحية الوقائية والإرشاد المقدم للوالدين والتعليم والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة.

3-تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير الفعالة واللاحقة بغية إلغاء الممارسات التقليدية التي تضر بصحة الأطفال.

4-تتعهد الدول الأطراف بتعزيز وتشجيع التعاون الدولي من أجل التوصل بشكل تدريجي إلى الإعمال الكامل للحق المعترف به في هذه المادة، وتراعي بصفة خاصة احتياجات البلدان النامية في هذا الصدد".

ومن المواد السابقة الذكر نستنتج أنها لم تتضمن تعريفا لحق الصحة سواء الإعلان العالمي لحقوق الإنسان أو العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ونفس الأمر للاتفاقية المتخصصة بحقوق الطفل لم تعط تعريفا لحق الصحة، بل عددت عددا من الواجبات يتعين على الدولة الالتزام بتحقيقها وضمان تمتع الأطفال بها، أي أنها المادة 24 من اتفاقية الطفل تناولت العناصر المكونة لحق الصحة، وبعض من الالتزامات الملقاة على عاتق الدولة بموجب الاتفاقية.

وجرى استعمال أول مرة الحق في الصحة في دستور منظمة الصحة العالمية عام 1946، والتي عرفت الصحة بأنها " حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا والرفاه الاجتماعي، وليس مجرد غياب المرض أو العجز"، وكذلك تضمنت ديباجة الدستور " التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو

أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية ".

وفسرت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الحق في الصحة ، وفقا للمعنى الوارد في المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بأنه : " حق شامل لا يقتصر على تقديم الرعاية المناسبة وفي حينها فحسب ، بل يشمل أيضا المقومات الأساسية للصحة مثل الحصول على مياه الشرب والمأمونة والإصحاح المناسب والإمداد الكافي بالغذاء والتغذية والمسكن ، وظروف صحية للعمل والبيئة ، والحصول على التوعية والمعلومات فيما يتصل بالصحة ، بما في ذلك ما يتصل منها بالصحة الإنجابية ...."[5].

وبناء على ما سبق ذكره يمكن القول أن حق الصحة للطفل الفلسطيني حق شامل يضم حق في السلامة البدنية والعقلية بالإضافة لجملة من العناصر كالرعاية الصحية والمياه الصالحة للشرب والمساواة في تلقى الخدمات الصحية ، وهذا الحق متصل بقية الحقوق الأخرى بل تقوم عليه كحق التعليم وغيره، وهذا الحق يحظى بحماية دولية ابتداء من منظمة العمل الدولية التي تسعى للحفاظ على هذه الفئة الضعيفة ومن ثمة تنظيم حق الصحة بصفة غير مباشرة ، واعتبر الإعلان العالمي بمثابة اللبنة الأولى التي مهدت لتنظيم هذا الحق، وتعتبر اتفاقية الطفل لعام 1989 تتويجا لحقوق هذه الفئة.

الفرع الثالث: التزامات فلسطين الدولية لضمان حق الصحة للطفل

وأعلنت الأمم المتحدة بتاريخ 2012/11/19 اعترافها بدولة فلسطين المحتلة ، ومن الناحية القانونية لهذا الاعتراف أثاره القانونية ،وأردت أن تكون للدراسة طابع مستقبلي بمعنى أن الدولة الفلسطينية باعتبارها دولة مراقب وليس عضو في الأمم المتحدة في مرحلة انتقالية نحو الدولة تتمتع بكامل الحقوق وتخضع لنفس الالتزامات الدولية ، وأهم نتيجة تكمن في أثر الاعتراف، وهو انضمامها للاتفاقيات والمعاهدات الدولية، خاصة أن القانون الأساسي ينص على أنه تعمل السلطة الوطنية الفلسطينية دون إبطاء على الانضمام إلى الإعلانات والمواثيق الإقليمية والدولية التي تحمي حقوق الإنسان.

ومنه يتعين على الدولة الفلسطينية الوفاء بالتزاماتها الدولية المتعلقة بحق الصحة للأطفال الفلسطينيين ، وكما سبق القول أن المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان نظمت حق الصحة للطفل أو عناصر منه كالحق في الرعاية الحية ، وهذا الحق على صلة بجميع الدول حتى ولو صدقت على معاهدة دولية واحدة لحقوق الإنسان ، ومنه فقد التزمت الدولية الفلسطينية من خلال تصديقها على اتفاقية

[5]– انظر: التعليق العام رقم 14 لعام 2000، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، مرجع سابق، الفقرة 01، ص 82.

الطفل لعام 1989 من قبل السلطة المختصة، وهي بذلك فقد التزمت ببنود الاتفاقية علاوة على الإعلانات والمواثيق الدولية والتشريعات الوطنية التي تعتبر ملتزمة بها.

وينبغي التنويه أن الحق في الصحة ليس مرادف للحق في التمتع بصحة جيدة، فهذا اعتقاد خاطئ بأن يجب على الدولة الفلسطينية أن تضمن لكل الأطفال صحة جيدة، لأن الصحة الجيدة تتأثر بالعديد من العوامل والظروف التي هي خارج عن نطاق الدولة الفلسطينية، مثلا: الانتهاكات الإسرائيلية لكل مجهودات الدولة الفلسطينية لضمان الحق، وتلويث المياه، الجدار العازل الذي يشكل عائقا في العديد من المرات لتقديم المساعدات الطبية.

وينبغي على الدولة الفلسطينية إعطاء أكبر اهتمام بهذا الحق بالرغم من وضع فلسطين، وقلة الموارد المالية، والهياكل القاعدية إلا أنه يجب إدراك الترابط بين الحق في الصحة والحقوق الأخرى نظراً للصلة الترابطية بينهما غير قابلة للتجزئة، وهذا يعني أن انتهاك حق الصحة لهذه الفئة الضعيفة قد تنال من بقية الحقوق الأخرى الأساسية كالحق في التعليم وغيرها والعكس بالعكس.

ومن الاعتبارات التي ينبغي على الدولة الفلسطينية أخذها بعين الاعتبار لضمان حق الصحة من خلال تحقيق عناصره، فهذا الحق حق شامل ويقوم على المقومات الأساسية:

_توفير المياه الصحية والصرف الصحي.

_ الغذاء الأمن والإسكان الصحي.

_ التغذية المناسبة وظروف تعليم صحية.

_ المساواة بين الجنسين.

_ الحق في الصحة يتضمن الحريات وتشمل الحق في التحرر من العلاج الطبي غير توافقي للمسئولين عن الطفل، مثل التجارب الطبية والبحثية.

_ صحة الأم والطفل والصحة الإنجابية.

_ المساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية الإنسانية.

- توفير التعليم والمعلومات ذات الصلة بالصحة.
- مشاركة السكان في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة على الصعيدين الوطني والمحلي.

وبالإضافة إلى ذلك تلتزم الدولة الفلسطينية بما تضمنته المادة 24 من اتفاقية الطفل لعام 1989.

وتجدر الإشارة أن حماية الحق في الصحة من خلال الاطلاع على المواد السالفة الذكر تتم حمايته من خلال ثلاثة عناصر:

_ التعهد بضمان الشروط الدنيا للصحة لكل طفل فلسطيني من قبل الدولة الفلسطينية الملتزمة بأحكام اتفاقية الطفل

_ ضمان مبدأ المساواة بين جميع الأطفال في تلقي الخدمات الصحية.

_ التعهد بضمان الحق في الصحة من جميع المشاكل والأخطار والظروف التي تهدده.

_ ضرورة وفاء الدولة الفلسطينية بكل التزاماتها لكي لا يحرم أي طفل من حق الصحة والعمل على استعادتها لمن افتقدها.

وبالإضافة إلى ذلك تلتزم الدولة الفلسطينية بتحقيق ما نصت عليه المادة 24 من اتفاقية الطفل لعام 1989

وذلك بتحقيق:

_ أن تبذل قصارى جهدها لكي لا يحرم أطفالها من الخدمات الصحية، وضمان تمتعهم بأعلى مستوى صحي ومرافق العلاج والتأهيل الصحي والمساواة في ذلك، وأن تحرص على إعمال هذا الحق كاملا، وعدم اتخاذ أي إجراءات التي تضر الحق في الصحة للأطفال.

_ ضرورة التزام الدولة الفلسطينية بتحقيق العناصر التي يشتمل عليها حق الصحة (توفير المياه الصالحة للشرب، الصرف الصحي، اللقاح، الغذاء الآمن، الأدوية، تلقي الفحوصات الطبية، الحفاظ على صحة الأم ...).

_ ضرورة سن التشريعات التي تتوافق مع الأحكام الخاصة بصحة الطفل المنصوص عليها في اتفاقية الطفل لضمان تمتع الأطفال بمستوى مناسب من الصحة، وضرورة أن تكفل هذه القوانين ضرورة أن لا يحرم أي طفل من التمتع بالحق في الصحة نتيجة لتصرفات الدولة ذاتها، وأن تضمن القوانين المساواة في ذلك.

المطلب الثاني: انتهاكات إسرائيل لحق الصحة للطفل الفلسطيني بموجب قواعد القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني

الثابت أن إسرائيل تنتهك يوميا، وبشكل متعمد لحق الصحة لهذه الفئة الضعيفة سواء بقصف المستشفيات وعرقلة سيارات الإسعاف والجدار العازل، والأطفال المعتقلين لديها أو الذين يتعرضون للقصف الإسرائيلي وعرقلة وصول المساعدات الطبية، وتلويث المياه وغيرها من الانتهاكات.

الفرع الأول: انتهاك إسرائيل لأحكام القانون الدولي لحقوق الإنسان الخاصة بحق الصحة

لقد أكدت الممارسات الدولية بانطباق القانون الدولي لحقوق الإنسان على الاحتلال الإسرائيلي لفلسطين ، حيث أكد مجلس الأمن في قرار صادر عنه بعد حرب 1967 مفاده " أنه ينبغي احترام حقوق الإنسان الأساسية وغير قابلة للتصرف حتى أثناء تقلبات الحرب " [6]، ونفس الأمر أكد عليه مؤتمر طهران الدولي المتعلق بحقوق الإنسان ، حيث ساهم هذا الأخير في تبني الأمم المتحدة تطبيق حقوق الإنسان في النزاع المسلح وهو يعد شيئا ايجابيا بالنسبة للقضية الفلسطينية ، ودعا المؤتمر في قرار صادر عنه " بضرورة تطبيق إسرائيل لكل من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان واتفاقيات جينيف في الأراضي الفلسطينية المحتلة " وأكد أيضا ": ...حتى أثناء فترات النزاعات المسلحة يجب أن تسود المبادئ الإنسانية "[7].

ونفس الأمر أكد عليه الأمين للأمم المتحدة بقوله: " على أن حقوق الإنسان الأساسية، كما تم قبولها في القانون الدولي، والتي تتضمنها الصكوك الدولية، تستمر في الانطباق بكاملها، في حالات النزاع المسلح "[8]، وذكر الرأي الاستشاري الصادر عن المحكمة العدل الدولية في عام 2004 ونصه كالتالي: " أن حاجز الضفة الغربية يتعارض مع العديد من الالتزامات القانونية الدولية لإسرائيل، بما في ذلك قواعد القانون الدولي لحقوق الإنسان "[9].

وتعتبر اتفاقية حقوق الطفل لعام 1989 قابلة للتطبيق في النزاع المسلح الفلسطيني الإسرائيلي لأنها تدمج أحكام حقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني، وبحسب المادة 44 من اتفاقية حقوق الطفل فإن الدول الأعضاء الموقعة عليها ملزمون بتقديم تقرير يصف الإجراءات التي يقومون بها لتطبيق هذه الاتفاقية ، وضمان هذه الحقوق للأطفال ومن بينها حق الصحة ، في كافة الأراضي الخاضعة لسيطرتها بغض النظر عن كون هذه السيطرة شرعية أو غير شرعية ، وإسرائيل دائما تتنصل من هذا الأمر، وتبرير

---

[6]– كودو لا دروغيه، صلات اختيارية؟ حقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني، العدد 871، المجلد 90، المجلة الدولية للصليب الأحمر، سبتمبر 2008، ص 171.

[7]– المرجع نفسه، ص 173.

[8]– المرجع نفسه والصفحة.

[9]- legal consequences of the construction of a wall in the occupied Palestinian territory , jully 2004 .www.icj.org

انتهاكاتها لهذا الحق بأن الوضع القانوني للأراضي الفلسطينية موضع جدل ، على الرغم من أن موقف القانون الدولي والأمم المتحدة واضح من التواجد الإسرائيلي في فلسطين[10].

الفرع الثاني: انتهاك إسرائيل لأحكام القانون الدولي الإنساني الخاصة بحق الصحة

الثابت أن إسرائيل تنتهك يوميا القانون الواجب الانطباق على احتلالها للأراضي الفلسطينية، والمتمثل في القانون الدولي الإنساني اتفاقي وعرفي، والهدف من هذا القانون يكمن في تحقيق التوازن بين الضرورة العسكرية والاعتبارات الإنسانية، فهو يحظر كل عمل عسكري فيه انتهاك لحق الصحة للطفل الفلسطيني، فهو الأداة لحماية الأطفال وكرامتهم.

ومن المعلوم أن أول القواعد القانونية الإنسانية وضعت لحماية الأطفال أثناء النزاعات المسلحة ، وتشكل قواعد القانون الدولي الإنساني الواجبة الانطباق منظومة قانونية متكاملة لحماية الأطفال من نتائج العمل العسكري ، ويستفيد الأطفال من الحماية العامة المنصوص عليها في هذا القانون على غرار المدنيين وبالأحكام الخاصة بهم ، ويستفيد الأطفال من تعدد آليات الحماية الدولية لحق الطفل الفلسطيني في الصحة المتضمنة الآليات العامة في حقوق الإنسان بالإضافة إلى القواعد القانونية التي تكفل حماية للأطفال من سير العمليات العدائية .

من المعلوم أن عمليات القصف والأعمال غير مشروعة متواصلة بتواصل الاحتلال، وهو ما تشهده بالتقريب يوميا كل من غزة والضفة الغربية وغيرها من الأراضي الفلسطينية، وهي تؤدي لمحال إلى إصابة الأطفال أو المرافق الرعاية الصحية، وبالتالي كلما ازدادت الأعمال العدوانية اتجاه فلسطين يؤدي لا محال إلى إصابة الأطفال، والأطفال الجنود، وبالتالي تزداد الحاجة للرعاية الصحية ، ولكن المشكل متعدد ومتشعب يكمن في ظروف تقديم الرعاية الصحية، وهي الأصعب عن طريق استهداف القائمين على الرعاية الصحية ومراكز العلاج والأدوية حظر وصول المساعدات الإنسانية ،وهنا نكون بصدد بيئة غير آمنة لممارسة عملهم.

المطلب الثالث: المسؤولية الجزائية والمدنية المترتبة عن انتهاك حق الصحة للطفل الفلسطيني

من المعلوم أن انتهاك قاعدة من قواعد القانون الدولي نكون بصدد مسؤولية الدولة المخالفة إما مسؤولية مدنية أو جزائية أو كلاهما بحسب نوع القاعدة المنتهكة، ونتناول المسؤولية الجزائية لإسرائيل في أفرع الأول، ثم المسؤولية المدنية أو حق جبر الضرر للطرف المتضرر في الفرع الثاني.

الفرع الأول: المسؤولية الجزائية لإسرائيل

توجد نوعين من الطرق التي يمكن بموجبها تحميل إسرائيل مسؤوليتها الجزائية إما أمام المحكمة الجنائية الدولية أو عن طريق المحاكم الخاصة.

---

[10]–أحمد الحيلة ومريم عيتاني، معاناة الطفل الفلسطيني تحت الاحتلال الإسرائيلي، الطبعة الأولى، مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، لبنان، 2008، ص25–26.

وتعتبر الآلية الأولى أنها أصبحت ممكنة بعد انضمام فلسطين للمحكمة الجنائية الدولية في نوفمبر 2012 ويساهم ذلك في الحد من الإفلات من العقاب، وإعمال قواعد المسؤولية الجزائية الدولية اتجاه القادة المدنيين والعسكريين الإسرائيليين، ومنه فإن الأطفال الفلسطينيين ضحايا أفعال إجرامية تقع ضمن اختصاص المحكمة الجنائية الدولية وهي الإبادة الجماعية والجرائم ضد الإنسانية وجرائم الحرب.

ويتعرض الأطفال الفلسطينيون للعديد من الجرائم وعلى سبيل المثال:

_ إبادة جماعية (قتل قسري للأطفال واتخاذ تدابير تهدف إلى منع الحمل ومنع وصول الأدوية ....).

_ جرائم ضد الإنسانية (جرائم العنف الجنسي والتعقيم القسري، تلويث المياه ...).

المحكمة الجنائية الدولية ليس لها اختصاص لمحاكمة الأشخاص دون 18 سنة، ولذلك يمكن المشاركة في المحكمة الجنائية ضحايا أو شهود على الجرائم التي يتعرضون لها، ويتعين تحديد الجرائم التي تتعلق بالأطفال، ونظام روما للمحكمة الجنائية الدولية له قواعد إجرائية وأحكام إثبات تتضمن أحكام خاصة لحماية الأطفال أثناء التحقيق والمحاكمة في القضايا.

وتعتبر الآلية الأولى لمساءلة إسرائيل عن جرائمها أحسن خيار كون خيار تشكيل محاكم خاصة مرتبط بقرار لمجلس الأمن وهو من الناحية الواقعية مستبعد تحقيقه بسبب الفيتو الأمريكي.

ثانياً: المسؤولية المدنية (جبر الضرر)

طبقا للمادة الأولى من مشروع قانون المسؤولية الدولية لعام 2001 نكون بصدد فعل غير مشروع دولي يستتبع مسؤولية المدنية للدولة التي أتت الفعل غير المشروع إذا كان ينسب للدولة، ويشكل في حد ذاته انتهاك لالتزام دولي، ويكون جبر الضرر بأربعة طرق وهي: الرد والتعويض والترضية بإحداها أو بالجمع بينها وذلك طبقا للمادة 34 من المشروع السالف الذكر.

وتكون الدولة التي أتت الفعل غير مشروع مطالبة بجبر الضرر عن طريق الرد أو إعادة الحالة إلى ما كانت عليه قبل ارتكاب الفعل غير مشروع إذا كان غير مستحيل ماديا ، ولا ينتج عنه عبء لا يتناسب مع الفائدة المتأتية من الرد بلا من التعويض ، وبالتالي هذه الطريقة غير صالحة لجبر الضرر للأطفال الفلسطينيين الدين انتهك حقهم في الصحة من جراء استهدافهم أو قصف المراكز العلاج أو أصيبوا بأمراض نتيجة لعمل غير مشروع من جانب الاحتلال الإسرائيلي ، ويمكن جبر الضرر بالتعويض المالي إذا كان قابل التقييم من الناحية المادية ، ومنه لا يمكن إصلاح الضرر الناتج عن انتهاك حق الصحة للطفل الفلسطيني عن طريق الترضية [11]التي مفادها التعبير عن الأسف من جراء ارتكاب الفعل غير المشروع وعدم تكراره مستقبلا وبالتالي هذه الطريقة الأخيرة مرفوضة، ولا تحقق جبر الضرر لأن الطفل الفلسطيني لا يقبل بهذه الطريقة لمن سلب منه أرضه ولازال وارتكب جميع أنواع الجرائم في حق الفلسطينيين .

[11]– راجع: مشروع قانون مسؤولية الدول عن الفعل غير مشروع دوليا لعام 2001، متاح على الموقع التالي:www.un.org

خـاتـمة:

من خلال هذه الدراسة التي بحثت في حق الطفل الفلسطيني وفق منظور القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني توصلنا إلى النتائج التالية:

_ حق الطفل الفلسطيني في الصحة تطاله العديد من النقائص والثغرات التي مردها للقوانين الوطنية التي لا تحقق حماية شاملة وتضمن هذا الحق لصاحبه.

_ لا يمكن القول من الناحية القانونية لضمان حق الطفل الفلسطيني في الصحة ضد الانتهاكات الواقعة عليه من قبل الاحتلال الإسرائيلي لاستحالة متابعة قوات الاحتلال أمام المحاكم الوطنية وهذا أولاً، واستحالة متابعتهم أمام المحاكم الدولية في الوقت الراهن بسبب الوضعية القانونية لفلسطين، ولا يمكن المطالبة بإنشاء محاكم دولية خاصة لأنه من الناحية الواقعية نصطدم بحق الفيتو من جانب بعض الدول الذي يحول دون ذلك.

_ اشتمال القوانين الفلسطينية المتعلقة بالطفل على العديد من النقائص بخصوص تنظيم هذا الحق.

_ قلة التصديقات على الاتفاقيات الدولية والإقليمية لدولة فلسطين المتعلقة بحقوق الإنسان وحقوق الطفل بصفة خاصة.

ومن خلال ما سبق ذكره توصلنا لتقديم التوصيات الأتية:

_ التزام الدولة الفلسطينية ببذل قصارى جهدها لضمان حق الصحة لجميع الأطفال الفلسطينيين بشكل متساو.

_ الالتزام بسن التشريعات اللازمة المنظمة لحق الصحة للأطفال الفلسطينيين والعمل على تحصيل الموارد المالية اللازمة لذلك.

_ العمل على زيادة التصديقات على الاتفاقيات الدولية والانضمام للمنظمات الدولية المعنية بحقوق الإنسان وحقوق الأطفال وذلك لتقديم المساعدات للأطفال الفلسطينيين والضغط على الاحتلال الإسرائيلي للالتزام بقواعد القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني.

_ إجراء التحقيقات اللازمة وتوثيقها بشأن انتهاك هذا الحق من قبل الاحتلال الإسرائيلي.

_ يجب على الدولة الفلسطينية بالسعي للدفع بالمجتمع الدولي بضرورة إرساء قواعد المسؤولية الجزائية الدولية والحد من الإفلات من العقاب ولاسيما أمام المحكمة الجنائية الدولية.

_ مطالبة الدولة الفلسطينية بجبر الضرر من قبل مرتكب الفعل غير المشروع أمام المحاكم الدولية.

_ ضرورة الدفاع عن حق الأطفال في الصحة بإعمال حق الدفاع الشرعي الفردي والجماعي ضد الاحتلال الإسرائيلي.

قائمة المراجع:

أ: الكتب:

-أحمد الحيلة ومريم عيتاني، معاناة الطفل الفلسطيني تحت الاحتلال الإسرائيلي، الطبعة الأولى، مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، لبنان.

- جمعة سعيد سرير، دراسات قانونية مختارة في حقوق الإنسان، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة 2011.

- كودو لا دروغيه، صلات اختيارية؟ حقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني، العدد 871، المجلد 90، المجلة الدولية للصليب الأحمر، سبتمبر 2008.

- Legal consequences of the construction of a wall in the occupied Palestinian territory, July 2004 .www.icj.org

ب: المواثيق الدولية:

_ اتفاقية الطفل لعام 1989، متاح على الموقع التالي: www.un.org

-الإعلان العالمي لحقوق الإنسان اعتمد بموجب قرار الجمعية العامة 217 ألف) د-3 المؤرخ في 1948/12/10، متاح على الموقع التالي: www.un.org

- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على الموقع التالي: www.un.org

- التعليق العام رقم 14 لعام 2000، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، مرجع سابق، الفقرة 01.

-مشروع قانون مسؤولية الدول عن الفعل غير مشروع دوليا لعام 2001، متاح على الموقع التالي: wwwun.org

تحديات الحقوق الصحية لمريضات السرطان في قطاع غزة

د. علاء محمد مطر

عميد كلية الحقوق في جامعة الإسراء

ملخص:

تحتاج مريضات السرطان إلى رعاية صحية خاصة تفرضها طبيعة مرضهن الخطير، وهذا بدوره يتطلب تمتعهن بحقوقهن الصحية لاسيما توفير الإمكانات المناسبة في التشخيص والعلاج. يهدف هذا البحث إلى إظهار التحديات التي تواجه الخدمات الصحية المقدمة لمريضات السرطان في قطاع غزة، والتي تحول دون تمتعهن بحقوقهن الصحية. كما يهدف البحث إلى تقديم حلول واقعية تساهم بالارتقاء بالرعاية الصحية لتلك المريضات. ولقد أرجع البحث التحديات التي تواجه الخدمات الصحية المقدمة لمريضات السرطان إلى عدم توفر القدر الكافي من المرافق الصحية المؤهلة لتقديم خدمات صحية مناسبة، وإلى النقص في عدد الأسرة والأطباء والممرضين سيما المتخصصين، وضعف إمكانات التشخيص والعلاج، يضاف إلى ذلك المعوقات التي تحول دون تلقي مريضات السرطان للعلاج في مستشفيات خارج قطاع غزة.

وبهدف معالجة الانتهاكات التي تتعرض لها النساء المصابات بمرض السرطان في قطاع غزة وإعمالاً لحقوقهن الصحية، فإن البحث أوصى المجتمع الدولي بالتحرك الفاعل لضمان وقف العقوبات الجماعية التي تفرضها قوات الاحتلال على قطاع غزة وسكانه، وإلزامها بالقيام بمسؤولياتها بتأمين الصحة العامة والشروط الصحية وأن توفر بأقصى ما تسمح به وسائلها العناية الطبية للسكان في الأراضي المحتلة. كما أوصى بتحييد القطاعات الخدماتية عن التجاذبات والصراعات السياسية، بما يضمن إدارة القطاع الصحي على نحو أفضل. وأوصى البحث أيضاً توفير إمكانات التشخيص والعلاج المناسبة، وتسهيل وتسريع إجراءات العلاج في الخارج، بما يضمن سرعة حصول مريضات السرطان على التشخيص والعلاج المناسب وفي الوقت المناسب.

Abstract

Cancer patients need special health care due to the nature of the illness, which requires getting their health rights, especially the fundamental right of appropriate diagnosis and treatment. This research aims to examine the challenges facing the health services provided to female cancer patients in Gaza Strip, which deprive them of getting their rights. The research also aims to provide realistic solutions and recommendations to improve health care for those patients. The research has stated

that the challenges facing the health services that are provided to the cancer patients are: lack of sufficient adequate medical facilities to provide proper health services, the shortage of family doctors and nurses particularly specialists and weak diagnostic and treatment possibilities, in addition to obstructions to receiving breast cancer treatment in hospitals outside the Gaza Strip.

In order to confront violations facing women cancer patients in Gaza Strip, and to get their health rights, this study has recommended the international community to act effectively to ensure the cessation of collective punishment that is imposed by the Israeli occupation forces on Gaza Strip and its population, and forcing it to carry out its responsibilities to secure public health and health conditions and provide the maximum extent of the available means to medical care for the population in the occupied territories.

It has recommended neutralizing the service sectors away from political conflicts, to ensure better management the health sector. The research also recommended to provide appropriate diagnosis and treatment options, and to facilitate and expedite the procedures for treatment abroad, to ensure the rapidity of cancer diagnosis and appropriate treatment in a suitable time.

مقدمة:

يعتبر الحق في الصحة من الحقوق الأساسية التي لا غنى عنه للتمتع بحقوق الإنسان كافة، ويضمن الحق في الصحة لكل إنسان التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه ويفضي إلى العيش بكرامة، وهذا يتطلب تهيئة الظروف المناسبة التي تتيح لكل فرد إمكانية التمتع بأكبر مستوى ممكن من الصحة.[١]

يعد مرض السرطان الأكثر خطورة وفتكاً بحياة الإنسان ليس في قطاع غزة فحسب، بل في شتى أنحاء العالم. ومكمن خطورة هذا المرض أنه حتى اللحظة لم يتم اختراع علاج ناجع يقضي عليه، ولا يوجد إنسان لديه مناعة ضد الإصابة به، عوضاً أنه لا يوجد لقاحات واقية منه. ومما يصعد من عظم خطورة مرض السرطان، حاجة المرضى لرعاية خاصة يفرضها عليهم طبيعة هذا المرض الخبيث، وهم بذلك يحتاجون إلى إعمال كامل حقوقهم الصحية عبر رحلة علاجهم التي قد تطول لآخر العمر، وما يتطلبه ذلك من توفير الإمكانات المناسبة في التشخيص والعلاج.

[١] التعليق العام رقم (١٤): الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه المادة (١٢)، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الدورة الثانية والعشرون (٢٠٠٠).

الكلمات المفتاحية: الحقوق الصحية، مريضات السرطان، الخدمات الصحية، القانون الدولي، القانون الفلسطيني.

أولاً: أهمية البحث:

تنبع أهمية البحث من كونه الأول الذي يبرز التحديات التي تحول دون تمتع مريضات السرطان بحقوقهن الصحية وذلك بشكل علمي ممنهج، خاصة وأن البحث ينفرد بمعلومات حول تلك التحديات من واقع المقابلات لمريضات السرطان والأطباء والممرضين في مستشفى الرنتيسي الأكبر الذي يقدم الخدمات الصحية لمرضى السرطان في قطاع غزة، بالإضافة لأداة الاستبانة التي تم توزيعها على (٦٠٠) مريضة سرطان من محافظات الوطن كافة. ومن شأن النتائج والتوصيات التي سيخرج فيها هذا البحث أن تساهم في وضع حلول واقعية للارتقاء بالرعاية الصحية لتلك المريضات.

ثانياً: مشكلة البحث:

هل تواجه الخدمات الصحية المقدمة لمريضات السرطان في قطاع غزة تحديات تحول دون تمتعهن بحقوقهن الصحية؟

ثالثاً: تساؤلات البحث:

١- ما هي الحقوق الصحية لمريضات السرطان في القانون الدولي والقانون الفلسطيني؟
٢- ما مدى انتشار مرض السرطان عند النساء في قطاع غزة؟
٣- ما هي طبيعة التحديات التي تواجه الخدمات الصحية المقدمة لمريضات السرطان في قطاع غزة؟

رابعاً: فرضية البحث:

تحديات الخدمات الصحية المقدمة لمريضات السرطان في قطاع غزة صادرت حقوقهن الصحية.

خامساً: منهج البحث:

تعتمد الدراسة على المنهج الوصفي والمنهج التحليلي.

سادساً: أدوات البحث:

١- المقابلات

٢- الاستبانة

- **مجتمع وعينة البحث:**

يتمثل مجتمع البحث من فئة النساء المريضات بالسرطان بقطاع غزة، وقد استخدم الباحث الطريقة العشوائية البسيطة في اختيار هذه العينة من محافظات قطاع غزة، حيث بلغ حجم العينة (431) مستجيبة من مريضات السرطان.

- **نسبة الاسترداد:**

بعد الانتهاء من عملية جمع البيانات واسترداد الاستبانات التي تم توزيعها، تم الحصول على استبانات معبئة وصالحة للتحليل من قبل (431) مستجيبة من أصل عينة البحث (٦٠٠) مريضة، حيث بلغت نسبة الاسترداد من اجمالي عينة البحث (71.8%).

وتعتبر نسبة الاسترداد المذكورة ممثلة لمجتمع البحث ويمكن الاعتماد عليها في استكمال إجراءات البحث. ويرى البعض أن نسبة الاسترداد التي تزيد عن (٤٠%) أو (٥٠%) تعتبر نسبة مقبولة ويمكن الاعتماد عليها، كما أنه وفقاً لما توصل له (Sekaran,2000) فإنه يعتبر نسبة استرداد (٣٠%) كحد أدنى مناسبة لأغراض البحث.

- **تصحيح أداة الدراسة (الاستبانة):**

استخدام الباحث تدريج رباعي وفق مقياس ليكرت (Likert Scale) لتصحيح أداة الدراسة، بحيث تعرض فقرات الاستبانة على عينة الدراسة، ومقابل كل فقرة أربع إجابات تحدد مستوى موافقتهم عليها وتُعطى الإجابات أوزان رقمية تمثل درجة الاجابة على الفقرة يستفاد منها في التعبير عن مستوى انخفاض أو ارتفاع الموافقة على فقرات وبنود الاستبانة، والجدول التالي يوضح ذلك:

تصحيح أداة الدراسة بأربع درجات وفقاً لمقياس ليكرت للموافقة

الإجابة	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جداً
	كبيرة	متوسطة	ضعيفة	معدومة
الدرجة	٤	٣	٢	١

يتضح من الجدول أعلاه أنه كلما انخفضت الدرجة الممنوحة للإجابة كلما زادت درجة الرفض عليها، ولتحديد مستوى الموافقة على كل فقرة من الفقرات وكل محور ضمن أداة الدراسة، تم الاعتماد على قيمة الوسط الحسابي وقيمة الوزن النسبي. والجدول أدناه يوضح مستويات الموافقة استناداً لأربعة مستويات (منخفض جداً، منخفض، متوسط، مرتفع، مرتفع جداً).

مستويات الموافقة على فقرات ومحاور الدراسة

مستوى الموافقة	منخفض جداً	منخفض	متوسط	مرتفع
الوسط الحسابي	أقل من ١,٧٥	١,٧٥ إلى ٢,٤٩	٢,٥٠ إلى ٣,٢٤	أكبر من ٣,٢٥
الوزن النسبي	أقل من ٤٣,٧٥%	٤٣,٧٥% إلى ٦٢,٢٥%	٦٢,٥٠% إلى ٨١%	أكبر ٨١,٢٥%

يوضح الجدول أعلاه أن المتوسطات التي تقل عن (١,٧٥)، تدل على وجود درجة منخفضة جداً من الموافقة على الفقرة أو المحور بمعنى وجود درجة مرتفعة جداً من الرفض. أما المتوسطات التي تتراوح بين (١,٧٥-٢,٤٩)، فهي تدل على وجود درجة منخفضة من الموافقة بمعنى درجة مرتفعة من الرفض على الفقرات أو المحاور. بينما المتوسطات التي تتراوح بين (٢,٥٠-٣,٢٤)، فهي تدل على وجود درجة متوسطة من الموافقة تجاه الفقرة أو المحور المقصود. كما أن المتوسطات التي تتراوح بين في حين أن المتوسطات التي تساوي وتزيد عن (٣,٢٥)، تدل على وجود درجة مرتفعة من الموافقة، وهذا التقسيم تم تحديده وفق مقياس ليكرت الرباعي الذي تم اعتماده في تصحيح أداة الدراسة.

أولاً: الحقوق الصحية بين القانون الدولي والقانون الفلسطيني:

تشكل المعايير الدولية لحقوق الإنسان الحد الأدنى المقبول توفره لتمتع الإنسان بحقوقه المختلفة، وقد أولى القانون الدولي أهمية خاصة للحق في الصحة، حيث كفلت العديد من المواثيق الدولية لحقوق الإنسان هذا الحق ونصت صراحة على حمايته. كما كفل القانون الفلسطيني بشكلٍ مباشرٍ وغير مباشر الحقوق الصحية للفلسطينيين.

١-الحقوق الصحية في القانون الدولي لحقوق الإنسان:

كفل القانون الدولي لحقوق الإنسان الحق في صحة ووجه له عناية خاصة حينما ضمنه في العديد من الصكوك الدولية، فالمادة (١/٢٥) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان[٢] تؤكد أن: "لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والمسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية".

وينص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية[٣]على أشمل مادة تتعلق بالحق في الصحة في القانون الدولي لحقوق الإنسان، فوفقاً للمادة (1/١٢) من العهد، تقر الدول الأطراف "بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه"، في حين تنص المادة (2/١٢)، على سبيل التمثيل، على عدد من "التدابير التي يتعين على الدول الأطراف ... اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق"، وهناك العديد من الصكوك الدولية الأخرى[٤]التي كفلت هذا الحق بالإضافة لصكوك حقوق الإنسان الإقليمية.[٥]

[٢] اعتمد ونشر على الملأ بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢١٧ ألف (د-٣)، المؤرخ في ١٠ كانون الأول/ديسمبر ١٩٤٨.

[٣] اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة بقرارها رقم ٢٢٠٠ ألف (د-٢١)، المؤرخ في ١٦ كانون الأول/ ديسمبر ١٩٦٦، تاريخ بدء النفاذ: ٣ كانون الثاني/يناير ١٩٧٦.

[٤] للتعرف على المزيد من هذه الصكوك الدولية أنظر، المادة (٥/هـ/٤)من الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، اعتمدت وعرضت للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢١٠٦ ألف (د-٢٠)، المؤرخ في ٢١ كانون الأول/ديسمبر ١٩٦٥. وفي المادتين (١١/١/و)، و(١٢) من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، اعتمدت وعرضت للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١٨٠/٣٤، المؤرخ في ١٨ كانون الأول/ديسمبر ١٩٧٩، تاريخ بدء النفاذ ٣ أيلول/سبتمبر ١٩٨١. وفي المادة (٢٤) من اتفاقية حقوق الطفل، اعتمدت وعرضت للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢٥/٤٤، المؤرخ في ٢٠ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٨٩، تاريخ بدء النفاذ ٢ أيلول/سبتمبر ١٩٩٠.

[٥] للتعرف على المزيد من هذه الصكوك الإقليمية أنظر، المادة (١١) من الميثاق الاجتماعي الأوروبي، دخل حيز النفاذ في ٢٦ فبراير ١٩٦٥، وعدل في ١٩٩٦ ودخلت صيغته المعدلة حيز النفاذ في ٧ يناير ١٩٩٩. والمادة (١٦) من الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام ١٩٨١، اعتمد من قبل مجلس الرؤساء الأفارقة بدورته العادية رقم ١٨ في نيروبي بكينيا بتاريخ ٢٧ يونيو ١٩٨١، ودخل حيز النفاذ في ٢١ اكتوبر ١٩٨٦. والمادة (١٠) من البروتوكول الإضافي الملحق بالاتفاقية الأمريكية لحقوق الانسان وواجباته في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (بروتوكول سان سلفادور)، اعتمد في ١٧ نوفمبر ١٩٨٨ من قبل الجمعية العامة التاسعة عشرة لمنظمة الدول الامريكية، ودخل حيز النفاذ في ١٦ نوفمبر ١٩٩٩.

وعليه فإن القانون الدولي لحقوق الإنسان قد جعل من تلبية الاحتياجات الصحية للأفراد في لب الدفاع عن حقوق الإنسان، ووضع ثلاثة مستويات من الالتزامات على الدول الأطراف لضمان تمتع مواطنيها بالحقوق الصحية:[٦]

١- الالتزام بالاحترام، وهو امتناع الدول عن التدخل بشكل مباشر أو غير مباشر في التمتع بالحق في الصحة.

٢- الالتزام بالحماية، يعني اتخاذ الدول تدابير من شأنها أن تمنع أطرافاً أخرى من إعاقة ضمانات التمتع بالحق في الصحة.

٣- الالتزام بالأداء ويشمل بدوره التزام بالتسهيل والتوفير والتعزيز، وهو أن تعتمد الدول تدابير قانونية وإدارية، وأخرى تتعلق بالميزانية وإجراءات قضائية وتشجيعية ملائمة من أجل الإعمال الكامل للحق في الصحة.

ويشمل الحق في الصحة، بجميع أشكاله وعلى جميع المستويات، العناصر المترابطة والأساسية التالية التي يتوقف تطبيقها الدقيق على الظروف السائدة في الدولة:[٧]

أ-التوافر: ويعني توفير القدر الكافي من المرافق الصحية المناسبة، والتي تتضمن المقومات الأساسية للصحة مثل مياه الشرب المأمونة ومرافق الإصحاح الكافية، والموظفين الطبيين والمهنيين المدربين، والعقاقير الأساسية.

ب-إمكانية الوصول: ينبغي أن يتمتع الجميع، بدون تمييز، بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد متداخلة هي:

(١) عدم التمييز: يجب أن يتمتع الجميع بإمكانية الاستفادة من المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، لا سيما الفئات الضعيفة والمهمشة.

(٢) إمكانية الوصول المادي: ينبغي أن تتوفر لجميع فئات الناس سيما الفئات الضعيفة والمهمّشة، إمكانية الوصول السهل والآمن للمرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة.

---

[٦] التعليق العام رقم (١٤)، مرجع سابق.

[٧] المرجع السابق.

(٣) الإمكانية الاقتصادية للحصول عليها: يجب أن يتمكن الجميع من تحمل نفقات المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة.

(٤) إمكانية الوصول إلى المعلومات: تشمل هذه الإمكانية الحق في التماس المعلومات والأفكار المتعلقة بالمسائل الصحية والحصول عليها ونقلها، بما لا يؤثر على الحق في معاملة البيانات الصحية الشخصية بسرية.

ت–المقبولية: ينبغي أن تراعي جميع المرافق والسلع والخدمات المرتبطة الأخلاق الطبية وتكون مناسبة ثقافياً، أي أن تحترم ثقافة الأفراد، وأن تراعي متطلبات الجنسين، فضلاً عن تصميمها بشكل يحترم السرية ويرفع مستوى الحالة الصحية للأشخاص المعنيين.

ث–الجودة: ينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة مقبولة ثقافياً، أن تكون مناسبة علمياً وطبياً وذات نوعية جيدة. ويتطلب ذلك، في جملة أمور، موظفين طبيين ماهرين، وعقاقير ومعدات للمستشفيات صالحة للاستخدام، ومياه شرب مأمونة، وإصحاحاً مناسباً.

٢–الحقوق الصحية في القانون الدولي الإنساني:

تدّعي سلطات الاحتلال الإسرائيلي أن الأراضي الفلسطينية هي متنازع عليها ومدار من قبلها وبالتالي لا ينطبق عليها وصف الأراضي المحتلة، ما يعني أنه لا ينطبق عليها اتفاقية جنيف الرابعة المتعلقة بحماية المدنيين زمن الحرب، المؤرخة في ١٢ آب/أغسطس ١٩٤٩.[٨] وهو ما يخالف بشكل فض وصريح موقف الدول الأطراف السامية المتعاقدة على هذه الاتفاقية، والمتمثل بانطباقها على الأراضي الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية. يضاف إلى ذلك قرارات مجلس الأمن الـ (٢٤)، التي أكدت على وجوب والزامية تطبيق اتفاقية جنيف الرابعة على الأراضي الفلسطينية المحتلة منذ العام ١٩٦٧.[٩] في الاتجاه ذاته، فإن الاعتراف الأممي بفلسطين كدول عضو مراقب في الأمم المتحدة، يقطع الطريق على إسرائيل وادعاءاتها بأن فلسطين ليست دولة، وبالتالي فإن المدنيين الفلسطينيين محميين بنصوص اتفاقية جنيف الرابعة.

---

[٨] اعتمدت وعرضت للتوقيع والتصديق والانضمام من قبل المؤتمر الدبلوماسي لوضع اتفاقيات دولية لحماية ضحايا الحروب، المعقود في جنيف من ٢١ نيسان/أبريل إلى ١٢ آب/أغسطس ١٩٤٩، تاريخ بدء النفاذ ٢١ تشرين الأول/أكتوبر ١٩٥٠.

[٩] د. علاء مطر، الحقوق الصحية لأطفال غزة من ذوي الأمراض المزمنة تحديات وآمال، مركز بحوث ودراسات الأرض والإنسان، غزة–فلسطين، ٢٠١٤، ص٤–٥

تعتبر الالتزامات الملقاة على عاتق دولة الاحتلال والتي جاءت بها اتفاقية جنيف الرابعة متقدمة على ما جاء في قواعد لاهاي، وخاصة فيما يتعلق بحماية المدنيين الذين يعيشون في الأراضي المحتلة باعتبارهم أشخاص محميين، وتهدف هذه الالتزامات إلى الحد من سلطة المحتل، والحد من معاناة السكان في الأراضي المحتلة إلى أقصى حد ممكن. ومن هذه الالتزامات ما هو تجاه الحقوق الصحية للمدنيين الفلسطينيين، حيث تلزم اتفاقية جنيف الرابعة سلطات الاحتلال أن تؤمن الصحة العامة والشروط الصحية وأن توفر بأقصى ما تسمح به وسائلها الأغذية والعناية الطبية للسكان في الأراضي المحتلة، ونصت على ذلك المادتان (٥٦،٥٥) من اتفاقية جنيف الرابعة.

عليه يعد الحصار المطبق التي تفرضه سلطات الاحتلال الإسرائيلي على قطاع غزة – بما له من تداعيات خطيرة على قطاع الصحة تحول دون تقديم الخدمات الصحية المناسبة–، انتهاكاً صارخاً للقانون الدولي الإنساني، الذي يلزم سلطات الاحتلال بتأمين الصحة العامة والشروط الصحية من جهة، ومن جهة أخرى يحظر على هذه السلطات فرض العقوبات الجماعية على السكان المحميين وفقاً للمواد (٥٠) من لائحة لاهاي الخاصة باحترام قوانين وأعراف الحرب البرية، المؤرخة في ١٨ أكتوبر/ تشرين الأول ١٩٠٧،[١٠] والمادة (٣٣) من اتفاقية جنيف الرابعة، والمادة (٧٥) من البروتوكول الإضافي الأول الملحق باتفاقيات جنيف المعقودة في ١٢ آب/أغسطس ١٩٤٩والمتعلق بحماية ضحايا المنازعات المسلحة الدولية،[١١]حيث تُحظر العقوبات الجماعية التي ترتكبها قوات الاحتلال بحق السكان المدنيين، باعتبارها جرائم حرب يعاقب عليها القانون الدولي.[١٢]

وقد تسبب الحصار التي فرضته ولا تزل سلطات الاحتلال الإسرائيلي، بآثار كارثية على الحقوق الصحية لسكان القطاع، حيث تعذر توفير الإمدادات الضرورية لعمل المستشفيات والمراكز الصحية كالأدوية، المستلزمات الطبية، المعدات الطبية، قطع الغيار، وإمدادات الكهرباء. كما حال الحصار الإسرائيلي دون قدرة العديد من المرضى من تلقي علاجهم في مستشفيات القدس والضفة الغربية وداخل الخط الأخضر، علاوة

[١٠] اعتمدت ونشرت على الملأ وفتحت للتوقيع والتصديق والانضمام من قبل المؤتمر الدولي الثاني للسلام الذي عقد في لاهاي عام ١٩٠٧، وذلك بتاريخ ١٨ تشرين الأول/أكتوبر ١٩٠٧، ودخلت حيز النفاذ في ٢٦ كانون الثاني/يناير ١٩١٠.

[١١] اعتمد وعرض للتوقيع والتصديق والانضمام من قبل المؤتمر الدبلوماسي لإعادة تأكيد القانون الإنساني الدولي المنطبق على المنازعات المسلحة وتطويره وذلك بتاريخ ٨ حزيران/يونيو ١٩٧٧، تاريخ بدء النفاذ ٧ كانون الأول/ديسمبر ١٩٧٨.

[١٢] لمزيد من المعلومات أنظر، "الوضع القانوني لدولة الاحتلال الحربي ومسئوليتها في الأراضي المحتلة"، سلسلة القانون الدولي الإنساني رقم (٥)، مركز الميزان لحقوق الإنسان، غزة، ٢٠٠٨.

على ما تقوم به سلطات الاحتلال من محاولات للضغط على المرضى الفلسطينيين للتعاون الأمني معها مقابل السماح لهم بالعلاج خارج القطاع.

٣-الحقوق الصحية في القانون الفلسطيني:

تناول القانون الأساسي الفلسطيني المعدل لعام ٢٠٠٣[١٣] الحقوق الصحية بشكل غير مباشر، ولم يفرد لها مادة مستقلة رغم أهمية ذلك، حيث جاءت الحقوق الصحية مقترنة بحقوق أخرى مثل الحق في العمل، رعاية الأمومة والطفولة، والتجارب العلمية. فقد كفلت المادة (٢٢) من القانون الأساسي لأسر الشهداء والأسرى والجرحى والمتضررين والمعاقين خدمات التأمين الصحي. وتنص المادة (١٦) على عدم جواز إجراء أي تجربة طبية أو علمية على أحد دون رضاء قانوني مسبق، ولا يجوز إخضاع أحد للفحص الطبي أو للعلاج أو لعملية جراحية، إلا بموجب القانون الذي ينظم ذلك. ونظمت المادة (٢٥) من القانون تنظيم علاقات العمل بما يكفل العدالة للجميع، ويوفر للعمال الأمن والرعاية الصحية والاجتماعية. كما أكدت المادة (١٩) على عدم استغلال الأطفال لأي غرض كان، وعدم السماح لهم بالقيام بعمل يلحق ضرراً بسلامتهم أو بصحتهم أو بتعليمهم.

أما قانون الصحة العامة رقم (٢٠) لسنة ٢٠٠٤،[١٤] فقد كفلت العديد من مواده الحقوق الصحية مثل حقوق المريض في المؤسسة الصحة، رعاية الأمومة والطفولة، مكافحة الأمراض المعدية والأوبئة، الحجر الصحي، المكاره الصحية، صحة البيئة، الصحة المهنية، الثقافة الصحية، التوزيع المناسب للمؤسسات الصحية الحكومية وتحديد مواصفاتها، العقاقير الطبية المناسبة، شروط العاملين بالمؤسسات الصحية، سلامة الأغذية والمستشفيات والعيادات، المراكز الصحية.

بالرغم ما ينص عليه قانون الصحة العامة في مواده من حماية للحقوق الصحية، إلا أن به العديد من أوجه القصور التي لا تتفق مع ما ارتضته المعايير الدولية لحقوق الإنسان لحماية الحق في الصحة، فعلى سبيل المثال افتقر هذا القانون إلى تنظيم نقل الأعضاء، والتأمين الصحي، وحق الفئات المهمشة في الرعاية الصحية. كما أنه لم يتناول الحقوق الصحية للسجناء والمعتقلين، ولم يحدد دور نقابات المهن الطبية. وغابت عنه

---

[١٣] صدر بمدينة رام الله بتاريخ ١٨/مارس/٢٠٠٣ ميلادية الموافق ١٥/محرم/ ١٤٢٤، نشر في الوقائع الفلسطينية بتاريخ ٢٠٠٣/٣/٣١، العدد(٤٤).

[١٤] صدر في مدينة غزة بتاريخ ٢٧ /ديسمبر/٢٠٠٤ ميلادية الموافق ١٥/ ذو القعدة/١٤٢٥ هجرية، نشر في الوقائع الفلسطينية بتاريخ ٢٣/٤/ ٢٠٠٥ العدد (٥٤).

الضوابط التي تنظم العلاقة بين أصحاب المهن الطبية والمرضى، وافتقر لنصوص تحمي الأطباء والعاملين في المهن الطبية عند ممارستهم للمهنة.[١٥]

ثانياً: إحصاءات عامة حول مريضات السرطان[١٦]:

١- بلغ عدد مرضى السرطان في قطاع غزة للأعوام ٢٠٠٩-٢٠١٤، (٧٠٦٩) مريض، ويوضح الجدول التالي تطور الازدياد المضطرد في عدد ومعدل الحدوث الخام بشكلٍ لافتٍ، حيث كان العدد في العام ٢٠٠٩(٩٥٤) حالة بمعدل حدوث (٦٥,٦/١٠٠,٠٠٠)، في حين وصل العدد في العام ٢٠١٤ إلى (١٥٠٢) حالة بمعدل حدوث (٨٣,٩/١٠٠,٠٠٠).

السنة	معدل الحدوث الخام	100,000/معدل الحدوث
٢٠٠٩	٩٤٥	٦٥,٦
٢٠١٠	٩٤٠	٦٠,١
٢٠١١	١٠٣٧	٦٤,٢
٢٠١٢	١٢٣١	٧٣,٦
٢٠١٣	١٤١٤	٨١,٧
٢٠١٤	١٥٠٢	٨٣,٩
المجموع	٧٠٦٩	--

٢-بلغ إجمالي عدد مريضات السرطان في الفترة بين ٢٠٠٩-٢٠١٤، (٣٨٥٠) حالة أي (٥٤,٥%) بنسبة حدوث(٥٤-٥٤,٥)، ويعد مرض سرطان الثدي الأكثر انتشاراً بين أنواع أمراض السرطان، حيث بلغ ما نسبته (١٨%) من إجمالي مرضى السرطان، وهو الأكثر انتشاراً أيضاً من بين أنواع أمراض السرطان عند النساء، حيث بلغ عدد النساء المصابات بسرطان الثدي (١٢٠٧) حالة بواقع (٣١,٣%) من إجمالي عدد حالات المصابات بالسرطان. والجدول التالي يوضح أنواع السرطان الأكثر انتشاراً بين النساء.

[١٥] وضع حقوق المواطن الفلسطيني لعام ٢٠٠٥، التقرير السنوي رقم (١١)، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، فلسطين، ٢٠٠٦، ص-ص ٤٤-٤٥.

[١٦] السرطان في قطاع غزة خلال الأعوام ١٩٩٩-٢٠١٤، وحدة نظم المعلومات، وزارة الصحة-غزة، فلسطين، ديسمبر ٢٠١٥.

Type of cancer	العدد	النسبة%	نوع السرطان
Breast	1207	31.4	سرطان الثدي
Colo-rectal Cancer	٣٣٨	٨,٧	سرطان القولون
Thyroid Cancer	٢٦٢	٦,٨	سرطان الغدة الدرقية
Leukemia Cancer	٢٣٥	٦,٠	سرطان نخاع العظم
Uterus Cancer	١٧٧	٤,٦	سرطان الرحم
Lymphoma Cancer	١٧٠	٤,٤	سرطان الغدد الليمفاوية
Lung Cancer	١٥٢	٣,٩	سرطان الرئة
Brain Cancer	١٤٨	٣,٨	سرطان الدماغ
Ovary Cancer	١٣٢	٣,٤	سرطان المبيض
Bone	٨٥	٢,٢	سرطان العظام

ثالثاً: تحديات الخدمات الصحية المقدمة لمريضات السرطان في قطاع غزة:

حالت ومازالت العديد من التحديات التي تواجه الخدمات الصحية المقدمة لمريضات السرطان في قطاع غزة دون تمتعهن بحقوقهن الصحية كما ارتضتها المعايير الدولية لحقوق الإنسان، يذكر أن البحث يركز على مستشفى الرنتيسي الذي يعد الأكبر في تقديم الخدمات الصحية لمريضات السرطان في قطاع غزة، ومن أبرز تلك التحديات ما يلي:

١- مساحة المبنى غير مناسبة ولا تؤهله لتقديم خدمات صحية مناسبة لمريضات السرطان.

٢- عجز في عدد الأطباء، يغطى العمل في قسم الأورام بالمستشفى (٤) أطباء أخصائي أورام، منهم (٢) موظفين أساسيين، و(١) انتداب، و(١) نظام عقود. بينما يتطلب القسم لتغطية احتياجاته من الأطباء توفر (٨) أطباء أخصائي أورام أساسيين، بالإضافة إلى (٤) أطباء نواب باطنة عام.[١٧]

٣- عجز في عدد الممرضين، يغطي العمل في قسم الأورام حريم بالمستشفى (١٤) ممرضاً، (٥) موظفين أساسيين والباقي موظفين عقود ومتدربين، وهذا لا يلبي احتياجات القسم خاصة فترة المناوبات المسائية والليلية، حيث يتواجد في المناوبة الواحدة (٢) ممرضين فقط واحدة موظف أساسي والأخر موظف عقود.

٤- نقص في عدد الأسرة، حيث يتوفر في قسم الأورام حريم بالمستشفى (١٥) سريراً، وهناك حاجة لعدد (٥) أسرة إضافية، فنظراً لعدم توفر العدد الكافي من الأسرة لا يتم استقبال العديد من المرضى الذين يتم استقبالهم للمبيت في مستشفى الشفاء.[١٨]

٥- الضعف في إمكانات التشخيص، حيث يوجد عجزاً في "صبغات العينات"، ولا يتوفر مسح ذري لتقييم درجة انتشار الورم ومسح البوزيترون.

٦- تأخر تشخيص المرضى في بعض الأحيان بسبب تعطل الأجهزة المستخدمة في التشخيص وتأخر عملية إصلاحها نظراً لصعوبة توفير قطاع الغيار بسبب الحصار، ومنها على سبيل المثال جهاز التصوير المقطعي CT وجهاز الرنين المغنطيسيMRI.[١٩]

٧- عجز كبير في العلاجات الكيماوية يصل إلى حوالي (٤٠%) معظم شهور السنة،[٢٠]حيث أشارت ما نسبته (٥٣,٦%) من مريضات السرطان بأنهن لم يتمكن من الحصول على الجرعات المطلوبة من العلاج الكيميائي.[٢١]

---

[١٧] د. خالد ثابت، رئيس قسم الأورام في مستشفى الرنتيسي، مقابلة أجراها الباحث، ٢٠١٦/١٠/٥.

[١٨] حكيم دعاء مبروك، نائب رئيس التمريض في مستشفى الرنتيسي، مقابلة أجراها الباحث، ٢٠١٦/١٠/٥.

[١٩] د. خالد ثابت، رئيس قسم الأورام في مستشفى الرنتيسي، مرجع سابق.

[٢٠] د. خالد ثابت، رئيس قسم الأورام في مستشفى الرنتيسي، مرجع سابق.

[٢١] معلومات تستند إلى تحليل إحصائي لصحيفة الاستطلاع (الاستبانة) التي أعدها الباحث حول قياس مدى رضا مريضات السرطان بقطاع غزة عن الخدمات الصحية المقدمة لهن.

٨- عدم توفر العلاج الإشعاعي، يفاقم وبشكل خطير من أزمة مرضى السرطان في قطاع غزة.

٩- لا يتوفر غرف عزل مؤهلة لتقديم رعاية صحية مناسبة لمريضات السرطان، ما ينعكس سلباً على صحة بعض الحالات التي تحتاج لرعاية خاصة.

١٠- عدم توفر الأدوية المناسبة للمرضى بسبب عزوف المانحين عن تقديم دعم مادي لشراء أدوية السرطان خاصة من خارج القائمة الأساسية الموصوفة من قبل الأطباء حسب بروتوكولات العلاج، ووفقاً لحالة وتطور المرض، سيما أن منظمة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA)، تعتمد سنوياً أصنافاً جديدة من الأدوية الخاصة بعلاج مرضى السرطان.

١١- يتم في بعض الأحيان تحويل مريضات للعلاج في الخارج للحصول على دواء لا تزيد كلفته عم (٥٠-١٠٠) شيكل،[٢٢] وهذا بالطبع له تداعياته السلبية على صحتهن بسبب تأخير تلقي العلاج – البرتوكول العلاجي لمرضى السرطان مقيد بالوقت وانتظام وترتيب الجرعة الدوائية-نظراً للفترة الزمنية التي تستغرقها إجراءات التحويل للعلاج في الخارج وعملية السفر والعراقيل التي تضعها سلطات الاحتلال والتي تعوّق سفر المرضى للعلاج في مستشفيات الضفة الغربية والقدس وداخل الخط الأخضر، بل وفي كثير من الحالات يتم منع سفر المريضات للعلاج.

١٢- تحول الأوضاع المعيشية الصعبة في قطاع غزة من قدرة مريضات السرطان-خاصة أن (٨٨,٩%) منهن لا يعملن-[٢٣]على تأمين النفقات المرتبطة بالعلاج، حيث لا تستطيع الكثير منهن توفير ثمن الأدوية التي هن بحاجة لشرائها من خارج صيدلية المستشفى، كما أن المواصلات تشكل عبئاً لبعضهن لا سيما للواتي يقطن في مناطق بعيدة عن المستشفيات، يضاف إلى ذلك أن العديد ممن يستوجب علاجهن السفر خارج القطاع، لا يتمكن من ذلك بسبب التكلفة المرتفعة لنفقات السفر للمريضة ومرفقيها.

[٢٢] د. خالد ثابت، رئيس قسم الأورام في مستشفى الرنتيسي، مرجع سابق.

[٢٣] معلومات تستند إلى تحليل إحصائي لصحيفة الاستطلاع (الاستبانة)، مرجع سابق.

١٣- عدم تخصيص معونات إضافية لمريضات السرطان وذويهم ممن يحصلون على مخصصات اجتماعية من وزارة الشؤون الاجتماعية، يساهم في مضاعفة المعاناة ويضع المريضات وأسرهن في حالة من العوز الشديد، ويحول دون القدرة على مواجهة المرض.[٢٤]

١٤- التقصير في الوفاء بمتطلبات مريضات سرطان الثدي بشكل خاص، حيث لا تتوفر لهن رعاية خاصة جراحات التجميل والأثداء الصناعية.[٢٥]

١٥- تعذر تحسين قدرات وكفاءة الطواقم الطبية من أخصائي الأورام، بسبب غياب التدريب الخارجي والمشاركة في المؤتمرات الطبية الدولية.[٢٦]

١٦- لا يوجد إمكانية لاستقبال حالات في المستشفى بعد الساعة الثانية ظهراً، بسبب إغلاق الصيدلية والأشعة والمختبر (تحليل للطوارئ فقط)، ما يكون له مردود سلبي على صحة وحياة المرضى.[٢٧]

رابعاً: مدى رضا مريضات السرطان عن الخدمات الصحية المقدمة لهن:

يعطي مدى رضا مريضات السرطان عن الخدمات الصحية المقدمة لهن، مؤشراً هاماً حول مدى تمتعهن بحقوقهم الصحية وحصولهن على خدمات صحية ذات جودة مناسبة.

١- جدول يوضح مدى رضا مريضات السرطان عن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهن[٢٨]

الرقم	الفقرة	كبيرة		متوسطة		ضعيفة		معدومة	
		عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
١	ما هي درجة اهتمام الأطباء في المستشفى بتقديم العناية المناسبة للمرضى؟	١	٠,٢	٣٢	٧,٤	٢٣٥	٥٤,٥	١٦٣	٣٧,٨
٢	ما هي درجة اهتمام الممرضين في المستشفى بتقديم العناية المناسبة للمرضى؟	–	–	٣٥	٨,١	٢٥٠	٥٨,٠	١٤٦	٣٣,٩
٣		٣	٠,٧	٧٧	١٧,٩	٢٢٥	٥٢,٢	١٢٦	٢٩,٢

[٢٤] جواد المجبر، مدير عام في وزارة الشؤون الاجتماعية، مقابلة أجرها الباحث، ٢٠٠٦/١٠/٩.

[٢٥] سامي الجوجو، المنسق العام لمؤسسة بسمة أمل لرعاية مرضى السرطان، مقابلة أجراها الباحث، ٢٠١٦/١٠/١٢.

[٢٦] واقع الحق في الصحة لمرضى السرطان في قطاع غزة، مركز الميزان لحقوق الإنسان، يونيو ٢٠١٢، غزة–فلسطين، ص١٣.

[٢٧] حكيم دعاء مبروك، نائب رئيس التمريض، مرجع سابق.

[٢٨] معلومات تستند إلى تحليل إحصائي لصحيفة الاستطلاع (الاستبانة)، مرجع سابق.

	ما هي درجة اهتمام المستشفى بتوفير النظافة المناسبة للمرضى؟							
٤	ما هي درجة ملائمة غرف تلقي العلاج بالمستشفى من حيث عدد المرضى في الغرفة؟	٤	٠,٩	١٠٣	٢٣,٩	٢١٧	٥٠,٣	١٠٧	٢٤,٨
٥	ما هي درجة الرضا عن معاملة مريضات السرطان من قبل الأطباء؟	٥	١,٢	٩٨	٢٢,٧	٢٠٨	٤٨,٣	١٢٠	٢٧,٨
٦	ما هي درجة الرضا عن معاملة مريضات السرطان من قبل الممرضين؟	٦	١,٤	٨٧	٢٠,٢	٢١٣	٤٩,٤	١٢٥	٢٩,٠
٧	ما هي درجة اهتمام المستشفى بمريضات السرطان؟	٦	١,٤	٦٠	١٣,٩	٢٥٢	٥٨,٥	١١٣	٢٦,٢
٨	ما هي درجة مراعاة المستشفى لخصوصيتك كأنثى أثناء تلقي العلاج؟	١٣	٣,٠	٥٣	١٢,٣	٢٥١	٥٨,٢	١١٤	٢٦,٥

يوضح الجدول أعلاه بأن رأي مريضات السرطان بجودة الخدمات الصحية المقدمة لهن تتأرجح بين ضعيفة ومعدومة، حيث أشارت المريضات إلى عدم رضاهن عن الرعاية الصحية المقدمة لهن من المستشفى بشكل عام ومن والأطباء والممرضين أيضاً. كما أنهن أشرن إلى عدم مراعاة المستشفى لخصوصيتهن ومتطلباتهن كنساء، وهذا يعد انتهاكاً لحقوقهم الصحية التي تستوجب أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة مقبولة ثقافياً، ومناسبة علمياً وطبياً وذات نوعية جيدة.

١-جدول يوضح مدى تمتع مريضات السرطان بـ"الرضا النفسي والاجتماعي"[٢٩]

الرقم	الفقرة	كبيرة		متوسطة		ضعيفة		معدومة	
		عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
١	درجة الدعم النفسي والمعنوي الذي تحصلين عليه داخل الأسرة؟	١	٠,٢	٥	١,٢	٧٢	١٦,٧	٣٥٣	٨١,٩
٢	درجة الدعم النفسي والمعنوي الذي تحصلين عليه من الأصدقاء والمعارف؟	١	٠,٢	٦	١,٤	٨٧	٢٠,٢	٣٣٧	٧٨,٢
٣		١٠	٢,٣	١١	٢,٦	٦٩	١٦,٠	٣٤١	٧٩,١

[٢٩] المرجع السابق.

	درجة معاملة الزوج الإيجابية بعد علمه بإصابتك بالمرض؟							
٤	درجة التفكير بالانتحار والتخلص من نفسك؟	٣٤٨	٨٠,٧	٣٤	٧,٩	٣٣	٧,٧	١٦	٣,٧
٥	درجة تلقي المساعدات والعناية من الجمعيات الخاصة بمرضى السرطان؟	١٢٢	٢٨,٣	٨١	١٨,٨	٢١٠	٤٨,٧	١٨	٤,٢
٦	درجة تلقي المساعدات والعناية من الجمعيات الأهلية غير الخاصة بمرضى السرطان؟	١٥٥	٣٦,٠	٧٠	١٦,٢	١٨٩	٤٣,٩	١٧	٣,٩

تشير النتائج الموضحة في الجدول أعلاه الي عدم وجود رضا نفسي واجتماعي من قبل مريضات السرطان، خاصة في ظل غياب الدعم النفسي والمعنوي من الأهل والزوج والأقارب والأصدقاء والمعارف. كما أن هناك ضعف في الرضا عن الدعم النفسي والاجتماعي التي تقدمه المؤسسات الأهلية المعنية بمرضى السرطان. بل يوجد ما هو أصعب من ذلك فيما يتعلق في غياب الدعم النفسي والاجتماعي، حيث أشارت حوالي (٣٦,٨%) من مريضات السرطان المطلقات والبالغة نسبتهن (٤,٤%) من ضمن عينة البحث إلى أن سبب طلاقهن يرجع لإصابتهن بمرض السرطان.

النتائج:

يخلص الباحث إلى أن التحديات التي تواجه الحق في الصحة لمريضات السرطان في قطاع غزة بجميع أشكاله وعلى المستويات كافة، أدت إلى مصادرة حقوقهن الصحية وذلك على النحو التالي:

١- عدم توفر القدر الكافي من المرافق الصحية المؤهلة لتقديم خدمات صحية مناسبة، في ظل ما يلي:

أ- مساحة مبنى مستشفى الرنتيسي لا تؤهله لتقديم خدمات صحية مناسبة لمريضات السرطان سيما أنه المستشفى الأكبر في تقديم هذه الخدمات.

ب-عجز في عدد الأطباء والممرضين والأسرة.

ت-ضعف في إمكانات التشخيص والعلاج.

٢- حال حصار سطات الاحتلال الإسرائيلي دون قدرة مريضات السرطان من الوصول إلى الخدمات الصحية في مستشفيات الضفة الغربية والقدس وداخل الخط الأخضر، خاصة في ظل التعقيدات التي

تشهدها إجراءات التحويل للعلاج في الخارج وعملية السفر والعراقيل التي تضعها سلطات الاحتلال والتي تعوّق سفر المرضى للعلاج بل وفي كثير من الحالات يتم منع سفر المريضات للعلاج.

٣- تسبب حصار سلطات الاحتلال الإسرائيلي بتعذر توفير الإمدادات الضرورية لعمل المستشفيات والمراكز الصحية كالأدوية، المستلزمات الطبية، المعدات الطبية، قطع الغيار، وإمدادات الكهرباء.

٤- حالت الأوضاع المعيشية الصعبة في القطاع من قدرة مريضات السرطان وذويهم على تحمل نفقات العلاج غير المتوفر في المستشفيات.

٥- أشارت مريضات السرطان إلى عدم مراعاة المستشفى لخصوصيتهن ومتطلباتهن كنساء.

٦- ضعف قدرات وكفاءة الطواقم الطبية من أخصائي الأورام، بسبب غياب التدريب الخارجي والمشاركة في المؤتمرات الطبية الدولية.

٧- لا تتوفر الأجهزة التشخيصية الحديثة، والأدوية الحديثة للمرضى بسبب عزوف المانحين عن تقديم دعم مادي لشراء أدوية السرطان خاصة من خارج القائمة الأساسية.

٨- عدم توفر العلاج الإشعاعي، يضاعف من قصور الخدمات الصحية المقدمة لمريضات السرطان.

٩- أشارت مريضات السرطان أن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهن تتأرجح بين ضعيفة ومعدومة.

١٠- غياب الدعم النفسي لمريضات السرطان، والأمر الأخطر هو تطليقهن بسبب الإصابة بهذا المرض.

التوصيات:

تقع مسؤولية الارتقاء بالخدمات الصحية لمريضات السرطان على عاتق السلطة الوطنية الفلسطينية، وسلطات الاحتلال الإسرائيلي، والمجتمع الدولي. عليه وبهدف معالجة الانتهاكات التي تتعرض لها النساء المصابات بمرض السرطان في قطاع غزة وإعمالاً لحقوقهن الصحية، فإن الباحث يوصي بما يلي:

١- أن يتحمل المجتمع الدولي مسئولياته القانونية والأخلاقية والتحرك العاجل لتمكين النساء المصابات بمرض السرطان من التمتع بحقوقهن الصحية.

٢- التحرك الفاعل للمجتمع الدولي لضمان وقف العقوبات الجماعية التي تفرضها قوات الاحتلال على قطاع غزة وسكانه، وإلزامها بالقيام بمسؤولياتها بتأمين الصحة العامة والشروط الصحية وأن توفر بأقصى ما تسمح به وسائلها العناية الطبية للسكان في الأراضي المحتلة.

٣- تحييد القطاعات الخدماتية عن التجاذبات والصراعات السياسية، بما يضمن إدارة القطاع الصحي على نحو أفضل.

٤- زيادة مساحة قسم مريضات السرطان في مستشفى الرنتيسي الذي يعد الأكبر في تقديم الخدمات الصحية لمرضى السرطان، وذلك بما يسمح بالارتقاء بتلك الخدمات.

٥- زيادة عدد أخصائي الأورام من الأطباء وكذلك الممرضين الذين المؤهلين للتعامل مع مريضات السرطان، بالإضافة لزيادة عدد الأسرة.

٦- توفير امكانات التشخيص المناسبة مثل صبغات العينات، وتوفير طرق التشخيص الحديثة كأجهزة المسح الذرى لتشخيص الأورام بواسطة التصوير المقطعي بالانبعاث البوزيتروني.

٧- سد العجز في العلاجات الكيماوية، وتوفير الأدوية الحديثة.

٨- توفير العلاج الإشعاعي، الذي سيكون له عظيم الأثر الإيجابي على صحة مريضات السرطان.

٩- تدشين حملات توعوية من أجل توفير الدعم النفسي المناسب لمريضات السرطان.

١٠- تسهيل وتسريع إجراءات العلاج في الخارج، بما يضمن سرعة حصول مريضات السرطان على التشخيص والعلاج المناسب وفي الوقت المناسب.

١١- زيادة المخصصات المالية من قبل الجهات المعنية، وذلك لمريضات السرطان وذويهم ممن يتلقون المساعدات، لتمكينهم من تحمل نفقات العلاج الذين كثيراً ما يضطروا لشرائه حال عدم توفره في المستشفى.

المراجع:

المواثيق والقوانين والتعليقات العامة:

١- الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، اعتمدت وعرضت للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢١٠٦ ألف (د-٢٠)، المؤرخ في ٢١ كانون الأول/ديسمبر ١٩٦٥.

٢- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، اعتمدت وعرضت للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١٨٠/٣٤، المؤرخ في ١٨ كانون الأول/ديسمبر ١٩٧٩، تاريخ بدء النفاذ ٣ أيلول/سبتمبر ١٩٨١.

٣- اتفاقية جنيف الرابعة المتعلقة بحماية المدنيين زمن الحرب، المؤرخة في ١٢ آب/أغسطس ١٩٤٩، اعتمدت وعرضت للتوقيع والتصديق والانضمام من قبل المؤتمر الدبلوماسي لوضع اتفاقيات دولية لحماية ضحايا الحروب، المعقود في جنيف من ٢١ نيسان/أبريل إلى ١٢ آب/أغسطس ١٩٤٩، تاريخ بدء النفاذ ٢١ تشرين الأول/أكتوبر ١٩٥٠.

٤- اتفاقية حقوق الطفل، اعتمدت وعرضت للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢٥/٤٤، المؤرخ في ٢٠ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٨٩، تاريخ بدء النفاذ ٢ أيلول/سبتمبر ١٩٩٠.

٥- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، اعتمد ونشر على الملأ بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢١٧ ألف (د-٣)، المؤرخ في ١٠ كانون الأول/ديسمبر ١٩٤٨.

٦- البروتوكول الإضافي الملحق بالاتفاقية الأمريكية لحقوق الانسان وواجباته في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (بروتوكول سان سلفادور)، اعتمد في ١٧ نوفمبر ١٩٨٨ من قبل الجمعية العامة التاسعة عشرة لمنظمة الدول الامريكية، ودخل حيز النفاذ في ١٦ نوفمبر ١٩٩٩.

٧- البروتوكول الإضافي الأول الملحق باتفاقيات جنيف المعقودة في ١٢ آب/أغسطس ١٩٤٩والمتعلق بحماية ضحايا المنازعات المسلحة الدولية، اعتمد وعرض للتوقيع والتصديق والانضمام من قبل المؤتمر الدبلوماسي لإعادة تأكيد القانون الإنساني الدولي المنطبق على المنازعات المسلحة وتطويره وذلك بتاريخ ٨ حزيران/يونيو ١٩٧٧، تاريخ بدء النفاذ ٧ كانون الأول/ديسمبر ١٩٧٨.

٨- التعليق العام رقم (١٤): الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه المادة (١٢)، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الدورة الثانية والعشرون (٢٠٠٠).

٩- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة بقرارها رقم ٢٢٠٠ ألف (د-٢١)، المؤرخ في ١٦ كانون الأول/ ديسمبر ١٩٦٦، تاريخ بدء النفاذ: ٣ كانون الثاني/يناير ١٩٧٦.

١٠- القانون الأساسي الفلسطيني المعدل لعام ٢٠٠٣، صدر بمدينة رام الله بتاريخ ١٨/مارس/٢٠٠٣ ميلادية الموافق ١٥/محرم/ ١٤٢٤، نشر في الوقائع الفلسطينية بتاريخ ٢٠٠٣/٣/٣١، العدد(٤٤).

١١- قانون الصحة العامة رقم (٢٠) لسنة ٢٠٠٤، صدر في مدينة غزة بتاريخ ٢٧ /ديسمبر/٢٠٠٤ ميلادية الموافق ١٥/ ذو القعدة/١٤٢٥ هجرية، نشر في الوقائع الفلسطينية بتاريخ ٢٣/٤/ ٢٠٠٥ العدد (٥٤).

١٢- لائحة لاهاي الخاصة باحترام قوانين وأعراف الحرب البرية، المؤرخة في ١٨ أكتوبر/ تشرين الأول ١٩٠٧، اعتمدت ونشرت على الملأ وفتحت للتوقيع والتصديق والانضمام من قبل المؤتمر الدولي الثاني للسلام الذي عقد في لاهاي عام ١٩٠٧، وذلك بتاريخ ١٨ تشرين الأول/أكتوبر ١٩٠٧، ودخلت حيز النفاذ في ٢٦ كانون الثاني/يناير ١٩١٠.

١٣- الميثاق الاجتماعي الأوروبي، دخل حيز النفاذ في ٢٦ فبراير ١٩٦٥، وعدل في ١٩٩٦ ودخلت صيغته المعدلة حيز النفاذ في ٧ يناير ١٩٩٩.

١٤- الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام ١٩٨١، اعتمد من قبل مجلس الرؤساء الأفارقة بدورته العادية رقم ١٨ في نيروبي بكينيا بتاريخ ٢٧ يونيو ١٩٨١، ودخل حيز النفاذ في ٢١ اكتوبر ١٩٨٦.

الاستبانة:

استبانة أعدها الباحث لقياس "مدى رضا مريضات السرطان بقطاع غزة عن الخدمات الصحية المقدمة لهن"، حيث وصل عدد الاستبانات المعبئة من المريضات والصالحة للتحليل هي (431) استبانة من أصل (٦٠٠) استبانة.

مقابلات:

١- جواد المجبر، مدير عام في وزارة الشؤون الاجتماعية، مقابلة أجرها الباحث، ٢٠٠٦/١٠/٩.

٢- خالد ثابت، رئيس قسم الأورام في مستشفى الرنتيسي، مقابلة أجراها الباحث، ٢٠١٦/١٠/٥.

٣- دعاء مبروك، نائب رئيس التمريض في مستشفى الرنتيسي، مقابلة أجراها الباحث، ٢٠١٦/١٠/٥.

٤- سامي الجوجو، المنسق العام لمؤسسة بسمة أمل لرعاية مرضى السرطان، مقابلة أجراها الباحث، ٢٠١٦/١٠/١٢.

بحوث وتقارير:

١- "الوضع القانوني لدولة الاحتلال الحربي ومسئوليتها في الأراضي المحتلة"، سلسلة القانون الدولي الإنساني رقم (٥)، مركز الميزان لحقوق الإنسان، غزة، ٢٠٠٨.

٢- السرطان في قطاع غزة خلال الأعوام ١٩٩٩-٢٠١٤، وحدة نظم المعلومات، وزارة الصحة-غزة، ديسمبر ٢٠١٥.

٣- علاء مطر، الحقوق الصحية لأطفال غزة من ذوي الأمراض المزمنة تحديات وآمال، مركز بحوث ودراسات الأرض والإنسان، غزة-فلسطين، ٢٠١٤.

٤- واقع الحق في الصحة لمرضى السرطان في قطاع غزة، مركز الميزان لحقوق الإنسان، غزة-فلسطين، يونيو ٢٠١٢.

٥- وضع حقوق المواطن الفلسطيني لعام ٢٠٠٥، التقرير السنوي رقم (١١)، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، فلسطين، ٢٠٠٦.

انتهاكات سلطات الاحتلال الإسرائيلي للحماية الدولية للطواقم الطبية الفلسطينية

الباحث/ محمد زايد

ملخص البحث

تقديرا للدور الكبير الذي يقوم به أفراد الطواقم الطبية خلال الحروب، فقد عمل القانوني الدولي على ايجاد نظام شامل لحمايتهم أثناء قيامهم بمهامهم الانسانية.

وفي فلسطين تواصل سلطات الاحتلال الاسرائيلي انتهاكاتها بحق الطواقم الطبية ما يؤدي لتعرضهم لخطر مباشر قد يفقدون به حياتهم؛ أو تمنعهم من القيام بمهامهم في انقاذ الجرحى.

وهنا جاءت هذه الدراسة للتعرف على الطواقم الطبية والمقصود بها بموجب أحكام القانون الدولي الانساني بالإضافة للتعرف على الحماية الدولية المقررة لهم؛ وكذلك الاحاطة بصور من الانتهاكات اليومية التي تتعرض لها الطواقم الطبية الفلسطينية جراء ممارسات الاحتلال العنصرية والاجرامية بحقهم والآثار المترتبة على تلك الانتهاكات؛ وأخيرا تحاول الدراسة البحث في آليات تطوير حماية الطواقم الطبية سواء على المستوى المحلي والاقليمي أو حتى على المستوى العالمي من أجل أن تقوم تلك الطواقم بمهامها على أكمل وجه.

Abstract

In recognition of the major role played by medical personnel during wars, the international laws were put in place to work on finding a comprehensive system to protect them while carrying out their humanitarian duties.

In Palestine, the Israeli occupation authorities continue their violations against the medical staff has exposed them to risk their own lives; and/or impede or prevent them from carrying out their rescue mission.

This study was to identify the medical staff and the existing international humanitarian laws to protect them, as well as to shed a light on the daily violations against the Palestinian medical crews because of racism and crime against them and the consequences of those violations occupation practices. Finally the study explored ways to enhance the protection of medical personnel mechanisms, both at the local and regional or even global level in order to allow those teams to safely practice their mission to the fullest.

مقدمــة:

مما لا شك فيه أن أفراد الطواقم الطبية يتعرضون لخطر كبير، أثناء ممارستهم لمهامهم الطبية خلال الحروب بشكل عام، وهم أيضا يمثلون أطهر كائن في الحرب إذ يحملون الحياة لمن هم بأشد الحاجة إليها، للجرحى المهددين بفقدان حياتهم في زخم المعركة، ونظرا للدور المهم الذي يقوم به رجال الطواقم الطبية، فقد أوجد القانون الدولي مجموعة من النصوص القانونية التي شددت على ضرورة حمايتهم،

وشملهم بنصوص خاصة تحرم الاعتداء عليهم أو استهدافهم، ووضع لهم العديد من الحقوق التي من شأنها أن تخفف حجم المخاطر التي يتعرضون لها، وألزمهم بعدة التزامات حتى لا يكونوا عرضة للهجمات العسكرية.

وبالرغم من الحماية الكبيرة التي قررتها نصوص القانون الدولي للطواقم الطبية، إلا أنها عرضة للمخاطر في العديد من مناطق النزاع وعلى وجه التحديد في فلسطين، ولعل ما كرسته سلطات الاحتلال من انتهاكات طالت البشر والحجر في الأرض المحتلة، أصبحت أحداثاً عادية نظرا لضعف عنصر الجزاء عن تلك الانتهاكات، وهذا مرجعه بالأساس لتأثير السياسة الدولية في حماية المجرم الحقيقي، إلا أن ذلك لا يمكن أن يشكل سوى دافعا مستمرا من أجل فضح وتوثيق انتهاكات الاحتلال بحق الطواقم الطبية واستهدافها ومنعها من قيامها بأعمالها.

أهداف وأهمية البحث

للبحث أهمية كبيرة في التذكير بمعاناة الطواقم الطبية العاملة في فلسطين، ذلك أن الاحتلال الاسرائيلي لا يتوانى في استهدافها، خلال قيامهم بأعمالهم النبيلة لإنقاذ الجرحى والأطفال والفئات الضعيفة التي طحنتها آلة الحرب الإسرائيلية، وهنا تكمن أهمية البحث في فضح جرائم الاحتلال الإسرائيلي بحق الطواقم الطبية، ويحاول البحث وضع الآليات اللازمة لقيام الطواقم الطبية بأعمالها على الوجه الأمثل مع خلال تطوير وسائل حمايتها.

مشكلة البحث

تتعرض الطواقم الطبية العاملة في فلسطين لشتى أنواع الانتهاكات والجرائم بفعل قوات الاحتلال الإسرائيلي التي لا تتوانى في استهدافها، ضاربة بعرض الحائط كافة الاتفاقيات الدولية، التي وفرت الحماية للطواقم الطبية نظرا للدور الكبير الذي تقوم به وكذلك كثرة المخاطر التي تتعرض لها، ويحاول البحث التعريف بالحماية المقررة للطواقم الطبية الفلسطينية ومدى الانتهاكات التي تتعرض لها من قبل الاحتلال الاسرائيلي.

أسباب اختيار الموضوع

- الدور الكبير والمهم الذي تقوم به الطواقم الطبية في مساعدة ضحايا الحروب.
- المخاطر المختلفة التي تتعرض لها الطواقم الطبية أثناء القيام بمهامها.
- المخاطر التي قد تصيب ضحايا الحروب بسبب استهداف الطواقم الطبية.
- مواصلة سلطات الاحتلال الاسرائيلي انتهاك قواعد القانون الدولي، وهنا يجب مواصلة فضح تلك الجرائم والانتهاكات، بحق الطواقم الطبية وتوثيقها.

منهج البحث

سيتم الاعتماد على المنهج الاستقرائي ممزوجا بالمنهج التحليلي، مع الأخذ بعين الاعتبار معايير البحث القانوني التي تتطلب توثيق النصوص القانونية والتعليق عليها كلما دعت الحاجة، من أجل الوصول للنتائج السليمة.

خطة البحث

مبحث تمهيدي/ التعريف بالطواقم الطبية والحماية القانونية المقررة لها

المطلب الأول/ التعريف بالطواقم الطبية **وآليات** عملها

المطلب الثاني/ الحماية القانونية المقررة للطواقم الطبية

المبحث الأول/ انتهاكات سلطات الاحتلال الاسرائيلي للحماية المقررة للطواقم الطبية

المطلب الأول/ واجبات سلطات الاحتلال الاسرائيلي تجاه الطواقم الطبية الفلسطينية

المطلب الثاني/ صور انتهاكات سلطات الاحتلال الإسرائيلي الموثقة تجاه الطواقم الطبية الفلسطينية

المبحث الثاني/ المسئولية عن انتهاكات الحماية المقررة لأفراد الطاقم الطبية

المطلب الأول/ الأعمال التي تشكل جرائم معاقب عليها دولياً

المطلب الثاني/ مسئولية سلطات الاحتلال الاسرائيلي الجنائية عن استهداف الطواقم الطبية

المطلب الثالث/ مسئولية سلطات الاحتلال الاسرائيلي المدنية عن استهداف الطواقم الطبية

المبحث الثالث/ آليات الرقابة على حماية الطواقم الطبية

المطلب الأول/ رقابة المنظمات واللجان الدولية

المطلب الثاني/ رقابة الدول

المطلب الثالث/ الرقابة القضائية

مبحث تمهيدي/ التعريف بالطواقم الطبية والحماية القانونية المقررة لها

اعتنى القانون الدولي الإنساني بتعريف أفراد الطواقم الطبية، والوصول لهذا التعريف كان نتيجة تراكمات تاريخية، وتم تقسيم هذا المبحث إلى مطلبين يعالج الأول التعريف بالطواقم الطبية بينما ينفرد الثاني لتحديد نظام الحماية القانونية المقررة لها.

المطلب الأول/ التعريف بالطواقم الطبية، وآليات عملها.

يعالج هذا المطلب ثلاثة جوانب أساسية في تعريف الطواقم الطبية بدءًا من التطور التاريخي ومن ثم التعريف القانوني للطواقم الطبية وأخيرا آليات عملها.

الفرع الأول/ التطور التاريخي لمفهوم الحماية القانونية للطواقم الطبية.

يعتبر تاريخ معركة سولفرينو[1] هو التاريخ الحقيقي لميلاد فكرة إنشاء اللجنة الدولية للصليب الأحمر، فقد شاهد هنري دونان Henry Dunant[2]، بشاعة تلك المعركة التي خلفت الآلاف من القتلى والجرحى، وعند عودته إلى سويسرا ألف كتابه الشهير تذكار سولفرينو والذي احتوى على نداءين مهيبين، كان الأول لتشكيل جمعيات إغاثة لمساعدة الجرحى وقت الحرب، أما النداء الثاني فتضمن الاعتراف بالمتطوعين بجمعيات الإغاثة وحمايتهم بموجب اتفاق دولي.

وفي عام 1863م شكلت جمعية جنيف للمنفعة العامة لجنة من خمسة أفراد عرفت باسم اللجنة الدولية لإغاثة الجرحى، التي أصبحت فيما بعد تعرف باسم اللجنة الدولية للصليب الأحمر، وقد عملت على ترجمة أفكار هنري دونان إلى خطوات عملية، حيث صاغت تلك الأفكار في شكل معاهدة دولية، وقد تجسد ذلك في المؤتمر الأول الذي افتتح في جنيف بتاريخ 1863/10/26م، وتم اعتماد الشارة المميزة للجنة الدولية للصليب الأحمر، وهي عبارة عن مقلوب لعلم سويسرا الوطني، وذلك تقديراً لجهود سويسرا في دعم هذه اللجنة، ومن أجل إضفاء الطابع الرسمي على حماية الخدمات الطبية في ميدان القتال والحصول على اعتراف دولي بالصليب الأحمر، عقدت سويسرا مؤتمراً دبلوماسياً في جنيف عام 1864م، شارك فيه ممثلو اثنتي عشرة حكومة، واعتمدوا معاهدة حملت عنوان: اتفاقية جنيف لتحسين حال جرحى الجيوش في الميدان[3].

(1) – سولفرينو: بلدة تقع في شمال ايطاليا، شهدت معركة عظيمة دارت بين الجيش الفرنسي والجيش النمساوي، وقد سقط خلال ست ساعات ما يزيد عن أربعين ألف بين قتيل وجريح، وكان ذلك في يوم 24 يونيو1859م.

(2) – هنري دونان: ولد في العام 1828م في جنيف وتوفي في عام 1910م، وهو رجل أعمال سويسري وناشط اجتماعي، وفي رحلة عمل سنة 1859م إلى إيطاليا سجل ذكرياته وخبراته في كتاب اسماه ذكريات سولفرينو تخليدا للمعركة العظيمة ومهد لتأسيس الصليب الأحمر عام 1863، وهو أول من حصل على جائزة نوبل للسلام مناصفة مع فريدريك باس من فرنسا سنة 1901م.

(3) – تعرف على اللجنة الدولية للصليب الأحمر، من منشورات اللجنة على الشبكة العنكبوتية: www.icrc.org، الطبعة الثامنة، ابريل/نيسان 2008م، ص7/6، بتصرف.

الفرع الثاني/ التعريف بالطواقم الطبية

عرفت المادة الثامنة من الملحق البروتوكول الأول لعام 1977م أفراد الطواقم الطبية بأنهم "الأشخاص الذين يخصصهم أحد أطراف النزاع إما للأغراض الطبية دون غيرها المذكورة في الفقرة هـ وإما لإدارة الوحدات الطبية، وإما لتشغيل وسائط النقل الطبي دائماً أو وقتياً، ويشمل التعبير:

1-أفراد الخدمات الطبية، عسكريين كانوا أم مدنيين، التابعين لأحد أطراف النزاع.

2-أفراد الخدمات الطبية التابعين لجمعيات الصليب الأحمر الوطنية، وغيرها من جمعيات الإسعاف الوطنية الطوعية التي يعترف بها ويرخص لها أحد أطراف النزاع وفقاً للأصول المرعية.

3-أفراد الخدمات الطبية التابعين للوحدات الطبية أو وسائط النقل الطبي المشار إليها المادة التاسعة".

وأضافت الفقرة (هـ) الخاصة بتعريف "الوحدات الطبية" أنها المنشآت وغيرها من الوحدات عسكرية كانت أم مدنية التي تم تنظيمها للأغراض الطبية أي البحث عن الجرحى والمرضى والمنكوبين وإجلائهم ونقلهم وتشخيص حالتهم أو علاجهم بما في ذلك الإسعافات الأولية، والوقاية من الأمراض ويشمل التعبير المستشفيات ومراكز نقل الدم ومعاهد الطب الوقائي والمستودعات والمخازن الطبية والصيدلية لهذه الوحدات، ويمكن أن تكون ثابتة أو متحركة دائمة أو وقتية.

وعرفت الفقرة (و) "النقل الطبي" بأنه نقل الجرحى والمرضى والمنكوبين في البحار وأفراد الخدمات الطبية والمعدات والإمدادات الطبية التي تحميها الاتفاقيات سواء كان النقل في البر أو في الماء أم في الجو، وجاء في الفقرة ز "وسائط النقل الطبي" أية وسيطة نقل عسكرية كانت أم مدنية دائمة أو وقتية تخصص للنقل الطبي.

الفرع الثالث/ آليات عمل الطواقم الطبية

مما لاشك فيه أن أفراد ورجال الطواقم الطبية يقومون بأعمال كبيرة من أجل جعل الحروب أخف ضررا، ولعل هذا العمل هو أحد الأهداف المرجوة من وجود القانون الدولي الإنساني في شكله الحديث، وتتعدد آليات عمل الطواقم الطبية، **ويمكن تلخيصها فيما يلي/**

أولا/ البحث عن الجرحى والمرضى والمفقودين والمنكوبين والجثث في أماكن النزاع.

ثانيا/ إجلاء المصابين والجرحى، ونقلهم للأماكن الأكثر أمنا.

ثالثا/ الإقامة بالقرب من مناطق التماس، والمناطق التي قد تندلع فيها مواجهات في أي لحظة، تحسبا لنقل المصابين والجرحى وتقديم العلاج المبكر لهم.

رابعا/ تقديم العلاج الميداني للجرحى المصابين بجروح طفيفة، ولمن هم بحاجة لرعاية صحية.

خامسا/ نقل الجرحى للمستشفيات وللوحدات الطبية، وذلك بما يتوفر لهم من مركبات للإسعاف المبكر.

سادسا/ تقديم العلاج اللازم في المستشفيات والوحدات الطبية.

سابعا/ تزويد المستشفيات العامة والميدانية بما يحتاجونها من أغراض طبية وذلك من خلال جلبها من معاهد الطب الوقائي وبنوك الدم والمستودعات والمخازن الطبية والصيدلية.

وبالنظر لآليات عمل الطواقم الطبية فهي تتنوع إلى اثنتين، وهي: إما إدارة وتشغيل الوحدات والمنشآت الطبية، أو إدارة وتشغيل وسائل النقل الطبي[1].

المطلب الثاني/ الحماية القانونية المقررة للطواقم الطبية

أولى القانون الدولي حماية خاصة لأفراد الطواقم الطبية، وحظر الاعتداء عليهم، نظرا للدور المميز الذي يقومون به، وسوف نعالج هذا المطلب من خلال تقسيمه لثلاث فروع يعالج الأول النظام القانوني للحماية المقررة للطواقم الطبية، في حين يتناول الثاني الالتزامات التي فرضها القانون الدولي على أفراد الطواقم الطبية، ويتناول الأخير حقوق أفراد الطواقم الطبية.

الفرع الأول/ النظام القانوني لحماية الطواقم الطبية

يتكون النظام القانوني لحماية الطواقم الطبية من مجموعة من القوانين والاتفاقيات والمواثيق الدولية التي نصت على حماية أفراد الطواقم الطبية وضرورة احترامهم وتسهيل المرور الآمن لهم للوصول للجرحى والمصابين، والجدير ذكره أن تلك الاتفاقيات هي بدورها التي تكون القانون الدولي الإنساني، وسنستعرض أهم الاتفاقيات الدولية التي تشكل النظام القانوني لحماية الطواقم الطبية، وأبرز ما ورد في كل اتفاقية.

أولا/ اتفاقية جنيف الأولى لتحسين حال الجرحى والمرضى بالقوات المسلحة في الميدان 12 أغسطس 1949م.

نصت الاتفاقية في المادة (4) على إلزام الدولة المحايدة بحماية أفراد الوحدات الطبية الذين يصلون لأراضيها، فيما جاء في نص المادة (6) أن للأطراف المتعاقدة الطبية عقد ما شاءت من الاتفاقيات الثنائية لضمان عدم المساس بالحماية المقررة لرجال الخدمات الطبية، ولعل أهم ما ذكر في الحماية المقررة للطواقم الطبية هي حماية المنشآت والوحدات الطبية الثابتة والمتحركة إذ نصت المادة (19) على حظر استهدافها حتى إذا وقعت بأيدي الطرف الخصم، وجاء في المادة (24) واجب احترام وحماية أفراد الخدمات الطبية.

ثانيا/ اتفاقية جنيف الثانية لتحسين حال جرحى ومرضى وغرقى القوات المسلحة في البحار 12 أغسطس 1949م.

اشتركت هذه الاتفاقية مع الاتفاقية الأولى في عدد من المواد التي تنظم الحماية المقررة للعاملين في مجال الخدمات الطبية، وتميزت المادة (18) في الفقرة الثانية بأنها أعطت الأولوية لتسهيل مهام الخدمات

---

(1) – علي عواد، قانون النزاعات المسلحة، الطبعة الأولى، دار المؤلف للنشر والطباعة والتوزيع، لبنان–بيروت، 2004م، ص111–112.

الطبية كلما سنحت الفرصة بعد كل اشتباك، وتأمين ممرات بحرية آمنة لهم للقيام بمهامهم على أكمل وجه، وجاء في المادة (36) ضرورة احترام العاملين في مجال الخدمات الطبية، وحظر أسرهم، بل فرضت على الدول المتحاربة تسهيل تنقلهم، ومنعت احتجازهم إلا لضرورة كأن يكون بين الأسرى من العسكريين مصابين أو بحاجة لرعاية طبية.

ثالثا/ اتفاقية جنيف الثالثة بشأن معاملة أسرى الحرب 12 أغسطس 1949م.

نصت في المادة (33) على أن أفراد الخدمات الطبية الذين تستبقيهم الدولة الآسرة لمساعدة أسرى الحرب، لا يعتبرون أسرى حرب، ولهم مع ذلك أن ينتفعوا كحد أدنى بالفوائد والحماية التي تقضي بها هذه الاتفاقية، كما تمنح لهم جميع التسهيلات اللازمة لتقديم الرعاية الطبية للأسرى.

رابعا/ اتفاقية جنيف الرابعة بشأن حماية الأشخاص المدنيين في وقت الحرب 12 أغسطس 1949م.

نصت في المادة (17) على ضرورة أن يعمل أطراف النزاع على توفير الحماية لأفراد الطواقم الطبية العاملة في منطقة النزاع، في حين أن المادة (23) فرضت على أطراف النزاع تأمين طرق مرور للطواقم الطبية، ونصت المادتين (56/55) على إلزام سلطات الاحتلال بحماية الطواقم الطبية وتأمين مرورها وحماية المنشآت الطبية.

خامسا/ الملحق البروتوكول الأول الإضافي إلى اتفاقيات جنيف 1977م.

عرف في المادة (8/ج) أفراد الخدمات الطبية، وأورد في المواد من (12) وحتى المادة (16) الحماية القانونية التي تتمتع بها الطواقم الطبية، والوحدات والإنشاءات التابعة لها، والحق يقال أن لب النظام القانوني للحماية الدولية للطواقم الطبية يوجد في هذا البروتوكول، لأنه نص صراحة وبتفصيل على المهمات التي تندرج تحتها مفهوم الطواقم والخدمات الطبية بالإضافة إلى الحماية المقررة لهم.

سادسا/ الملحق البروتوكول الثاني الإضافي إلى اتفاقيات جنيف 1977م.

نص صراحة في المواد من (9 إلى 12) على الحماية التي يجب أن يلتزم بها أطراف النزاع تجاه الطواقم الطبية والاجراءات الواجبة لتسهيل أداء مهماتهم.

ونرى بأن المتتبع جيدا للاتفاقيات الدولية السابقة يجدها في مجملها نصت صراحة على حماية الطواقم الطبية وتسهيل عملها، وأوجبت على أطراف النزاع ذلك، وقد نجد بعض النصوص التي تم تكرارها ولو ضمنيا في كافة الاتفاقيات، وهذا ليس عبثا أو اعتباطيا وإنما بهدف تأكيد تلك الحماية في كل الظروف، وحتى لا تكون الاتفاقيات الدولية عقبة في قيام الطواقم الطبية بمهامها الانسانية وهذا ما نصت عليه صراحة بأنه لا يجوز الاحتجاج بنصوص الاتفاقيات لمنع الطواقم الطبية من أداء مهامها الإنسانية.

الفرع الثاني/ واجبات أفراد الطواقم الطبية

إن أي نظام قانوني لابد وأن يشتمل على واجبات وحقوق حتى يكون نظام شامل متكامل، وليس غريبا أن يفرض القانون الدولي على أفراد الطواقم الطبية عدة التزامات حتى يستفيدوا من الحماية المقررة لهم، ولكي يفوتوا الفرصة على أطراف النزاع في مضايقتهم أو منعهم من أدائهم لمهامهم الانسانية، **وفيما يلي نستعرض أهم تلك الالتزامات/**

أولا/ تحديد هوية أفراد الطواقم والخدمات الطبية/ يجب أن يكون للعاملين في المجال الطبي هوية معروفة، ويسهل التعرف عليهم وعلى أسمائهم لدى جميع أطراف النزاع، ووجود الهوية يمنع عنهم شبهة الانحياز لطرف معين[1].

ثانيا/ الالتزام بإبراز الشارة المميزة/ والتي تدل على أن المركبة أو المنشأة أو الشخص الذي يضع الشارة على سترته تابع للطواقم الطبية[2].

ثالثا/ الالتزام بمتابعة التطور التكنولوجي للتعرف عليهم/ فيجب على الطواقم الطبية الالتزام باستخدام التقنيات الحديثة، كوسائل الاتصال اللاسلكي والانترنت لتسهيل التعرف عليهم.

رابعا/ الامتناع عن القيام بأية أعمال تخرج عن نطاق خدماتهم الانسانية.

خامسا/ عدم التمييز بين الجرحى الذي يحتاجون لخدماتهم وفقا مبدأ الضرورة الطبية[3].

سادسا/ الالتزام بعمليات التنسيق مع الجهات المختصة كاللجنة الدولية للصليب الأحمر.

سابعا/ تعريف أنفسهم والجهات التي يتبعوا لها متى طلب منهم ذلك من أطراف النزاع.

ثامنا/ لا يجوز التنازل في أي حال من الأحوال جزئياً أو كليةً عن الحقوق الممنوحة لهم[4].

تاسعا/ لا يجوز استخدام المنشآت الثابتة والوحدات الطبية المتحركة لأغراض عسكرية، غير أنه لا يجوز وقف الحماية عنها إلا بعد توجيه إنذار يحدد مهلة زمنية معقولة[5].

عاشرا/ لا تقدم الجمعية المعترف بها التابعة لدولة محايدة خدمات وحداتها الطبية لأحد الأطراف إلا بعد حصولها على موافقة مسبقة من الحكومة التي تتبعها الجمعية وعلى ترخيص من طرف النزاع المعني[6].

(1) – انظر المادة 18 من البروتوكول الأول، والمادة 2 من اللائحة المتعلقة بتحقيق الهوية الملحقة بالبروتوكول الأول لعام 1977م.

(2) – انظر المادة 5 من اللائحة المتعلقة بتحقيق الهوية الملحقة بالبروتوكول الأول لعام 1977م

(3) – الضرورة الطبية: تعني أن يعالج المصاب الذي هو في حالة صحية حرجة جدا، ومن شأن علاجه المبكر انقاذ حياته، انظر المادة 12 من اتفاقية جنيف الأولى لعام 1949م.

(4) – المادة 7 من اتفاقية جنيف الأولى لسنة 1949م.

(5) – المادة 21 من اتفاقية جنيف الأولى لسنة 1949م

(6) – المادة 27 من اتفاقية جنيف الأولى لسنة 1949م

المطلب الثالث/ حقوق أفراد الطواقم الطبية

أوجد القانون الدولي الانساني عدة حقوق لأفراد الطواقم الطبية يتمتعون بها أثناء ممارستهم لمهامهم الانسانية، **ومن صور تلك الحقوق ما يلي/**

أولا/ لا يجوز تجريدهم من بطاقات هويتهم، وحقهم في نسخة بديلة حالة فقدها[1].

ثانيا/ لا تكون أحكام القانون الدولي عقبة في سبيل الأنشطة الإنسانية[2].

ثالثا/ لا يجوز بأي حال الهجوم على المنشآت والوحدات الطبية الثابتة والمتحركة، ويقع على الطرف المهاجم عبء التأكد من أن المنشآت والوحدات الطبية في منأى عن الهجمات[3].

رابعا/ ضمان مرورهم الآمن في مناطق النزاع أو خروجهم ودخولهم للمناطق المحاصرة[4].

خامسا/ يجب احترام وحماية أفراد الطواقم الطبية المشتغلين بصفة كلية في البحث عن الجرحى والمرضى أو جمعهم أو نقلهم أو معالجتهم[5].

سادسا/ لا يجوز أسر أفراد الطواقم الطبية، ولا يجوز استبقائهم[6].

سابعا/ لا يعتبر أفراد الطواقم الطبية أسرى حرب ومع ذلك فإنهم ينتفعون على أقل تقدير، بجميع أحكام اتفاقية جنيف الثالثة بشأن معاملة أسرى الحرب، والأصل إخلاء سبيلهم فورا[7].

ثامنا/ تبقى المهمات المتعلقة بالوحدات الطبية المتحركة والثابتة التابعة للقوات المسلحة مخصصة لرعاية الجرحى والمرضى إذا وقعت في قبضة الطرف الخصم[8].

تاسعا/ يجب احترام وسائل نقل الجرحى والمرضى شأنها شأن الوحدات الطبية المتحركة[9].

عاشرا/ يجب على سلطات الاحتلال أن تضمن استمرار تأمين الحاجات الطبية للسكان المدنيين في الأقاليم المحتلة على نحو كاف، ولا يجوز لسلطات الاحتلال أن تستولي على الوحدات الطبية المدنية أو معداتها أو تجهيزاتها أو خدمات أفرادها[10].

---

(1) – المادة 2 من اللائحة المتعلقة بتحقيق الهوية الملحقة بالبروتوكول الأول لعام 1977م

(2) – المادة 9 من اتفاقية جنيف الأولى لسنة 1949م.

(3) – المادة 19 من اتفاقية جنيف الأولى لسنة 1949م.

(4) – المادة 15 من اتفاقية جنيف الأولى لسنة 1949م.

(5) – المادة 24 من اتفاقية جنيف الأولى لسنة 1949م.

(6) – المادة 28 من اتفاقية جنيف الأولى لسنة 1949م.

(7) – المادة 28 من اتفاقية جنيف الأولى لسنة 1949م.

(8) – المادة 33 من اتفاقية جنيف الأولى لسنة 1949م.

(9) – المادة 35 من اتفاقية جنيف الأولى لسنة 1949م.

(10) – المادة 14 من البروتوكول الاضافي الأول لسنة 1977

أحد عشر/ احترام وحماية أفراد الخدمات الطبية المدنيين أمر واجب، وتسدى كل مساعدة ممكنة عند الاقتضاء لأفراد الخدمات الطبية المدنيين العاملين في منطقة تعطلت فيها الخدمات الطبية المدنية بسبب القتال.

اثنا عشر/ لا يحق لسلطات الاحتلال أن تطلب إلى هؤلاء الأفراد، في أداء هذه المهام، إيثار أي شخص كان بالأولوية في تقديم العلاج إلا لاعتبارات طبية.

ثلاثة عشر/ لا يجوز إرغام هؤلاء الأفراد على أداء أعمال لا تتلاءم مع مهمتهم الإنسانية.

أربعة عشر/ يحق لأفراد الخدمات الطبية المدنيين التوجه إلى أي مكان مع مراعاة إجراءات المراقبة والأمن التي قد يرى الطرف المعني في النزاع لزوماً لاتخاذها.

خمسة عشر/ لا يجوز بأي حال من الأحوال توقيع العقاب على أي شخص لقيامه بنشاط طبي.

ستة عشر/ لا يجوز إرغام الأشخاص الذين يمارسون نشاطاً ذا صفة طبية على إتيان تصرفات أو القيام بأعمال تتنافى وشرف المهنة الطبية.

سبعة عشر/ لا يجوز إرغام أي شخص يمارس نشاطاً ذا صفة طبية على الإدلاء بمعلومات عن الجرحى والمرضى الذين كانوا أو ما زالوا موضع رعايته لأي شخص سواء أكان تابعاً للخصم أم للطرف الذي ينتمي هو إليه إذا بدا له أن مثل هذه المعلومات قد تلحق ضرراً بهؤلاء الجرحى[1].

المبحث الأول/ انتهاكات سلطات الاحتلال الاسرائيلي للحماية المقررة للطواقم الطبية

مارست سلطات الاحتلال الاسرائيلي شتى أنواع الانتهاكات بحق الطواقم الطبية واستهدفتهم بالقتل والجرح والاعتقال والحجز والمنع عن أدائهم لمهامهم الانسانية، في مخالفة واضحة وصريحة لأحكام القانون الدولي الانساني، وسنحاول فيما يلي توضيح أهم الالتزامات الملقاة على عاتق سلطات الاحتلال الاسرائيلي تجاه الطواقم الطبية الفلسطينية وهو موضوع المطلب الأول، فيما يتناول المطلب الثاني صور توثيقية للانتهاكات ضد الطواقم الطبية الفلسطينية.

المطلب الأول/ واجبات سلطات الاحتلال الاسرائيلي تجاه الطواقم الطبية الفلسطينية

يمكن تقسيم الواجبات الملقاة على سلطات الاحتلال تجاه الطواقم الطبية؛ إلى نوعين من الالتزامات؛ الأول واجباتها تجاه أفراد الطواقم الطبية؛ وهو موضوع الفرع الأول، أما الثاني فهي واجباتها تجاه المنشآت الطبية.

الفرع الأول/ واجبات سلطات الاحتلال الإسرائيلي تجاه أفراد الطواقم الطبية

يجب على سلطات الاحتلال الإسرائيلي الالتزام بعدم اعتقال أو حبس أفراد الطواقم الطبية، ويجب عليها أيضا تقديم كل مساعدة ممكنة لهم لتمكينهم من القيام بمهامهم الإنسانية على الوجه الأكمل، ولا

(1) – المادة 15و16 من البروتوكول الاضافي الأول لسنة 1977

يحق لها أن تطالبهم بإيثار أي شخص كان بالأولوية في تقديم العلاج إلا لاعتبارات طبية، ولا يجوز إرغام هؤلاء الأفراد على أداء أعمال لا تتلاءم مع مهمتهم الإنسانية.

وكذلك يجب أن تلتزم سلطات الاحتلال الاسرائيلي باحترام وحماية أفراد الطواقم الطبية الفلسطينية، ويكون ذلك من خلال حظر مهاجمتهم أو تعريضهم لخطر، ولا يجوز استهداف الوحدات الطبية المتحركة كسيارات الاسعاف، وفي حال الهجوم يقع على سلطات الاحتلال عبء التأكد من أن تلك الوحدات الطبية في منأى عن الهجمات، وكذلك تلتزم سلطات الاحتلال الاسرائيلي بالمرور الآمن لأفراد الطواقم الطبية، أثناء عمليات نقل الجرحى أو تزويد الوحدات الطبية بالمواد الطبية اللازمة.

وتلتزم سلطات الاحتلال بالسماح لموظفي الصليب الأحمر بالقيام بأنشطتهم الإنسانية، وإذا كان كل أو بعض سكان الأراضي المحتلة غير مزود بالمؤن على نحو كاف، فعلى سلطات الاحتلال أن تقبل مشاريع الإغاثة التي تعمل لمصلحة السكان، وتوفر لها التسهيلات بكل الوسائل التي تحت تصرفها لتمكينها من تنفيذ عملها داخل الأراضي المحتلة، والتي تقوم بها دول أو هيئات محايدة كاللجنة الدولية للصليب الأحمر، فتلزم سلطات الاحتلال بكفالة شحنات الأغذية وضمان حمايتها، ولا تعفي بعثات الإغاثة بأي حال من الأحوال سلطات الاحتلال من تحمل مسؤوليتها التامة في أن توفر المؤن الغذائية والمعدات والخدمات الطبية اللازمة للسكان[1].

الفرع الثاني/ واجبات سلطات الاحتلال الاسرائيلي تجاه المنشآت الطبية

يجب على سلطات الاحتلال الاسرائيلي احترام المستشفيات والمنشآت الطبية، وذلك بحظر مهاجمتها أو الاستيلاء عليها[2]، وعلى سلطات الاحتلال الاعتراف بالمستشفيات والطواقم الطبية الجديدة ويقصد بها التي أنشأت بعد الاحتلال، وعليها أيضا العمل على صيانة المنشآت والخدمات الطبية والمستشفيات وكذلك الصحة العامة والشروط الصحية في الأراضي المحتلة[3].

ويجب على سلطات الاحتلال الإسرائيلي تسهيل وصول الامدادات الطبية حسب المادة (50) من اتفاقية جنيف الرابعة لعام 1949م، فيجب على سلطات الاحتلال أن تعمل بأقصى ما تسمح به وسائلها، على تزويد السكان بالمؤن الغذائية والإمدادات الطبية، ومن واجبها على الأخص أن تستورد ما يلزم من الأغذية والمهمات الطبية وغيرها إذا كانت موارد الأراضي المحتلة غير كافية، ولا يجوز أن تستولي على أغذية أو إمدادات أو مهمات طبية.

---

(1) – الوضع القانوني لدولة الاحتلال الحربية ومسئوليتها في الأراضي المحتلة، سلسلة القانون الدولي الانساني، نشرة صادر عن مركز الميزان لحقوق الانسان، ص 17، وانظر المادة 59 من اتفاقية جنيف الأولى.

(2) – المادة 57 من اتفاقية جنيف الرابعة لعام 1949م، والمادة 14 من البروتوكول الاضافي الأول لعام 1977م.

(3) – المادة 56 من اتفاقية جنيف الرابعة لعام 1949م.

المطلب الثاني/ صور موثقة لانتهاكات سلطات الاحتلال تجاه الطواقم الطبية الفلسطينية

بالرغم من الالتزامات الملقاة على عاتق سلطات الاحتلال في حماية أفراد الطواقم الطبية والمنشآت، إلا أن صور الانتهاكات التي تمارسها سلطات الاحتلال تجاه الطواقم الطبية عديدة، ولعل استهداف الطواقم الطبية الفلسطينية من قبل جنود الاحتلال أصبح سياسة منهجية، وتعدى أن يكون تصرف لجندي متطرف أو مسئول في الجيش أحمق ليصبح إجراء منهجي هدفه استخدام قوة مفرطة مميتة لوقوع أكبر عدد من القتلى والجرحى، وتتنوع صور تلك الانتهاكات ضد الطواقم الطبية لتشمل القتل والجرح والاعتقال وممارسات حاطة بالكرامة الانسانية ومنعهم من أداء مهامهم.

الفرع الأول/ الاستهداف المباشر للطواقم الطبية وتعمد قتلهم

تواصل سلطات الاحتلال الاسرائيلي انتهاك الحق في الحياة والأمان الشخصي لأفراد الطواقم الطبية الفلسطينية، وهي تعرف أن هذا الحق أساسياً من حقوق الإنسان المقررة في القانون الدولي لحقوق الإنسان، حيث نصت المادة الثالثة من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أن: "لكل فرد حق في الحياة والحرية وفي الأمان على شخصه".

وظهر الوجه القبيح للاحتلال جليا خلال العدوان الأخير على قطاع غزة عام 2014م، فقد استشهد (38) من الطواقم الطبية والمسعفين والعاملين في مجال تقديم المساعدات والانقاذ أثناء العدوان، لإنقاذ واجلاء الجرحى والمرضى والمصابين[1]، وبحسب تقرير حقوقي فقد استشهد (12) من العاملين في الطواقم الطبية نتيجة الاستهداف المباشر وأحداث الاعدام الميداني التي نفذتها قوات الاحتلال الاسرائيلي أثناء العدوان، وأضاف التقرير أن ما يزيد عن (500) اصابة استشهدوا نتيجة تأخر وصول الاسعاف بفعل اعاقة قوات الاحتلال الطواقم الطبية عن القيام بعملهم.

وعلى صعيد المنشآت والوحدات الطبية الثابتة فقد وثق التقرير أن مستشفى واحد تم تدميره بصورة كلية، في حين أصيبت عشرة مستشفيات أخرى بأضرار جزئية تنوعت بين أضرار خفيفة وجسيمة، وكذلك فقد دمر الاحتلال ست عيادات طبية تدميراً كلياً، في حين تضررت بشكل جزئي (17) عيادة طبية أخرى.

أما بخصوص سيارات الاسعاف والوحدات الطبية المتنقلة فقد وثق التقرير استهداف (24) سيارة اسعاف معظمها تدمر بشكل كلي نتيجة الاستهداف المباشر بالقصف الجوي والمدفعي [2].

ولعل الفيديو الذي عرضته قناة الجزيرة الفضائية للحظة استشهاد المسعف فؤاد جابر والصحفي خالد حمد بتاريخ 2014/07/20م، في شارع البلتاجى بحي الشجاعية شرق غزة، يوثق مدى الاجرام والارهاب

---

(1) – تقرير أعده أحمد عبد العال منشور على شبكة الجزيرة نت بتاريخ 2014/08/28م www.aljazeera.net

(2) – العدوان في أرقام، تقرير يوثق حصيلة الضحايا والخسائر المادية التي لحقت بالمدنيين وممتلكاتهم خلال الفترة من 7 تموز حتى 22 آب 2012 عمى أيدي قوات الاحتلال الإسرائيلي أو في مواجهتها، اعداد: مؤسسة الحق ومؤسسة الضمير ومركز الميزان والمركز الفلسطيني لحقوق الانسان، 2015، منشور على الانترنت موقع مؤسسة الضمير arabicweb.aldameer.org

الذي مارسته قوات الاحتلال بحق الطواقم الطبية واستهداف قتلهم، فبعد القصف الأول لسيارة الاسعاف حاول طاقم الاسعاف الاختباء وتفادي قصف الطائرات، ورغم أنهم كانوا يلبسون ملابس توضح صفتهم ومع وضوح الشارة المميزة إلا أن صواريخ الاحتلال لاحقتهم حتى أصابتهم، ويوضح الفيديو مدى القوة المفرطة والمميتة المستخدمة ضد الطواقم الطبية[1]، ومن الصور الأخرى لتعمد قتل أفراد الطواقم الطبية:

أولا/ بتاريخ 2014/7/25م: استشهد المسعف المتطوع عائد البرعي 27 عاماً وأصيب ثلاثة ضباط اسعاف بجروح متوسطة عند تعرضهم لاستهداف مباشر من قبل قوات الاحتلال الاسرائيلي في منطقة بيت حانون أثناء التوجه لنقل مصابين، كما قامت قوات الاحتلال بإطلاق النيران على الطاقم الذي حاول انتشال جثة المسعف واجلاء المصابين بالرغم من حصولهم على تنسيق للصليب الأحمر، ولم يسمح بانتشال جثة الشهيد من المكان الا في صباح اليوم التالي.

ثانيا/ بتاريخ 2014/7/25م: استشهد المسعف محمد العبادلة 28 عاماً نتيجة إطلاق النار مباشرة تجاهه عندما ترجل من سيارة الاسعاف في منطقة خزاعة، علماً أنه تم ابلاغه عبر الصليب الأحمر أنه بإمكانه الخروج من السيارة للتعامل مع المصابين في المكان، وعند محاولة أفراد الطاقم إسعافه، تم إطلاق النيران عليهم وترك ينزف حتى الموت.

الفرع الثاني/ تعمد قوات الاحتلال إصابة أفراد الطواقم الطبية

أوضح مدير عام قسم الإسعاف والطوارئ في وزارة الصحة أن (58) مسعفاً أصيبوا في العدوان الأول على غزة 2009/2008م[2]، فيما وثقت جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني أن (34) مسعفا تابعا للجمعية أصيبوا خلال عدوان 2014م[3]، وهذا يعني أن الاصابات في صفوف الطواقم الطبية مرتفعة جدا وبالتالي فهي ليست حوادث عرضية، وإنما سياسة تعمل سلطات الاحتلال على تثبيتها من خلال اطلاق العنان لجنودها لإيقاع أكبر قدر من الاصابات في صفوف الطواقم الطبية، وسوف نستعرض بعض تلك الصور التي تعمد الاحتلال فيها اصابة وجرح أفراد الطواقم الطبية خلال العدوان الأول على قطاع غزة 2009/2008م، لأهداف خبيثة تمنعهم عن أداء مهامهم:

أولا/ بتاريخ 2009/01/06م أصيب أحد أفراد الطواقم الطبية، ولحقت أضرار مادية بسيارتي إسعاف تابعتين للهلال الأحمر، بعد تعرضهما لغارة جوية إسرائيلية، أثناء محاولة نقل عدد من الإصابات في جباليا.

---

(1) – فلسطين تحت المجهر– غزة.. الصورة الأخيرة، فيلم وثائقي بثته قناة الجزيرة الفضائية بتاريخ 2016/04/27م، متوفر على قناة الجزيرة في اليوتيوب www.youtube.com

(2) – استهداف سيارات الإسعاف والمسعفين.. وجه آخر لجرائم الاحتلال ويستدعي الملاحقة القانونية، تقرير منشور على موقع المركز الفلسطيني للإعلام على الانترنت www.palinfo.com

(3) – التقرير السنوي للانتهاكات بحق الطواقم الطبية والخدمات الانسانية للجمعية الهلال الاحمر الفلسطيني، منشور على موقع جمعية الهلال الأحمر www.palestinercs.org

ثانيا/ بتاريخ 2009/01/07م أصيب ضابط الإسعاف حسن العتال، وهو من جمعية الهلال الأحمر، بجراح في فخذه الأيسر، أطلقها أحد جنود قوات الاحتلال الإسرائيلي، أثناء محاولته إسعاف الجرحى الذين سقطوا في منطقة دوار زمو شمال غزة، وأصيب العتال خلال محاولته إخلاء أحد القتلى، وذلك بعد توقف إطلاق النار، وأشار العتال إلى أنه لم يتوقع استهدافه وزميله، نظرا لزيهما الذي يدل بوضوح على أنهما من الطواقم الطبية.

الفرع الثالث/ اعتقال أفراد الطواقم الطبية، واخضاعهم للتحقيق/

عمدت قوات الاحتلال الاسرائيلي على اعتقال الأطباء والممرضين وسائقي الإسعافات، وذلك لحملهم على التوقف عن القيام بواجباتهم الإنسانية أو لإخضاعهم للتحقيق من أجل الحصول على معلومات حول الجرحى والمصابين، وشكلت سياسة الإيقاف والاحتجاز والاعتقال لأفراد الطواقم الطبية الفلسطينية أحد أبرز تلك وسائل قوات الاحتلال لثنيهم ومنعهم من تأدية رسالتهم النبيلة، **ومن صور تلك الاعتقالات/**

أولا/ بتاريخ 2004/04/01م، اقتحمت قوات الاحتلال الإسرائيلي فجرا مستشفى الأمراض النفسية ببيت لحم، بعد قصفه بالرشاشات الثقيلة، وأسفرت هذه العملية عن اعتقال ثلاثة عشر مواطناً، بينهم ثمانية من العاملين في المستشفى، فضلاً عن إلحاق أضرار مادية جسيمة في المباني والتجهيزات والمعدات الطبية.

ثانيا/ بتاريخ 2004/6/17م، اعتقل جنود قوات الاحتلال الإسرائيلي المتمركزون على الحاجز العسكري المقام على مفترق قرية جيت شرقي مدينة قلقيلية، المواطن علاء عمر عبد الرحمن سمّان والذي يعمل سائق سيارة إسعاف تابعة للهلال الأحمر خلال قيامه بنقل طفلة مريضة إلى مستشفى رفيديا في مدينة نابلس.

الفرع الرابع/ منع الطواقم الطبية من التنقل والقيام بمهامها الانسانية

عانت الطواقم الطبية الفلسطينية من استمرار استهداف قوات الاحتلال الإسرائيلي لها ومنعها عن أداء مهامها الانسانية، طيلة أيام عدوان 2008 على قطاع غزة ما أدى إلى تفاقم معاناة الجرحى والمرضى ووفاة عدد منهم، وقد بقي العشرات من الجرحى والمرضى، بمن فيهم النساء الحوامل، دون رعاية طبية ما أدى إلى تدهور أوضاعهم الصحية، ووفقاً لتوثيق جمعية الهلال الأحمر فقد استهدفت قوات الاحتلال العديد من عربات إسعاف ونقل القتلى والجرحى خلال تنقلهم، فمثلا بتاريخ 2009/1/6م، دخلت أربع سيارات إسعاف إلى منطقة السموني المنكوبة، بعد نجاح عملية التنسيق التي قام بها الصليب الأحمر لنقل عدد من الجرحى والقتلى، وقد حاولت جمعية الهلال الأحمر على مدار أربعة أيام التنسيق مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر للدخول إلى المنطقة، إلا أن جميع المحاولات فشلت.

أما خلال عدوان 2014م على قطاع غزة، فقد منعت قوات الاحتلال الاسرائيلي الطواقم الطبية من الوصول للجرحى في أكثر من مرة، ومثال ذلك بتاريخ 2014\7\18م، قامت طواقم جمعية الهلال

الأحمر بالتوجه الى "الحي البحريني" وهو حي سكني يقع شرق رفح إثر تلقيهم مكالمة عن وجود اصابة هناك، وعند الوصول الى المنطقة المذكورة، تم اطلاق النيران باتجاه سيارة الاسعاف ما أدى الى انسحابها والعودة إلى المركز، وتواصلت الجمعية مع اللجنة الدولية للصليب الاحمر ليقوم بالتنسيق للسماح للطاقم بالعودة للمنطقة، وفعلا حصل الطاقم على الاذن بالعودة ولكن بعد ثماني ساعات، حيث قام الطاقم بإخلاء شهيد وإجلاء 24 شخصاً من الحي إلى مركز الاونروا.

ومن آثار منع الطواقم الطبية من الوصول للجرحى التقرير الحقوقي الذي يشير إلى أن أكثر من 500 شخص استشهدوا خلال عدوان 2014م نتيجة اصابتهم بجروح حرجة وتأخير وصول الطواقم الطبية لهم مما أدى لفقدانهم حياتهم[1].

الفرع الخامس/ المعاملة القاسية والحاطة بالكرامة الإنسانية ضد الطواقم الطبية/

الحق في الكرامة الانسانية وعدم اهانتها حق طبيعي لأي فرد وقد نص الاعلان العالمي لحقوق الانسان على ذلك صراحة[2]، ورغم أن واجبات قوات الاحتلال الإسرائيلي، يفرض عليها توفير الحماية لرجال المهمات الطبية خلال عملية تنقلهم وأدائهم لمهامهم الإنسانية، إلا أننا لم نسمع بأي تحقيقات جدية أجرتها قيادة هذه القوات حول أي حادثة من حوادث تعرض الطواقم الطبية الفلسطينية لمعاملات قاسية أو مهينة أو حاطة بالكرامة الإنسانية على أيدي العديد من أفراد قوات الاحتلال الإسرائيلي، وقد نتج عن هذه الممارسات اللاإنسانية إصابة العديد من أفراد هذه الطواقم، وإعاقة عملهم، وتأخير نقل وإسعاف العديد من الجرحى، **وهنا نضرب مثالين لهذه الصورة من الانتهاكات بحق الطواقم الطبية/**

أولا/ في الساعة الثالثة والربع من بعد ظهر يوم الثلاثاء الموافق 2005/10/25م، وأثناء نقل سيارة إسعاف تابعة لجمعية الهلال الأحمر لمريض يعاني في القلب، من الجسر إلى أريحا، وعند الوصول إلى منطقة التفتيش، طلب مسئول الأمن الموجود في تلك المنطقة من ضابط الإسعاف فتح سيارة الإسعاف وإنزال شنط الإسعاف وذلك للتفتيش، وعند دخول ضابط الإسعاف إلى الداخل للتفتيش، قام ضابط الأمن بمحادثة المريض بصورة استفزازية ونعته بالكذب وتوجيه الشتائم له، وقام بأخذ أدويته وألقى بها أرضا، ووجه الشتائم لضابط الإسعاف، وعندها طلب ضابط الإسعاف الحديث مع ضابط الارتباط المتواجد على الجسر لاطلاعه على ما حدث وتصرف مسئول الأمن بصورة غير لائقة.

ثانيا/ في حوالي الساعة الثانية من فجر يوم السبت الموافق 2005/10/29م، تفاجأت سيارة إسعاف تابعة لجمعية الهلال الأحمر خلال عودتها من نقل حالة مرضية إلى مستشفى جنين، وعند مفترق مسلية– صانور، بعدة سيارات عسكرية متوقفة بلا أضواء، قام أحد الجنود الإسرائيليين بالصراخ على

---

(1) – العدوان في أرقام، تقرير يوثق حصيلة الضحايا والخسائر المادية التي لحقت بالمدنيين وممتلكاتهم خلال الفترة من 7 تموز حتى 22 آب 2012 عمى أيدي قوات الاحتلال الإسرائيلي أو في مواجهتها، اعداد: مؤسسة الحق ومؤسسة الضمير ومركز الميزان والمركز الفلسطيني لحقوق الانسان، 2015، منشور على الانترنت موقع مؤسسة الضمير arabicweb.aldameer.org

(2) – المادة 1و5 من الاعلان العالمي لحقوق الانسان بتاريخ 1948/12/10م.

طاقم سيارة الإسعاف، وأمرهم بالنزول، وخلع الملابس وذلك بشكل استفزازي وفتش السيارة، بعد ذلك أجبرهم جنود الاحتلال بالجلوس على سرير المريض داخل سيارة الإسعاف وعدم التحرك نهائيا، وهددوهم بإطلاق النار إذا لم يتبعوا التعليمات وينفذوها بدقة، عندها تناول سائق الإسعاف جهاز الاتصال الخاص به، واتصل بمركز الإسعاف وأبلغهم بما حصل فلاحظه أحد الجنود، فتوجه إليه مسرعا، وقام بضربه على يده ببندقيته بشكل عنيف، وصرخ في وجهه وشتمه، ثم صادر جهاز الاتصال الخاص بالسائق[1].

الفرع السادس/ عدم التزام سلطات الاحتلال بتأمين شروط الصحة العامة والعناية الطبية

وذلك انتهاك لنصوص المادتين (55،56) من اتفاقية جنيف الرابعة، حيث أدى الحصار والإغلاق الإسرائيلي المفروض على قطاع غزة إلى نقص حاد في كميات الأدوية والمواد الطبية، مما عطل عمل المشافي بالإضافة لقيود سفر المرضى نتيجة إغلاق المعابر مما زاد من تدهور الحالة الصحية للسكان، وكذلك منع دخول المواد الغذائية الأساسية للسكان.

ولم تكتف سلطات الاحتلال الاسرائيلي بذلك بل ذهبت في بطشها إلى أبعد من ذلك، من خلال مصادرة المواد والأجهزة الطبية التي تستخدمها الطواقم الطبية.

ففي فجر السبت الموافق 2015/12/12م، اقتحمت قوات الاحتلال الاسرائيلي مقر جمعية الاحسان الطبية "مستوصف الصداقة" في مدينة بيت لحم جنوب الضفة الغربية، وصادرت محتوياتها، بعد أن فجّرت الأبواب الرئيسة، وأجرت عملية تفتيش وتدمير داخل الجمعية[2].

الفرع السابع/ اعتداءات الاحتلال بحق المنشآت الطبية وسيارات الاسعاف

لم تكتف سلطات الاحتلال الاسرائيلي باستهداف أفراد الطواقم الطبية والاسعافات، بل امتد عدوانها ليشمل المستشفيات بشكل مباشر، **ومن الأمثلة/**

أولا/ بتاريخ 2014\8\1م، قصفت دبابات قوات الاحتلال الاسرائيلي مبنى فرع الهلال الأحمر بخان يونس، الذي يضم مستشفى وعيادات طبية ودوائر مختلفة، وقد أصيب عدد من الأهالي النازحين الذين التجأوا الى فرع الجمعية بإصابات متوسطة وخطيرة، وكان معظم المصابين من النساء والأطفال، كما ألحق القصف اضرارا مادية كبيرة في الأقسام.

ثانيا/ بتاريخ 2014\7\22م، استهدفت أربع سيارات إسعاف، من قبل طائرات الاحتلال الاسرائيلي استهدافا مباشرا في بلدة بيت حانون، ما أدى الى وقوع أضرار جسيمة في السيارات منعها من التقدم الى داخل المنطقة.

---

(1) – الطواقم الطبية الفلسطينية بين نيران قوات الاحتلال الإسرائيلي ومهمة نقل وإسعاف القتلى والجرحى والمرضى، التقرير الرابع، تقرير صادر عن المركز الفلسطيني لحقوق الانسان لتغطية اعتداءات قوات الاحتلال على الطواقم الطبية خلال انتفاضة الأقصى، 2007، ص16

(2) – تابع موقع المركز الفلسطيني للإعلام على الانترنت/ www.palinfo.com

ثالثا/ استهداف مبنى مشفى الوفاء وتدميره بصورة كلية/ بتاريخ 2014/07/23م قامت قوات الاحتلال الاسرائيلي بتدمير كافة مباني المشفى الثلاثة تدميرا كاملا، المجهزة بكافة أنواع الأجهزة والمعدات الطبية في مجال التأهيل الطبي والجراحات التخصصية، والمقامة على أرض مساحتها 8000م²، وتبلغ مساحة مسطحات طوابق المباني الثلاث 17500م²، وبلغت أضرار وخسائر المشفى جراء هذا الاعتداء الغاشم 13,5 مليون دولار فيما فقد 220 موظف وأفراد أسرهم الشعور بالأمان الوظيفي والاستقرار المعيشي بسبب هذا التدمير[1].

المبحث الثاني/ المسئولية عن انتهاكات الحماية المقررة لأفراد الطاقم الطبية.

يعد ضعف عنصر الجزاء أعظم تحديات تطبيق القانون الدولي، لكن مع تشكل المنظمات الدولية وإدراك العالم إلى ضرورة العمل المشترك من أجل إحلال الأمن والسلم الدوليين، بدأت فكرة الجزاء الدولي بالتطور، وبدا ذلك واضحا بمحاكمة مجرمي الحرب العالمية الثانية، فيما عرف بمحكمتي نورمبيرغ وطوكيو، وعليه يمكن القول بأن من ينتهك قواعد القانون الدولي المتعلقة بحماية الطواقم الطبية فالأصل أنه مطلوب للعدالة الدولية، ولكن اختلال المعايير الدولية حال ذلك دون معاقبة سلطات الاحتلال الاسرائيلي، وقبل تحديد المسئولية لابد من التعرف على الأعمال التي تشكل جريمة دولية يعاقب عليها القانون الدولي، ويعقد الاختصاص للمحكمة الجنائية الدولية.

المطلب الأول: الأعمال التي تشكل جرائم معاقب عليها دولياً.

تكفل ميثاق روما الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية لعام 1998م، بذكر الأفعال المجرمة وتنوعت بين جريمة الحرب وجريمة الإبادة والجرائم ضد الإنسانية وجريمة العدوان [2].

الفرع الأول: جريمة الإبادة الجماعية

عرفتها المادة (6) من ميثاق روما، في أنها إهلاك جماعة قومية أو عرقية أو دينية، وذكرت عدة أفعال ترتكبها سلطات الاحتلال من الممكن أن تصنف تحت إطار جريمة الإبادة، وما يعنينا في هذا المقام البند الثالث وهو إخضاع جماعة معينة عمدا لأحوال يقصد منها إهلاكها كليا أو جزئيا[3]، ولعل منع وصول الطواقم الطبية للفئات الضعيفة لاسيما الجرحى وقت الحرب يقصد منه اهلاك جماعة معينة، كما حدث خلال العدوان على غزة في العام 2014، إذ تشير الاحصائيات الصادرة عن المراكز الحقوقية إلى أن أكثر من (500) شخص قد استشهدوا بسبب منع الطواقم الطبية من الوصول اليهم ما أدى إلى

---

(1) – بيان صحفي حول تداعيات تدمير مجمع مباني مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي والجراحة التخصصية، منشور على الموقع الالكتروني لجمعية الوفاء الخيرية www.elwafa.ps

(2)– المادة 5 من نظام روما الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية المؤرخ في 17 يوليو 1998م، والمصوب بموجب المحاضر المؤرخة في 10 نوفمبر 1998 و12 يوليو 1999 و30 نوفمبر 1999 و8 مايو 2000 و17 يناير 2001 و16 يناير 2002، ودخل حيز التنفيذ في 1 يوليو 2002

(3)– المادة 6 من نظام روما الأساسي لعام 1998م.

إنهاء حياتهم، وتؤكد التقارير أنه كان من الممكن انقاذهم لو وصلت الطواقم الطبية في وقت أسرع، إلا أن ممارسات قوات الاحتلال الاسرائيلي في منع الوصول الآمن للجرحى أدت لإنهاء حياتهم[1].

ونرى بأن سلطات الاحتلال الصهيوني تعمدت خلال حروبها الثلاثة على قطاع غزة في العمل على اخضاع سكان القطاع لأحوال معيشية معينة يفهم منها قصدها الخبيث في هدفها باهلاك سكان القطاع سواء كليا أو جزئيا، وظهر ذلك واضحا وجليا في سياسة القصف العشوائي والأرض المحروقة والاجراء الارهابي الذي اعتمده جيش الاحتلال فيما عرف "باجراء هنيبعل"؛ وكذلك منع الطواقم الطبية من القيام بمهامها وعدم توفير ممرات آمنة لتلك الطواقم كل ذلك هدفه الابادة الجماعية، ويستوجب موقفا دوليا لمحاسبة سلطات الاحتلال وتقديم المجرمين لمحكمة الجنيات الدولية.

الفرع الثاني/ الجرائم ضد الإنسانية

تناولت المادة (7) من ميثاق روما، الأعمال التي تعتبر من قبيل الجرائم ضد الإنسانية ومن بنودها الأفعال اللاإنسانية التي تسبب عمدا معاناة شديدة[2]، ومن الأفعال اللاإنسانية التي تشكل معاناة شديدة منع الطواقم الطبية من الوصول للجرحى في الوقت المناسب، وكان ذلك واضحا وجليا خلال العدوان الأول والثاني والثالث على غزة، كذلك بدا ذلك واضحا خلال قمع قوات الاحتلال لأحداث انتفاضة الأقصى، ومن هذه الجرائم الموثقة أنه بتاريخ 2015/11/25م ترك الشهيد محمد الشوبكي ينزف حتى الموت، علماً أن طواقم نجمة داوود الحمراء كانت موجودة في المكان، وكانت تقدم الاسعافات الأولية للجندي الإسرائيلي المصاب، رغم أن إصابته كانت طفيفة، والأولوية في العلاج وفقاً للقانون الدولي يجب أن تكون للجريح الذي يعاني من الإصابة الأخطر، وهو الشهيد محمد الشوبكي من مخيم الفوار جنوب مدينة الخليل، الذي لم تقم اسعافات الاحتلال بمعالجته، في حين منعت قوات الاحتلال الطواقم الطبية من علاجه، وتركته ينزف حتى الموت[3]، وهو ما تكرر مع الشهيدين عبد الفتاح الشريف والشهيد رمزي قصراوي بمدينة الخليل بتاريخ 2016/03/26م، حيث لم تكتف قوات الاحتلال بمنع طواقم الاسعاف من الوصول اليهم بل أطلقت النار على رأس الشهيد الشريف مما تسبب بوفاته وهو جريح وكانت حالته خطيرة ولا يقوى على الحركة، وتم احتجاز جثمان الشهيد الشريف لشهرين.

(1) – العدوان في أرقام، تقرير يوثق حصيلة الضحايا والخسائر المادية التي لحقت بالمدنيين وممتلكاتهم خلال الفترة من 7 تموز حتى 22 آب 2012 عمى أيدي قوات الاحتلال الإسرائيلي أو في مواجهتها، اعداد: مؤسسة الحق ومؤسسة الضمير ومركز الميزان والمركز الفلسطيني لحقوق الانسان، 2015، منشور على الانترنت موقع مؤسسة الضمير arabicweb.aldameer.org.

(2)– المادة 7 من ميثاق روما الأساسي لعام 1998م.

(3) – في فلسطين.. يترك الجرحى ينزفون حتى الموت، مقال منشور على وكالة معا الاخبارية بتاريخ 2015/12/05، www.maannews.net

الفرع الثالث/ جريمة الحرب

المادة (8) من ميثاق روما، حددت الحالات التي تعتبر جريمة حرب، وهي: الانتهاكات الجسيمة لاتفاقيات جنيف الأربعة[1]، والانتهاكات الخطيرة للقوانين والأعراف الدولية في الحرب الدولية وغير الدولية، كاستهداف المدنيين أو المدن التي لا توجد بها أهداف عسكرية، أو استهداف الفئات المشمولة بحماية خاصة[2]، ومما لا شك فيه أن ما تقوم به سلطات الاحتلال الاسرائيلي تجاه الطواقم الطبية الفلسطينية يمثل جريمة حرب بكل المقاييس، إذ أن في تلك الاعتداءات على الطواقم الطبية انتهاكات جسيمة لأحكام القانون الدولي، لاسيما فيما يتعلق باستهداف الفئات المشمولة بحماية خاصة.

الفرع الرابع/ جريمة العدوان

وقع خلاف بين من صاغوا ميثاق روما الأساسي في تعريف جريمة العدوان، فنصت المادة الخامسة على أن المحكمة تختص بالنظر في جريمة العدوان، متى اعتمد تعريف الجريمة ووضعت الشروط الخاصة بها، وفقا للمواد 121 و123 من الميثاق نفسه، وانقسمت الدول في تعريف جريمة العدوان لاتجاهين/

الاتجاه الأول/ تمثله عدد كبير من الدول العربية والأفريقية وأسس تعريفه بناء على قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 3314 المؤرخ في 14-12-1974م، والذي أورد في مادته الأولى بأن العدوان هو "استخدام القوة المسلحة من جانب إحدى الدول ضد السيادة والسلامة الإقليمية أو الاستقلال السياسي لدولة أخرى، أو بالطريقة لا تتفق مع ميثاق الأمم المتحدة"، بينما كان **الاتجاه الثاني/** يهدف لتحديد المسئولية الفردية الناشئة عن جريمة العدوان بناء على المادة (6) من نظام محكمة نورمبيرغ[(3)].

وعلى الرغم من وجود هذا الكم الهائل من قواعد القانون الدولي التي تحدد مفهوم الجرائم دولية والانتهاكات الجسيمة، إلا أنها لا تنص على العقوبات المقابلة لتلك الجرائم كما هو الحال في القانون الجنائي الوطني، بل تركتها لتقدير المحكمة، وعليه فان القانون الجنائي الدولي بصفة عامة يتبنى قاعدة شرعية الجرائم لكنه لا يتبناها بنفس المفهوم المتعارف عليه في نطاق القانون الجنائي الداخلي وإنما بمفهوم مغاير يتناسب مع طبيعته كقانون لم يكتمل تقنينه بعد[4]، ويرى الباحث أن ثمة فشل يرافق ميثاق

---

(1) – **ملاحظة:** معظم الانتهاكات أو المخالفات الجسيمة حسب قانون جنيف يمكن تلخيصها في: القتل العمد، والتعذيب أو المعاملة اللاإنسانية، والتجارب الخاصة بعلم الحياة، وتعمد إحداث آلام شديدة، أو الإضرار الخطير بالسلامة البدنية أو الصحية، وتدمير الممتلكات أو الاستيلاء عليها في نطاق واسع لا تبرره الضرورات الحربية وبطريقة غير مشروعة وتعسفية، وإرغام أسير على الخدمة في القوات المسلحة بالدولة المعادية، أو حرمانه من حقه في المحاكمة العادلة، والنفي أو النقل غير المشروع، والحجز غير المشروع، وأخذ الرهائن.

(2)– المادة 8 من نظام روما الأساسي لعام 1998م.

(3)– عز الدين الطيب ادم، وسامي يس خالد، محاضرات في القانون الدولي الإنساني، مطبوعات جامعة النيلين، الخرطوم 2010، ص125، بتصرف.

(4)– محمد صافي يوسف، الإطار العام للقانون الدولي الجنائي، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، القاهرة، 2002م، ص97

روما بوجود المادة 13 التي تعطي لمجلس الأمن الحق في إحالة الوقائع للمحكمة، وعليه فالخلل الموجود في منظومة عضوية مجلس الأمن، امتد بدوره إلى منظومة القضاء الدولي، وهذا خلط جديد إذ لا يجوز أن يتحكم خمسة دول في مصير هذا العالم مما يخالف مفاهيم العمل الجماعي المشترك، ويقدم مفهوم القوة المسيطرة، بل يحمي في بعض الحالات المجرمين ويساعدهم على الإفلات من العقاب، وعليه لابد من التوسع في مفهوم الاحالة للمحكمة الجنائية الدولية عبر توسيع مفهوم من يحق له مقاضاة مجرمي الحرب ليشمل أسر الضحايا والمراكز الحقوقية ويقع على هيئات المحكمة التحقيق عبر اللجان الدولية.

المطلب الثاني: مسئولية سلطات الاحتلال الاسرائيلي الجنائية عن استهداف الطواقم الطبية

سلطات الاحتلال الاسرائيلي ارتكبت الجرائم الأربعة المنصوص عليها في الميثاق وهي مسئولة مسئولية جنائية أمام المحاكم الدولية، ولكن الخلل في تكوين المجتمع الدولي يفلت "إسرائيل" من العقاب، والولايات المتحدة والدول الكبرى تضع "إسرائيل" دائما في منأى عن أي إدانة دولية، وقد دأبت "إسرائيل" على ممارسة عدوانها على الشعب الفلسطيني، وكأنها لا تخشى من أيّ محاسبة أو عقاب على جرائمها[1]، **وتتنوع مسئولية** سلطات **الاحتلال الجنائية في الانتهاكات تجاه الطواقم الطبية بين ثلاثة أنوع من المسئولية يمكن حصرها فيما يلي/**

الفرع الأول/ المسئولية الشخصية للجندي الاسرائيلي الذاتية

يكون الجندي الاسرائيلي مسئولا مسئولية شخصية عن أعماله التي أدت لانتهاك الحماية الدولية للطواقم الطبية، سواء تمثلت في القيام بارتكاب الفعل أو الامتناع عنه، ولا يعفى من المسئولية إلا في حالة واحدة تتمثل في أن عمله كان تنفيذاً لأمر حكومته أو رئيسه العسكري أو المدني[2]، وقد نصت المادة 91 من البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977م، على أنه: "يسأل طرف النزاع الذي ينتهك أحكام الاتفاقيات أو هذا البروتوكول عن دفع تعويض إذا اقتضى الحال ذلك، ويكون مسئولاً عن كافة الأعمال التي يقترفها الأشخاص الذين يشكلون جزءاً من قواته المسلحة"[3]، وعليه لا يمكن لسلطات الاحتلال الاسرائيلي بأي حال من الأحوال أن تدعي بأن استهداف الطواقم الطبية كان عملاً فرديا، فإن ذلك الجندي مسئول ومطلوب سواء على صعيد محاكم الوطنية أو المحاكم الدولية، والقارئ لنصوص القانون الدولي والاتفاقيات الدولية المختلفة يجد بأن واضعو تلك القواعد، أدركوا جيداً صعوبة متابعة الجندي بشكل شخصي، لذا ركزوا على مسئولية القيادة والدولة، تاركين هامش أكبر للمحاسبة والمساءلة للجندي العادي من خلال المحاكم واللجان الوطنية.

---

(1) – حسن صابر بابا، فاعلية القانون الدولي الإنساني في حماية الجرحى أثناء النازعات المسلحة، ورقة بحث مقدمة لمؤتمر فلسطين الدولي للجرحى وذوي الاعاقة، ص 19.

(2)– انظر: سهيل حسين الفتلاوي، الوسيط في القانون الدولي العام، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، بيروت، 2003م، ص424

(3)– المادة 91 من البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977، والملحق باتفاقيات جنيف الأربعة لعام 1949م.

الفرع الثاني/ المسئولية القيادية

يكون القائد العسكري مسئولا عن الأفعال التي تشكل انتهاكا للحماية المقررة للطواقم الطبية، والتي ترتكب من قبل القوات المسلحة التي تخضع لأمرته وسيطرته الفعلية، **فيكون مسئولا عن أفعالهم في الحالات التالية:**

أولا/ إذا كان قد علم بأن قواته على وشك ارتكاب إحدى الانتهاكات الجسيمة.

ثانيا/ إذا لم يتخذ التدابير اللازمة في حدود سلطته لمنع ارتكاب تلك الانتهاكات الجسيمة.

ثالثا/ إذا لم يمارس سيطرته، ولم يتخذ التدابير لمنعهم من ارتكاب الانتهاكات [1].

ولا يعفي الجندي رؤساءه من المسئولية الجنائية؛ إذا قام بالانتهاكات، وثبت علمهم بارتكابه أو نيته ارتكاب تلك الانتهاكات، ولم يمنعوه أو يقمعوه عن ذلك[2]، فيجب على سلطات الاحتلال الإسرائيلي أن تطلب من قادة الجيش كل حسب مستواه، التأكد من فهم أفراد القوات المسلحة –لذين يعملون تحت إمرتهم– التعليمات والأوامر الصادرة لهم، كما تنص عليها مواد اتفاقات جنيف الأربعة والبروتوكول الأول، وذلك بغية اتخاذ الإجراءات الوقائية لمنع استهداف الطواقم الطبية أو تعريضها للخطر، وإلا فإن ذلك القائد كان مقصراً في أدائه لمهامه، ويكون عرضة للمسئولية[3].

الفرع الثالث: مسئولية سلطات الاحتلال الاسرائيلي

يجب على سلطات الاحتلال أن تقوم بعقاب الأشخاص الذين ارتكبوا هذه الانتهاكات، إذ أن البحث عن المجرمين وعقابهم ملزم لجميع الدول، وينطبق ذلك على جميع المذنبين بصرف النظر عن مكان اقتراف الجريمة[4]، وعلى سلطات الاحتلال القيام بعدد من الإجراءات، كوقف ارتكاب الانتهاكات بشكل فوري، وتعويض الأضرار الناجمة عن الانتهاكات وتقديم مرتكبي الانتهاكات للمحاكمة، سواء في محاكمها الوطنية أو محاكم الدولة صاحبة الشأن، أو أمام محكمة دولية خاصة يتم الاتفاق على إنشائها، أو تسليمهم إلى المحكمة الجنائية الدولية[5]، وليس لسلطات الاحتلال أن تحل نفسها من المسؤولية القانونية عن الانتهاكات الخطيرة، ولا يجوز لمعاهدة سلام أو هدنة أن تتضمن نصوصا يتنازل بموجبها

---

(1)– سهيل حسين الفتلاوي، نفس المرجع، ص424

(2)– انظر: المادة 86 الفقرة الثانية/ من البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977م

(3)– المادة: 87 من البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977م

(4)– انظر: عبد الغني محمود، القانون الدولي الإنساني تطوره ومبادئه–دراسة مقارنة بالشريعة الإسلامية، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، القاهرة، ص183

(5)– الطاهر مختار علي سعد، القانون الجنائي الدولي، دار الكتاب الجديد، بيروت، 1999م، ص54

الطرف المهزوم عن حقه إزاء الانتهاكات التي يرتكبها الجانب المنتصر، وهذه قاعدة مشتركة في اتفاقيات جنيف الأربعة[1].

المطلب الثالث: مسئولية سلطات الاحتلال الاسرائيلي المدنية عن استهداف الطواقم الطبية

يتمثل الأساس القانوني في قيام المسئولية المدنية لسلطات الاحتلال بأحكام الاتفاقيات الدولية، وسوابق محكمة العدل الدولية، وأعمال مجلس الأمن الدولي، وقرارات الجمعية العام للأمم المتحدة.

الفرع الأول/ شروط قيام المسئولية المدنية

لكي تقوم المسئولية المدنية تجاه أفراد الطواقم الطبية لابد من توفر ثلاثة شروط وهي:

أولا/ ارتكاب فعل غير مشروع يحظر القانون الدولي ارتكابه: سواء كان هذا الفعل ناتج عن سلوك إيجابي أو تصرف وسلوك سلبي، كما هو الحال مع تقديم الرعاية والعناية الطبية لجرحى ومرضى الدولة المعادية في النازعات المسلحة.

ثانيا/ أن ينتهك الفعل غير المشروع التزاما دوليا نافذا بحق الدولة: أي أن يكون الفعل متناقضًا مع التزام دولي نشأ على عاتق الدولة بمقتضى معاهدة جماعية أو فردية أو التزام دولي أنشأه العرف الدولي أو قواعد وأحكام مبادئ القانون الدولي الآمرة.

ثالثا/ حصول ضرر: فلا مجال لقيام المسؤولية دون حدوث ضرر مادي أو معنوي.

وبالنظر إلى هذه الشروط الثلاثة في متوفرة ومحققة في صور الاعتداءات والانتهاكات التي نفذتها قوات الاحتلال بحق الطواقم الطبية العاملة في الأراضي الفلسطينية.

الفرع الثاني/ الجزاء المترتب على قيام المسؤولية المدنية الدولية

يمكن حصر الجزاءات المترتبة على قيام المسئولية المدنية بالخطوات الإجرائية الآتية:

أولا/ وقف العمل غير المشروع دوليا: فاستهداف الطواقم الطبية ومنعها من أداء مهامها، فالجزاء يكون توقف قوات الاحتلال الاسرائيلي فورا عن القيام باستهداف الطواقم الطبية.

ثانيا/ إعادة الحال إلى ما كان عليه: وهي قاعدة التعويض العيني، وتتمثل بالتزام سلطات الاحتلال الاسرائيلي بإزالة كافة مظاهر هذه التصرفات أو الأفعال التي ارتكبتها.

ثالثا/ التعويض المالي: تكون سلطات الاحتلال الاسرائيلي ملزمة بالتعويض عن جميع الأعمال التي ارتكبتها قواتها وأدت لنتائج يصعب معها إعادة الوضع السابق[2].

---

(1)- جان باكتييه، القانون الدولي الإنساني وحماية ضحايا الحرب، معهد هنري دونان، جنيف-سويسرا، 1986م، ص10-11، وانظر: المواد: 51 من اتفاقية جنيف الأولى، والمادة 52 من اتفاقية جنيف الثانية، والمادة 131 من اتفاقية جنيف الثالثة، والمادة 148 من اتفاقية جنيف الرابعة.

(2)- انظر/ المادة 3 من اتفاقية لاهاي لاحترام قوانين وأعراف الحرب البرية لعام 1907، والمادة 91 من البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977م

المبحث الثالث/ آليات الرقابة على حماية الطواقم الطبية

لا يمكن للمجتمع الدولي أن يخطو خطوة في الاتجاه الصحيح تجاه وقف الانتهاكات بحق الطواقم الطبية في فلسطين ما لم يطور وسائل العمل الرقابي أكثر على سلطات الاحتلال.

المطلب الأول: رقابة المنظمات واللجان الدولية

الرقابة التي تقوم بها المنظمات الدولية[1] ذات جدوى فعالة، ومن أهم المنظمات التي تؤدي هذه المهمة اللجنة الدولية للصليب الأحمر، والأمم المتحدة، واللجنة الدولية لتقصي الحقائق.

الفرع الأول/ اللجنة الدولية للصليب الأحمر

يمكن تعريفها بأنها: "مؤسسة إنسانية غير متحيزة ومحايدة ومستقلة، وتتميز بطابع فريد دولي وإنساني، وتتولى مهمتها بتفويض من المجتمع الدولي، وتعمل كوسيط بين الأطراف المتحاربة"[2]، ورغم أن صميم عمل اللجنة هو تقديم المساعدة والرعاية لضحايا الحروب من المدنيين والعسكريين، إلا أنها تقوم بدور كبير في مجال ضمان احترام وتنفيذ القانون الدولي الإنساني في النزاعات المسلحة الدولية وغير الدولية[3]، ويمكن إجمال دورها في الرقابة فيما يلي:

أولا/ تذكير الأطراف بالقواعد الأساسية للقانون الدولي الإنساني.

ثانيا/ المساعي الحميدة: يمكن للجنة أن تقوم بدور الوسيط المحايد بين طرفي النزاع.

ثالثا/ تلقي الشكاوى: تتلقى اللجنة الشكاوى بشأن الانتهاكات.

رابعا/ المساهمة في عقد مؤتمرات لاعتماد وتطوير قواعد القانون الدولي الإنساني[4].

الفرع الثاني/ منظمة الأمم المتحدة

شكل مؤتمر الأمم المتحدة لحقوق الإنسان المنعقد في طهران عام 1968م، نقطة تحول هامة في طريق إشراك المنظمة الدولية في الجهود الرامية لمراقبة تنفيذ القانون الدولي الإنساني، وهو ما كان واضحا في توصياته[5]، لكن موظفي هذه الهيئة أنفسهم لم يسلموا من الانتهاكات اللاإنسانية المرتكبة في

(1) – انظر/ تعريف المنظمات الدولية، محمد المجذوب، القانون الدولي العام، الطبعة السادسة، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 2007م، ص395

(2) – التجاني إبراهيم حاج آدم، حماية المدنيين في النزاعات المسلحة في القانون الدولي الإنساني والشريعة الإسلامية، الطبعة الأولى، إيماس الحديثة للطباعة والنشر–المركز القومي للإنتاج الإعلامي، الخرطوم، 2008م، ص116–117

(3) – انظر: التجاني إبراهيم حاج آدم، المرجع السابق، ص116

(4) – انظر: التجاني إبراهيم حاج آدم، المرجع السابق، ص129–131–132، وانظر: المادة 4 من ميثاق اللجنة الدولية للصليب الأحمر.

(5)– عبد الكريم علوان خطير، الوسيط في القانون الدولي العام، الكتاب الثالث: حقوق الإنسان، عمان–الأردن،1997م، ص237 / وانظر أيضا: جمال رواب، الوضع القانوني للمقاتل في القانون الدولي الإنساني، رسالة ماجستير، جامعة سعيد دحلب بالبليدة، كلية الحقوق، الجزائر، 2006م، ص149

حقهم[1]، أدى هذا لتراجع دور المنظمة في الرقابة على تنفيذ القواعد الإنسانية، وذلك إما تحت الضغط المالي أو تحت ضغط المخاطر[2]، لقد استهدفت سلطات الاحتلال خلال عدوانها الأخير على غزة سبعة مدارس للأونروا، راح ضحيته المئات من المدنيين، وفي حادثة غير مسبوقة قصفت مدرسة بيت حانون يوم 24 يوليو 2014م، والتي كانت تحوي مئات النازحين تم قصفها في المرة الأولى، ثم أعيد قصفها مزامنة مع تواجد فريق رقابة وإشراف من الأمم المتحدة جاء ليتفقد المكان[3].

ويرى الباحث أن ضعف منظمة الأمم المتحدة، للقيام بدور في احترام ومراقبة تنفيذ قواعد القانون الدولي الإنساني، نابع من النظرة السيئة لهذه المنظمة من قبل أطراف النزاع عادة، واتهامها دوما بالتحيز لصالح القوى العظمي، مما أفقدها نظرة النزاهة والحيادية التي تميزت بها اللجنة الدولية للصليب الأحمر، كذلك فإن التمويل المشروط لعملياتها من قبل بعض الدول قد يشكل عقبة جديدة إزاء قيامها بدور إنساني أو رقابي محايد.

الفرع الثالث/ اللجنة الدولية لتقصي الحقائق

نظمت المادة 90 من البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977م، اللجنة الدولية لتقصي الحقائق، وحددت أعضائها بخمسة عشر عضواً، على درجة عالية من الخلق الحميد والمشهود لهم بالنزاهة، ويعمل الأعضاء بصفتهم الشخصية متجردين عن انتمائهم للدول، ويستمرون في أعمالهم لحين انتخاب أعضاء جدد في المدة المحددة بخمس سنوات، ولابد أن يتمتع الأعضاء بالمؤهلات المطلوبة، وأن يراعي التمثيل الجغرافي، وللأعضاء التحقق من ذلك عند إجراء الانتخابات، وعن اختصاصات اللجنة فهي تختص في التحقيق في وقائع معينة والمساعي الحميدة بين الدول[4].

المطلب الثاني: رقابة الدول

الدول التي تختص بالرقابة، هي تلك الدول التي تكون لها علاقة مباشرة بموضوع النزاع المسلح، إما بصفتها دولة طرف في ذلك النزاع، أو لأنها قد اكتسبت صفة الدولة الحامية.

الفرع الأول: رقابة أطراف النزاع

يجب على أطراف النزاع وضع قواعد القانون الدولي الإنساني موضع التنفيذ، وتمتنع عن[5]، وتمتلك الدولة عدة وسائل تعد آليات لتنفيذ القانون الدولي الإنساني، ويمكن تلخيص تلك الوسائل فيما يلي:

---

(1)- جمال رواب، نفس المرجع، ص149

(2)- مسعد عبد الرحمن زيدان قاسم، تدخل الأمم المتحدة في النزاعات المسلحة غير ذات الطابع الدولي، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، 2003م، ص149

(3) - استهداف مدراس الأونروا أثناء تواجد النازحين جريمة ضد الإنسانية ومخالفة للقوانين، تقرير صادر عن مركز الانسان للديمقراطية والحقوق، منشور على موقع دنيا الوطن www.alwatanvoice.com

(4)- المادة 90 من البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977

(5)- جمال رواب، المرجع السابق، ص146

أولا/ نشر أحكام الاتفاقيات الإنسانية[1]، حتى يتسنى لمن يجب عليهم احترام تلك القواعد التعرف عليها، ولا يقتصر النشر على المقاتلين بل يمتد ليشمل السكان المدنيين لأنهم قد يصبحوا من المقاتلين لاحقا[2].

ثانيا/ إعداد العاملين المؤهلين: يجب أن تعمل الدول في زمن السلم بمساعدة الصليب الأحمر، على إعداد عاملين مؤهلين بغية تسهيل تطبيق الاتفاقيات[3].

ثالثا/ المستشارون القانونيون: لتقديم المشورة القانونية للقادة العسكريين[4].

رابعا/ إصدار نظام داخلي للقوات المسلحة: يكفل إتباع قواعد القانون الدولي التي تطبق في النزاع المسلح[5].

ويرى الباحث أن للدول أطراف النزاع أهمية كبيرة سواء في الرقابة الذاتية على أعمال مقاتليهم، أو رقابتهم على تصرفات الطرف الأخر، ويجب أن يحافظ طرف النزاع على التواصل مع الهيئات والمنظمات الدولية، للحد من وقوع أية انتهاكات، ويقع على عاتق الدولة التي تعتبر طرفا في النزاع إيقاف القادة الميدانين عند حدود مسئولياتهم، تحسبا لوقوع أية انتهاكات.

الفرع الثاني: رقابة الدول الحامية The Protect Sate

الدولة الحامية: هي دولة محايدة ليست طرفا في النزاع المسلح، يحددها أحد أطراف النزاع، ويقبلها الخصم وتوافق على أداء المهام المسندة إلى الدولة الحامية وفقا للاتفاقيات الدولية[6]، ولقد تبلور مفهوم الدولة الحامية بظهور قانوني لاهاي وجنيف، حيث كان الوضع المعمول به سابقا، هو أن يفرض الطرف المنتصر إرادته على الطرف المهزوم، وتتم التسوية عن طريق التبادل والتعويض النهائي الذي يدفعه الطرف المهزوم قسرا[7].

أما إذا لم يتم تعيين دولة حامية، فإن اللجنة الدولية للصليب الأحمر تعرض مساعيها الحميدة على أطراف النزاع، من أجل تعيين دولة حامية يوافق عليها الأطراف، وذلك دون المساس بحق أية منظمة إنسانية محايدة أخرى في القيام بالمهمة ذاتها، ويمكن للجنة في سبيل ذلك أن تطلب بصفة خاصة، من كل طرف أن يقدم إليها قائمة تضم خمس دول على الأقل، يقدر هذا الطرف أنه يمكن قبولها للعمل باسمه كدولة حامية لدى الخصم[8].

(1)- المادة الأولى/ الفقرة الأولى، من البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977
(2)- التجاني إبراهيم حاج آدم، المرجع السابق، ص151-152
(3) - المادة 6 من البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977م
(4) - المادة 82 من البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977م
(5) - المادة 43 من البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977م
(6) - المادة 2 من البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977م
(7) - التجاني إبراهيم حاج آدم، المرجع السابق، ص134
(8) - المادة 5 من البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977م

إن الضرورة العملية هي التي اقتضت وجود نظام الدولة الحامية، ورغم أهميته إلا أن أطراف النزاع تحجم عادة عن تعيين دولة حامية كما تحجم عن قبول قيام الدولة الحامية بمهامها فوق أراضيها، وذلك إما لعدم رغبة أحد طرفي النزاع أو كليهما في الاعتراف بوجود حالة نزاع مسلح، أو لعدم استعداد الدولة المحايدة للاستجابة لتلك المهمة[1].

المطلب الثالث: الرقابة القضائية على أعمال المقاتلين

وتتنوع بين رقابة القضاء الدولي المتمثل بالمحكمة الجنائية الدولية، وبين رقابة القضاء الوطني المتمثل بالمحاكم الوطنية.

الفرع الأول/ رقابة المحكمة الجنائية الدولية

للمحكمة اختصاص مستقبلي فقط، وهو بدوره مكمل للاختصاص القضائي الوطني، وحددت المادة الخامسة من الميثاق أن المحكمة مختصة بأربعة جرائم حصرا وهي جريمة الإبادة الجماعية، والجرائم ضد الإنسانية، وجريمة الحرب، وجريمة العدوان[2]، **وتتكون المحكمة من خمسة أجهزة أساسية وهي:**

أولا/ هيئة الرئاسة: يتم اختيار الرئيس ونائبيه بالأغلبية المطلقة للقضاة لمدة ثلاث سنوات.

ثانيا/ دوائر المحكمة: وهي ثلاثة التمهيدية، والابتدائية، والاستئناف.

ثالثا/ مكتب المدعي العام: وهو يعمل كجهاز مستقل ومنفصل عن المحكمة.

رابعا/ قلم المحكمة: وهو جهاز إداري غير قضائي، ويرأسه المسجل[3].

خامسا/ جمعية الدول الأطراف: وهي تمثل الجمعية العامة للدول الأطراف في نظام المحكمة الأساسي، وتختص بانتخاب القضاة والمدعي العام والمسجل، وهي تراجع وتصدق على الميزانية العامة[4].

الفرع الثاني/ رقابة القضاء الوطني

أجازت اتفاقيات جنيف الأربعة معاقبة مجرمي الحرب أمام المحاكم الوطنية، وتطور عمل المحاكم الوطنية في عدد من الدول بخصوص الجرائم المعاقب عليها دوليا، وانطلاقا من مبدأ العالمية الراسخ في بعض القوانين الجنائية الوطنية، والذي يقضي: بأن ينعقد للدولة حق ولاية الاختصاص القضائي ضد بعض الجرائم المحددة قانونا[5]، ويتضح بأن ذا المبدأ صعب التطبيق من الناحية الواقعية على كل الجرائم، إلا أن تطبيقه يسهل على تلك الجرائم ذات الصبغة الدولية، كالقرصنة وتجارة الرقيق والمخدرات وجرائم الابادة والحرب وضد الانسانية والعدوان المنصوص عليها في ميثاق روما 1998م، وبالتالي من

(1) – عبد الكريم الداحول، حماية ضحايا النزاعات المسلحة الدولية، رسالة دكتوراة، جامعة القاهرة، كلية الحقوق، مصر، 1998م، ص204

(2) – راجع: الأعمال التي تشكل جرائم معاقب عليها دولياً، ص18.

(3) – المواد 38 و34 و39 و42 و43 من نظام روما الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية لعام 1998م.

(4) – المادة 112 من نظام روما الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية لعام 1998م.

(5) – أحمد علي إبراهيم حمو، مبدئي الشرعية والإقليمية في القانون الجنائي السوداني، الطبعة السادسة، 2006 الخرطوم، ص104

يرتكب مثل هذا الجرم يكون قد اعتدى على مصلحة مشتركة بين دول العالم، وينشأ للدولة التي قبضت عليه الحق بمعاقبته، لأنها صاحبة مصلحة شانها في ذلك شأن باقي الدول، وهناك عدد من الدول قد قننت مبدأ العالمية في قوانينها الوطنية، بخصوص بعض الجرائم الدولية، ومنها هولندا وبريطانيا واسبانيا.

وقد انقسمت التشريعات الجنائية للدول في تجريم الأفعال التي تعد جرائم دولية إلى منهجين، الأول: هو الاكتفاء بالإحالة على النصوص الواردة في الاتفاقية الدولية دون إدماج هذه النصوص في التشريع الوطني، أما الثاني: فهو التقنين الوطني للجرائم الدولية حيث يعد القانون الوطني هو ذاته المصدر المباشر للتجريم والعقاب[1].

وسبق أن تعرّض عدة مسؤولين سياسيين وعسكرين إسرائيليين للملاحقة القضائية في لندن بتهم ارتكاب جرائم حرب وجرائم ضد الإنسانية عقب دعاوى تقدم بها نشطاء فلسطينيون للقضاء البريطاني، ومنهم وزيرة الخارجية السابقة تسيفي ليفني، وقائد المنطقة الجنوبية الإسرائيلية اللواء دورون الموغ، كما اضطر وزير الدفاع الإسرائيلي الأسبق عمير بيرتس لمغادرة لندن على عجل خلال إحدى زياراته بعد استصدار أمر باعتقاله، ومارست سلطات الاحتلال ضغوطا دبلوماسية كبيرة على السلطات في لندن لتعديل القانون البريطاني الذي يتيح استصدار أوامر اعتقال ضد كبار الساسة والعسكريين الإسرائيليين،

وقد استجابت لندن لهذه الضغوط عام 2011 وأدخلت تعديلا على القانون، وأصبح من الصعب استصدار أوامر توقيف ما لم تتوفر أرضية قوية لتقديم لائحة اتهام ضد الشخصية المستهدفة وبموافقة من النائب العام في بريطانيا[2].

خاتمة:

لقد أوجدت الاتفاقيات الدولية نظاما شاملا لحماية الطواقم الطبية، في سبيل تسهيل أدائها لأعمالها على الوجه الأكمل، لاسيما وأن مهامها تتعلق مباشرة بالهدف الأساسي الذي أوجد لأجله القانون الدولي الإنساني، وهو حماية الفئات الضعيفة وتقديم المساعدة لها، وكذلك جعل الحروب أخف ضررا.

إلا أن ما تقوم به سلطات الاحتلال الاسرائيلي تجاه الطواقم الطبية الفلسطينية يهدف بالأساس للنيل منها ومنعها من القيام بمهامها، في انتهاكا صريح لأحكام القانون الدولي، والمتتبع لهذه الانتهاكات يلاحظ كم أنها أصبحت بمثابة سياسة ممنهجة ضد الطواقم الطبية وليس مجرد حدث عابر، وإن غياب أي تحقيقات جدية لتلك الانتهاكات يدل على مدى إمعان سلطات الاحتلال الاسرائيلي في جعلها سياسة ممنهجة معتمدة اختلال موازين المجتمع الدولي حيث تقف الولايات المتحدة بمثابة سد منيع ضد أي إدانة للاحتلال، وفيما يلي أبرز النتائج والتوصيات/

---

(1) – طارق سرور، الاختصاص الجنائي العالمي، دار النهضة العربية، القاهرة، 2006، ص211

(2) – تواطؤ بريطاني جنّب ليفني الاعتقال في لندن، تقرير الجزيرة نت منشور على الموقع الالكتروني www.aljazeera.net

أولا/ النتائج:

1. نظام الحماية الدولية المقررة للطواقم الطبية هو نظام شامل وكامل، لكنه ذو طبيعة نظرية أكثر منها عملية.
2. تواصل سلطات الاحتلال الاسرائيلي انتهاك الحماية المقررة للطواقم الطبية، أما مرآي ومسمع العالم أجمع، وقد عملت العديد من المنظمات والمؤسسات الحقوقية على رصد وتوثيق انتهاكات الاحتلال بحق الطواقم الطبية، إلا أن ذلك لم يأخذ أي منحى عملي في سبيل ردع قادة الاحتلال وتقديمهم للمحاسبة أمام المحاكم الدولية نظرا لطبية النظام العالمي المختل ووقوف الولايات المتحدة حارسا "أمينا" لمصالح الاحتلال والنأي بقادته من الوقوف أمام المحاكم الدولية.
3. تنوعت الانتهاكات التي قامت بها سلطات الاحتلال لتشمل القتل والجرح والاعتقال واحتجاز أفراد الطواقم الطبية وكذلك استهداف الوحدات الطبية المتحركة والثابتة بالتدمير الكلي والجزئي، والملاحظ أن هناك تصعيدا يأخذ منحى خطير جدا تجاه الطواقم الطبية، ففي كل حرب جديدة على غزة أو تصعيد في الضفة نجد أن معدلات استهداف الطواقم الطبية في زيادة مستمرة وذلك يعود بدوره لغياب الرادع الحقيقي في المحاسبة وكبح جماح المحتل من خلال تقديم قادته المجرمين للمحاكم الدولية.
4. لا يوجد أي تحقيق جدي من قبل سلطات الاحتلال في الانتهاكات بحق الطواقم الطبية، وهذا بدوره يؤدي إلى مردود كارثي في وسائل الرقابة والحماية للطواقم الطبيعة فغياب المحاسبة والمراقبة والتحقيق من قبل سلطات الاحتلال على الانتهاكات بحق الطواقم الطبية يطلق العنان أكثر لجيش الاحتلال للاستمرار بارتكاب جرائم جديدة.
5. المواقف الدولية تجاه انتهاكات الاحتلال للحماية المقررة للطواقم الطبية في فلسطين لم تتعد الادانة في أفضل الأحوال، مما شجع سلطات الاحتلال على التمادي في أعمالها الاجرامية تجاه الطواقم الطبية.

ثانيا/ التوصيات:

1. العمل على نشر النظام القانوني لحماية الطواقم الطبية، وتأطير دورات خاصة لأفراد الطواقم الطبية حتى يعرفوا حقوقهم والتزاماتهم أثناء عملهم الانساني، وكذلك اصدار نشرات اعلامية بهذا الخصوص.
2. على السلطة الوطنية الفلسطينية التوجه فورا لمقاضاة سلطات الاحتلال أمام العدالة الدولية، ووقف سياسات التهديد والمراوغة، واتخاذ خطوات جدية وعملية بهذا الخصوص.
3. إذا كان المجتمع الدولي يساند سلطات الاحتلال في جرائمها عبر تغاضيه عن تلك الجرائم والانتهاكات، فلابد من التفكير بطرق وأساليب جديدة لإحراج سلطات الاحتلال والمجتمع الدولي

للوقوف عن مسئولياتهم، ومن هذه الطرق دعم حركة المقاطعة الشعبية العالمية، وتزويدها بكل التقارير والحقائق التوثيقية التي تفضح الاحتلال وجرائمه.

4. العمل على مواصلة التوثيق الدوري للانتهاكات بحق الطواقم الطبية، وتوحيد العمل المشترك بين المراكز والمؤسسات الحقوقية في هذا الشأن على غرار التقرير الحقوقي الصادر بعد عدوان 2014م، حتى لو لم يتم استثمارها عمليا، فمن الممكن في المستقبل القريب تكن لها أهمية كبيرة إذا ما حدث أي تغير في السياسة الدولية أو تعديل في المنظمة العالمية الأولى لتحديد معايير جديدة تحكم العالم.

قائمة المراجع:

1. أحمد علي إبراهيم حمو، مبدئي الشرعية والإقليمية في القانون الجنائي السوداني، الطبعة السادسة، 2006 الخرطوم.
2. الطاهر مختار علي سعد، القانون الجنائي الدولي، دار الكتاب الجديد، بيروت، 1999م.
3. التجاني إبراهيم حاج آدم، حماية المدنيين في النزاعات المسلحة في القانون الدولي الإنساني والشريعة الإسلامية، الطبعة الأولى، إيماس الحديثة للطباعة والنشر–المركز القومي للإنتاج الإعلامي، الخرطوم، 2008م.
4. جان باكتييه، القانون الدولي الإنساني وحماية ضحايا الحرب، ترجمة معهد هنري دونان، جنيف–سويسرا، 1986م.
5. سهيل حسين الفتلاوي، الوسيط في القانون الدولي العام، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، بيروت، 2003م.
6. طارق سرور، الاختصاص الجنائي العالمي، دار النهضة العربية، القاهرة، 2006.
7. عبد الغني محمود، القانون الدولي الإنساني تطوره ومبادئه–دراسة مقارنة بالشريعة الإسلامية، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، القاهرة.
8. عبد الكريم علوان خطير، الوسيط في القانون الدولي العام، الكتاب الثالث: حقوق الإنسان، عمان–الأردن،1997م.
9. عز الدين الطيب آدم، وسامي ياسين خالد، محاضرات في القانون الدولي الإنساني، مطبوعات جامعة النيلين، الخرطوم 2010م.
10. علي عواد، قانون النزاعات المسلحة، الطبعة الأولى، دار المؤلف للنشر والطباعة والتوزيع، لبنان–بيروت، 2004م.
11. محمد صافي يوسف، الإطار العام للقانون الدولي الجنائي، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، القاهرة، 2002م.
12. محمد المجذوب، القانون الدولي العام، الطبعة السادسة، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 2007م.
13. مسعد عبد الرحمن زيدان قاسم، تدخل الأمم المتحدة في النزاعات المسلحة غير ذات الطابع الدولي، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، 2003م.

الرسائل الجامعية والبحوث العلمية.

14. جمال رواب، الوضع القانوني للمقاتل في القانون الدولي الإنساني، رسالة ماجستير، جامعة سعيد دحلب بالبليدة، كلية الحقوق، الجزائر، 2006م.

15. حسن صابر بابا، فاعلية القانون الدولي الإنساني في حماية الجرحى أثناء النازعات المسلحة، ورقة بحث مقدمة لمؤتمر فلسطين الدولي للجرحى وذوي الاعاقة تحت رعاية لجنة قطر الخيرية، نظم المؤتمر يوم الأحد 2016/03/23م بمدينة غزة – فندق المشتل.
16. عبد الكريم الداحول، حماية ضحايا النزاعات المسلحة الدولية، رسالة دكتوراة، جامعة القاهرة، كلية الحقوق، مصر، 1998م.

الاتفاقيات الدولية.

17. الاتفاقية الخاصة باحترام قوانين وأعراف الحرب البرية لاهاي في 18 أكتوبر/ تشرين الأول 1907
18. اتفاقية جنيف الأولى لتحسين حال الجرحى والمرضى بالقوات المسلحة في الميدان المؤرخة في 12 آب / أغسطس 1949
19. اتفاقية جنيف الثانية لتحسين حال جرحى ومرضى وغرقى القوات المسلحة في البحار المؤرخة في 12 آب / أغسطس 1949
20. اتفاقية جنيف الثالثة بشأن معاملة أسرى الحرب في المؤتمر الدبلوماسي المعقود في جنيف من 21 نيسان/ أبريل إلى 12 آب/أغسطس 1949.
21. اتفاقية جنيف الرابعة بشأن حماية الأشخاص المدنيين في وقت الحرب المؤرخة في 12آب/أغسطس 1949
22. الملحق (البروتوكول) الأول الإضافي إلى اتفاقيات جنيف المعقودة في 12 آب / أغسطس 1949 والمتعلق بحماية ضحايا المنازعات الدولية المسلحة
23. الملحق (البروتوكول) الثاني الإضافي إلى اتفاقيات جنيف المعقودة في 12 آب / أغسطس 1949المتعلق بحماية ضحايا المنازعات المسلحة غير الدولية
24. الإعلان العالمي لحقوق الإنسان 1948/12/10م.
25. ميثاق اللجنة الدولية للصليب الأحمر

التقارير والبيانات.

26. العدوان في أرقام، تقرير يوثق حصيلة الضحايا والخسائر المادية التي لحقت بالمدنيين وممتلكاتهم خلال الفترة من 7 تموز حتى 22 آب 2012 عمى أيدي قوات الاحتلال الإسرائيلي أو في مواجهتها، اعداد: مؤسسة الحق ومؤسسة الضمير ومركز الميزان والمركز الفلسطيني لحقوق الانسان، 2015، منشور على الانترنت موقع مؤسسة الضمير arabicweb.aldameer.org

27. الطواقم الطبية الفلسطينية بين نيران قوات الاحتلال الإسرائيلي ومهمة نقل وإسعاف القتلى والجرحى والمرضى، التقرير الثالث حول الانتهاكات الإسرائيلية ضد الطواقم الطبية الفلسطينية خلال الفترة من 1 أيلول/سبتمبر 2002 وحتى 31 كانون الأول/ ديسمبر 2004، صادر عن المركز الفلسطيني لحقوق الانسان.

28. استهداف سيارات الإسعاف والمسعفين.. وجه آخر لجرائم الاحتلال ويستدعي الملاحقة القانونية، تقرير منشور على موقع المركز الفلسطيني للإعلام على الانترنت www.palinfo.com

29. التقرير السنوي للانتهاكات بحق الطواقم الطبية والخدمات الانسانية للجمعية الهلال الاحمر الفلسطيني، منشور على موقع جمعية الهلال الأحمر www.palestinercs.org

30. التقرير السنوي للانتهاكات بحق الطواقم الطبية والخدمات الانسانية للجمعية الهلال الاحمر الفلسطيني، منشور على موقع جمعية الهلال الأحمر www.palestinercs.org

31. استهداف مدراس الأونروا أثناء تواجد النازحين جريمة ضد الإنسانية ومخالفة للقوانين، تقرير صادر عن مركز الانسان للديمقراطية والحقوق، منشور على موقع دنيا الوطن www.alwatanvoice.com

32. تقرير أعده أحمد عبد العال منشور على شبكة الجزيرة نت بتاريخ 2014/08/28م www.aljazeera.net

33. فلسطين تحت المجهر – غزة.. الصورة الأخيرة، فيلم وثائقي بثته قناة الجزيرة الفضائية بتاريخ 2016/04/27م، متوفر على قناة الجزيرة في اليوتيوب www.youtube.com

34. في فلسطين.. يترك الجرحى ينزفون حتى الموت، مقال منشور على وكالة معا الاخبارية بتاريخ 2015/12/05، www.maannews.net

35. بيان صحفي حول تداعيات تدمير مجمع مباني مستشفى الوفاء للتأهيل الطبي والجراحة التخصصية، منشور على الموقع الالكتروني لجمعية الوفاء الخيرية www.elwafa.ps

دراسة أثر الحصار الاسرائيلي على الواقع الصحي في قطاع غزة

د. فضل عصام المزيني

أستاذ العلوم السياسية بجامعة الإسراء

باحث في المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان

ملخص الدراسة:

سعت هذه الدراسة إلى الإجابة على التساؤل الرئيسي ما هي أبرز تداعيات الحصار الاسرائيلي على الواقع الصحي في قطاع غزة؟ وما هو موقف القانون الدولي الانساني والقانون الدولي لحقوق الانسان من هذه الانتهاكات؟ وكشفت الدراسة أن الحصار الاسرائيلي تسبب في تدهور الواقع الصحي في قطاع غزة، وأدى إلى تدني كفاءة المنشآت الصحية، وانتهك حقوق سكان القطاع الصحية، وهو ما يمثل انتهاك خطير للقانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الانسان. ودعت الدراسة المجتمع الدولي إلى التدخل الفوري وتوفير برامج اغاثية دولية عاجلة لإنقاذ القطاع الصحي وإجبار السلطات المحتلة على الالتزام بالقواعد والمبادئ الأساسية التي أقرتها الأمم المتحدة، ومن أهمها الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. كما دعت السلطة الوطنية الفلسطينية إلى تبني سياسات صحية طارئة لإنقاذ القطاع الصحي، وبذل أقصى الطاقات والجهود للتغلب على الأضرار الكارثية التي لحقت بالقطاع الصحي جراء الحصار المفروض على قطاع غزة.

الكلمات المفتاحية: الحصار الاسرائيلي، قطاع غزة، الأوضاع الصحية، الحق في الصحة، القانون الدولي الانساني، القانون الدولي لحقوق الانسان.

Abstract:

This study aims to elucidate the main question of the most prominent impact of the Israeli blockade on the health sector in the Gaza Strip and the position of the international humanitarian and human rights laws towards these violations. The study revealed that the Israeli siege has resulted in deterioration of health conditions in the Gaza Strip, poor health facilities and violations of the basic human rights related to health. All of this constitutes a grave violation of the provisions of the international humanitarian and human rights laws. The study calls upon the international community to immediately intervene to offer urgent relief programs in order to improve the health sector and oblige the Israeli authorities to abide by the basic principles, laws and rules approved by the UN, the most significant of which is the right to the utmost attainable standard of health. Moreover, it calls upon the PNA to adopt urgent health policies to save the health sector in the Gaza Strip and to spare no effort to overcome the catastrophic impact of the deteriorating health sector due to the Israeli blockade.

Key words: Israeli closure, Gaza strip, Health conditions, Right to health, International humanitarian law, and International human rights law.

المقدمة:

فرضت سلطات الاحتلال الاسرائيلية منذ منتصف يونيو 2007 حصاراً مشدداً على قطاع غزة، وما زال مستمراً حتى الآن. وقد خلف هذا الحصار، الذي يعتبر الأكثر شدة وشمولية على مدى سنوات الاحتلال الاسرائيلي للقطاع، نتائج كارثية طالت معظم المنشآت الصحية جراء نقص مئات الأصناف من الأدوية والمعدات الطبية التي تحتاجها صيدليات وعيادات ومشافي القطاع، كما أدى إلى تدهور الأوضاع الصحية لسكان القطاع، وخاصة المرضى، الذين يعانون أمراضاً خطيرة، ولا تتوافر امكانية لعلاجهم في مشافي القطاع.

وما زالت الأوضاع الصحية في قطاع غزة تتدهور بشكل متسارع وخطير بالتوازي مع استمرار الحصار الذي دخل عامه العاشر، في ظل صمت المجتمع الدولي، وعدم مبالاة الأطراف ذات العلاقة، وفي مقدمتهم الاحتلال الاسرائيلي، بمصير 2 مليون فلسطيني تتعرض حياتهم للخطر بسبب اجراءات الحصار.

لذلك، تبحث هذه الدراسة أثر الحصار الاسرائيلي على الواقع الصحي في قطاع غزة، من منظور القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الانسان. وترصد أبرز الانتهاكات لحقوق سكان القطاع الصحية التي خلفها الحصار المفروض على القطاع منذ نحو 10 سنوات، كما تبين الدراسة موقف القانون الدولي الانساني والقانون الدولي لحقوق الانسان من هذه الانتهاكات.

أولاً: أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها تبحث أثر الحصار الاسرائيلي على الواقع الصحي في قطاع غزة، وتداعيات الحصار على حقوق سكان القطاع الصحية، من منظور القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الانسان بمنهجية علمية قانونية، خلافاً عن تلك التقارير التي تصدرها المؤسسات والمراكز التي تُعنى بحالة حقوق الإنسان في فلسطين، والتي توثق هذه الانتهاكات، وتعرض لها بطريقة وصفية، أو تلك التقارير الاخبارية أو المقالات الصادرة عن المؤسسات الاعلامية، والتي تتناول الانتهاكات بطريقة اخبارية.

ثانياً: أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- التعرف على الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.
- كشف حجم التدهور الكبير في الأوضاع الصحية في قطاع غزة جراء سياسة الحصار المستمر منذ ما يزيد عن 10 أعوام.
- رصد تداعيات الحصار الاسرائيلي على حقوق سكان قطاع غزة الصحية.

– بيان موقف القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الانسان من الانتهاكات الإسرائيلية لحق سكان قطاع غزة في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

ثالثاً: مشكلة الدراسة:

ما هي أبرز تداعيات الحصار الاسرائيلي على الواقع الصحي في قطاع غزة؟ وما هو موقف القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الانسان من هذه الانتهاكات؟

رابعاً: فرضية الدراسة:

يتسبب الحصار الاسرائيلي لقطاع غزة في إهدار حقوق سكان قطاع غزة الصحية، وتعتبر الممارسات الاسرائيلية انتهاكاً جسيماً لقواعد القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الانسان.

خامساً: نطاق وحدود الدراسة:

تتناول هذه الدراسة على أثر الحصار الاسرائيلي على الواقع الصحي في قطاع غزة خلال الفترة من يوليو 2007 وحتى يوليو 2016. وقد تم اختيار بداية فترة الدراسة (يوليو 2007)، بسبب قيام الحكومة الاسرائيلية في هذا التوقيت بالإعلان رسمياً عن اتخاذ اجراءات عقابية ضد قطاع غزة من بينها وضع قيود مشددة على حركة المعابر وحصار قطاع غزة.

سادساً: منهجية الدراسة:

يعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي الذي يناسب بيان أصناف الانتهاكات الإسرائيلية الناجمة عن الحصار للحق في الصحة، وتداعيات ذلك على الواقع الصحي في قطاع غزة، والمنهج القانوني الذي يناسب تحليل الانتهاكات الاسرائيلية في ضوء مواد القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الانسان.

سابعاً: هيكلية الدراسة:

تتكون الدراسة من مقدمة وأربعة مباحث، وهي كما يلي:

المبحث الأول: ماهية الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه

أولاً: المقصود بالحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه

ثانياً: أبرز الصكوك الدولية والإقليمية المعنية بحماية الحق في الصحة

المبحث الثاني: الحصار الاسرائيلي لقطاع غزة من منظور القانون الدولي الانساني والقانون الدولي لحقوق الانسان

أولاً: الإجراءات الإسرائيلية الخاصة بإغلاق معابر قطاع غزة

ثانياً: الحصار الإسرائيلي في ضوء القانون الدولي

المبحث الثالث: تداعيات الحصار الاسرائيلي على الواقع الصحي في قطاع غزة

أولاً: الأدوية والمهمات الطبية

ثانياً: الأجهزة والمستلزمات الطبية

ثالثاً: التحويلات الطبية إلى الخارج

رابعاً: الوفيات جراء الحصار

خامساً: ابتزاز المرضى واعتقالهم

سادساً: انقطاع الكهرباء ونقص الوقود في المنشآت الطبية بفعل الحصار

المبحث الرابع: موقف القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الانسان من الانتهاكات الإسرائيلية لحق سكان القطاع في الصحة

أولاً: موقف القانون الدولي الانساني من الانتهاكات الإسرائيلية لحق سكان القطاع في الصحة

ثانياً: موقف القانون الدولي لحقوق الانسان من الانتهاكات الإسرائيلية لحق سكان القطاع في الصحة

المبحث الأول

ماهية الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه

إن الحق في الصحة أو الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه حق أساسي من حقوق الإنسان لا غنى عنه من أجل التمتع بحقوق الإنسان الأُخرى، فلكل إنسان الحق في أن يتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه ويفضي إلى العيش بكرامة. يتناول هذا المبحث ماهية الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، ومن ثم يستعرض أبرز الصكوك الدولية والإقليمية المعنية بحماية الحق في الصحة.

أولاً: المقصود بالحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه

تعرف المادة (12) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الحق في الصحة باعتباره "حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه". غير أن ما يؤخذ على هذا التعريف أنه لا يقدم تحديداً لمحتوى الحق في الصحة نظراً لأنه من غير الواضح ما إذا كان "التمتع بأعلى مستوى" يجب أن ينظر إليه في ضوء الظروف الوطنية لدولة ما أم في ضوء الاقتصاد العالمي[1].

ووفقاً للتعليق العام رقم "14" الصادر عن لجنة الأمم المتحدة للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عام 2000 حول الحق في الصحة، يشمل الحق في الصحة، بجميع أشكاله وعلى جميع المستويات، العناصر المترابطة والأساسية التي يتوقف تطبيقها الدقيق على الظروف السائدة في الدولة، وهذه العناصر هي[2]:

---

1 – ديفيد الميدا وروبرت برلين، دليل دراسي، الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، الولايات المتحدة الأمريكية، مركز حقوق الإنسان بجامعة منيسوتا، 2003. للاطلاع على الدليل أُنظر رابط جامعة منيسوتا الالكتروني:
http://hrlibrary.umn.edu/arabic/SGrighttohealth.html

2 – أُنظر:
International Human Rights Instruments, (New York: United Nations, vol.1, 27 may 2008), p. 78.

(أ) التوافر: يجب أن توفر الدولة القدر الكافي من المرافق العاملة المعنية بالصحة العامة والرعاية الصحية وكذلك من السلع والخدمات والبرامج. ويختلف الطابع المحدد للمرافق والسلع والخدمات وفقاً لعوامل عديدة، من بينها المستوى الإنمائي للدولة وإن كانت تتضمن المقومات الأساسية للصحة مثل مياه الشرب المأمونة ومرافق الإصحاح الكافية، والمستشفيات، والعيادات، وغيرها من المباني المرتبطة بالصحة، والموظفين الطبيين والمهنيين المدربين الذين يحصلون على مرتبات تنافسية محلياً، والعقاقير الأساسية وفقاً لتعريفها في برنامج العمل المعني بالعقاقير الأساسية الذي وضعته منظمة الصحة العالمية[3].

(ب) إمكانية الوصول: ينبغي أن يتمتع الجميع بدون تمييز بإمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، داخل نطاق الولاية القضائية للدولة. وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد متداخلة هي:

- **عدم التمييز:** يجب أن يتمتع الجميع بإمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، ولا سيما أكثر الفئات ضعفاً أو تهميشاً بين السكان بحكم القانون وبحكم الواقع، دون أي تمييز لإحدى الأسباب المحظورة[4].
- **إمكانية الوصول المادي:** ينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة في المتناول المادي والآمن لجميع فئات السكان، خاصة الفئات الضعيفة أو المهمشة.
- **الإمكانية الاقتصادية للحصول عليها (القدرة على تحمل نفقاتها):** يجب أن يتمكن الجميع من تحمل نفقات المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة.
- **إمكانية الوصول إلى المعلومات:** تشمل هذه الإمكانية الحق في التماس المعلومات والأفكار[5] المتعلقة بالمسائل الصحية والحصول عليها ونقلها. غير أنه لا ينبغي لإمكانية الوصول إلى المعلومات أن تؤثر على الحق في معاملة البيانات الصحية الشخصية بسرية.

(ج) المقبولية: ينبغي أن تحترم جميع المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة الأخلاق الطبية وأن تكون مناسبة ثقافياً، أي أن تحترم ثقافة الأفراد، والأقليات، والشعوب، والمجتمعات، وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة، فضلاً عن تصميمها بشكل يحترم السرية ويرفع مستوى الحالة الصحية للأشخاص المعنيين.

---

3 – أُنظر القائمة النموذجية لمنظمة الصحة العالمية بشأن العقاقير الأساسية، المنقحة في كانون الأول/ ديسمبر 1999، المعلومات الدوائية لمنظمة الصحة العالمية، المجلد 13، رقم 4، 1999.

4 – أُنظر الفقرتين 18 و19 من هذا التعليق العام رقم 14 (2000) المتعلق بالحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

5 – أُنظر المادة 19–2 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية. ويركز هذا التعليق العام بشكل خاص على إمكانية الوصول إلى المعلومات بسبب أهمية هذه المسألة الخاصة فيما يتعلق بالصحة.

(د) الجودة: بالإضافة إلى ضرورة أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة مقبولة ثقافياً، ينبغي أن تكون مناسبة علمياً وطبياً وذات نوعية جيدة. ويتطلب ذلك، في جملة أمور، موظفين طبيين ماهرين، وعقاقير ومعدات للمستشفيات معتمدة علمياً ولم تنته مدة صلاحيتها، ومياه شرب مأمونة، وإصحاحاً مناسباً.

ثانياً: أبرز الصكوك الدولية والإقليمية المعنية بحماية الحق في الصحة

رغم عدم وجود اتفاقية معينة تتناول الحق في الصحة بشكل مستقل، مثلما جرى تخصيص عدد من الصكوك الدولية لتناول حقوق معينة، فإن الحق في التمتع بمستوى مناسب من الصحة تناولته العديد من الصكوك الدولية ذات الصلة بحقوق الانسان بإسهاب، نظراً لارتباطه بعدد كبير من حقوق الانسان الأُخرى، ومن أهم هذه الصكوك:

- **الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948):** تناول الإعلان الحق في الصحة ملقياً بعض الضوء على محتواه. إذ تنص المادة (25) منه على أن "لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفى لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والمسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية"[6].

- **الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري (1965):** أكدت الاتفاقية في المادة (5) على الحق في مستوى مناسب من الصحة، كما حظرت الحرمان منه أو ربط التمتع به بانتماء الفرد إلى أصل عرقي معين[7].

- **العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1966):** أكد العهد على الحق في الصحة في أكثر من موضع. فتنص المادة (12) منه على حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه. وتنص المادة (7) على الحق في الرعاية الصحية لكافة العاملين وكذلك حقهم في ظروف عمل تكفل السلامة والصحة. وتنص المادة (10) على حق كل شخص في التمتع بشروط عمل عادلة ومرضية تكفل على الخصوص ظروف عمل تكفل السلامة والصحة[8].

- **الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقلياً (1971):** أكد الإعلان في المادة (2) على الحماية الدولية للحق في التمتع بمستوى مناسب من الصحة وايلاء قدر مناسب من الاهتمام للمعوقين عقلياً[9].

6 – للاطلاع على الاعلان العالمي لحقوق الانسان، أُنظر رابط موقع الأُمم المتحدة الالكتروني:
http://www.un.org/ar/documents/udhr

7 – للاطلاع على الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، أُنظر رابط موقع مركز موارد العدالة الاجتماعية الالكتروني:
http://www.sjrcenter.org/media/k2/attachments/3_2.pdf

8 – للاطلاع على العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، أُنظر رابط موقع المفوض السامي لحقوق الانسان، الأُمم المتحدة الالكتروني:
http://www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx

9 – للاطلاع على الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقلياً، أُنظر رابط موقع المركز المصري لتعليم حقوق الانسان الالكتروني:

- **الإعلان الخاص بحقوق المعوقين (1975):** أكد الإعلان على الحماية الدولية للحق في التمتع بمستوى مناسب من الصحة، كما أقر في المادة (6) بحق المعوقين في التمتع بالرعاية الخاصة التي يحتجون إليها[10].

- **اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (1979):** أكدت الاتفاقية على الحماية الدولية للحق في التمتع بمستوى مناسب من الصحة، وعرضت للاحتياجات وأوجه الحماية الخاصة التي يجب أن تتمتع بها المرأة؛ وذلك في المواد (10، 11، 12، 14) من الاتفاقية[11].

- **اتفاقية حقوق الطفل (1989):** أكدت الاتفاقية على حق الطفل في التمتع بمستوى مناسب من الصحة، موضحة أن الأطفال هم من مواطني الدولة، ولهم الحق في التمتع مثل كافة الأفراد بحقوقهم. وقد نصت الاتفاقية في المواد (6، 19، 20) على جملة من حقوق الطفل الصحية[12].

- **مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية (1991):** تقر مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية في المبدأ رقم 1 بأنه يجب توفير الرعاية بالصحة العقلية كجزء من النظام العام للرعاية الصحية والاجتماعية[13].

المبحث الثاني

الحصار الاسرائيلي لقطاع غزة من منظور القانون الدولي الانساني والقانون الدولي لحقوق الانسان

فرضت قوات الاحتلال الإسرائيلي حصاراً محكماً على قطاع غزة منذ منتصف يونيو 2007 وما زال قائماً حتى الآن. وبموجب اجراءات هذا الحصار، الذي يعتبر الأكثر شدة وشمولية على مدى سنوات الاحتلال الاسرائيلي على قطاع غزة، قامت قوات الاحتلال بفرض قيود جائرة على جميع المعابر المحيطة بالقطاع. وشملت القيود المعابر المخصصة لتنقل الأفراد، وأدى ذلك إلى حرمان معظم سكان القطاع من التنقل والسفر إلى خارجه، كما أدى إلى تدهور الأوضاع الصحية للمرضى، وخاصة أولئك

---

http://echre.org/old_ar/rights/moaak.html

10 – للاطلاع على الإعلان الخاص بحقوق المعوقين، أُنظر رابط موقع الاعلانات والاتفاقيات الواردة في قرارات الجمعية العامة، الأُمم المتحدة الالكتروني:

https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/795/14/IMG/NR079514.pdf

11 – للاطلاع على اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، أُنظر رابط موقع منظمة الأمم المتحدة للطفولة "يونيسف" الالكتروني:

http://www.unicef.org/arabic/crc/files/cedaw_arabic.pdf

12 – للاطلاع على اتفاقية حقوق الطفل، أُنظر رابط موقع منظمة الأمم المتحدة للطفولة "يونيسف" الالكتروني:

http://www.unicef.org/arabic/crc/files/crc_arabic.pdf

13 – للاطلاع على مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية، أُنظر موقع المعهد العربي لحقوق الانسان الالكتروني:

http://aihr-iadh.net/pdf/international_conventions/principedeprotection.pdf

الذين لا يتوفر لهم علاج في مشافي القطاع. كما طالت القيود المفروضة المعابر المخصصة لنقل البضائع، وأدى ذلك إلى تدهور الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في القطاع، كما أدى إلى نقص خطير في مئات الأصناف من الأدوية والمعدات الطبية التي تحتاجها صيدليات وعيادات ومشافي القطاع. يستعرض هذا المبحث القيود الإسرائيلية المفروضة على معابر قطاع غزة، ومن ثم يتناول هذا المبحث الحصار الاسرائيلي لقطاع غزة من منظور القانون الدولي لحقوق الانسان والقانون الدولي الانساني.

أولاً: القيود الإسرائيلية المفروضة على معابر قطاع غزة

قامت سلطات الاحتلال الاسرائيلية بإحكام حصار قطاع غزة عن طريق فرض اجراءات قاسية على جميع معابر القطاع التي تسيطر عليها، وقد طالت الاجراءات القاسية المعابر المخصصة لحركة الأفراد والمعابر التجارية المخصصة لنقل السلع والبضائع على حد السواء.

فعلى صعيد المعابر المخصصة لتنقل الأفراد منعت سلطات الاحتلال الإسرائيلية منذ 2007/6/15 سكان قطاع غزة من التنقل والسفر عبر المعبرين الوحيدين لقطاع غزة (بيت حانون ورفح)، واستثنت من ذلك أعداد قليلة من فئات محددة[14]. وهذه الفئات هي: المرضى القطاع من ذوي الحالات الخطرة، الصحفيون الأجانب، العاملون في المنظمات الدولية الإنسانية، المسافرون عبر معبر الكرامة (جسر اللنبي)، والتجار، ويجتاز هؤلاء المعبر في ظل إجراءات معقدة ومعاملة تمس الكرامة الإنسانية[15]. وقد أدت القيود التي فرضتها إسرائيل إلى انخفاض أعداد المرضى المسموح لهم بالسفر لتلقي العلاج في الخارج إلى أقل من نصف المعدل لسنوات ما قبل الحصار، كما أدى منع مرور المرضى عبر المعبر للوصول الى المستشفيات الاسرائيلية، أو مستشفيات الضفة الغربية والقدس المحتلة، أو المستشفيات الأردنية إلى وفاة العشرات منهم. كذلك أدت الاجراءات المهينة والمذلة على المعبر، وانتظار المرضى لساعات طويلة قبل أن يسمح لهم باجتياز المعبر إلى تدهور الحالة الصحية لعدد كبير منهم، كما أفضت تلك الاجراءات الى وفاة عدد منهم[16].

بالتوازي مع ذلك، أُغلق معبر رفح الحدودي بتاريخ 2007/10/15، وحُرم جراء ذلك آلاف المواطنين من مغادرة القطاع، والسفر إلى الخارج، من بينهم مئات المرضى، الذين تدهورت حالتهم الصحية جراء حرمانهم من السفر للعلاج في المستشفيات المصرية، وقد توفي العديد منهم قبل أن يسمح لهم بمغادرة القطاع لتلقي العلاج. وبعد ثلاث سنوات من الإغلاق المتواصل، أعلنت السلطات المصرية بتاريخ

14 – لقطاع غزة معبرين اثنين فقط مخصصين لتنقل الأفراد، الأول معبر بيت حانون "إيريز"، الواقع على حدود قطاع غزة مع إسرائيل، وهو المعبر الوحيد لسكان القطاع إلى الضفة الغربية المحتلة، والثاني معبر رفح الحدودي مع جمهورية مصر العربية، وهو المنفذ الوحيد لسكان قطاع غزة إلى العالم الخارجي.

15 – تقرير قطاع غزة: خنق حقيقي وتسهيلات مخادعة، (غزة: المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، 2015/12/22)، ص 15.

16 – التقرير السنوي 2015، (غزة: المركز الفلسطيني لحقوق الانسان)، 2016/6/9.

2010/6/1، ومن جانب واحد، ومن دون التنسيق مع السلطات الإسرائيلية، عن فتح معبر رفح استثنائياً لإدخال المساعدات الإنسانية، ومرور فئات محددة من المواطنين من بينهم المرضى[17]. وفي أواخر مايو 2011، وفي أعقاب قيام ثورة 25 يناير، وسقوط النظام المصري السابق، أعلنت السلطات المصرية إدخال تحسينات على معبر رفح الحدودي[18]، ومع ذلك، عانى المئات ممن ينتمون إلى الفئات التي شملتها التسهيلات من تأخر سفرهم، بسبب الازدحام على المعبر[19]. وفي أعقاب عزل الرئيس محمد مرسى عن سدة نظام الحكم في يوليو 2013، أُعيد اغلاق معبر رفح بشكل شبه كلي ولفترات طويلة، ما أعاد المعاناة لسكان قطاع غزة، وحرمهم من السفر الى الخارج، وضاعف على وجه التحديد معاناة المرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة ومستعصية، وهم بحاجة ماسة للعلاج في الخارج، نظراً لعدم وجود إمكانية لعلاجهم في مشافي القطاع[20].

وعلى صعيد المعابر التجارية، التي أُقيمت لإمداد قطاع غزة بالواردات التي يحتاجها؛ ولتصدير البضائع التي يتم إنتاجها في القطاع، إلى إسرائيل والضفة الغربية، أو إلى العالم الخارجي، فقد قيدت سلطات الاحتلال في منتصف يونيو 2007 عملها، وفي مطلع عام 2012 أغلقت سلطات الاحتلال كافة معابر قطاع غزة التجارية بشكل نهائي، واعتمدت معبر كرم أبو سالم، كمعبر تجاري وحيد لقطاع غزة، وفرضت قيوداً مُشدَّدة على الواردات التي سمحت بإدخالها إلى القطاع، بحيث اقتصرت على المواد الأساسية فقط[21]. كما فرضت السلطات المحتلة قيود (أو حظر) على دخول نحو 400 سلعة إلى القطاع، وأدى

17 – نشرة حالة المعابر في قطاع غزة 2010/7/16–2010/7/31، (غزة، المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، 2010/8/1). للمزيد أُنظر النشرة على موقع المركز الالكتروني:

http://pchrgaza.org/ar/?p=7334

18 – شملت التحسينات زيادة ساعات تشغيل المعبر، وتطبيق آلية دخول المواطنين الفلسطينيين إلى الأراضي المصرية وفقاً للآلية التي كان يعمل بها قبل الإغلاق، والتي تنص على إعفاء السيدات الفلسطينيات بمختلف أعمارهن، والذكور تحت سن 18 عاماً وفوق 40 عاماً، والمرضى الحاصلين على تحويلة طبية للعلاج في الخارج، والطلاب الدارسين في الجامعات المصرية وفي الخارج، وأصحاب الإقامات في الخارج، من شرط الحصول على تأشيرة دخول مسبقة.

19 – بيان صحفي: المركز يرحب بقرار السلطات المصرية إعادة فتح معبر رفح أمام تنقل سكان قطاع غزة، (غزة: المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، 2012/8/27). أُنظر البيان على موقع المركز الإلكتروني:

http://pchrgaza.org/ar/?p=4372

20 – خبر صحفي: سلطات مصر تُعيد إغلاق معبر رفح بعد 5 أيام على فتحه، (بريطانيا: وكالة "قدس برس" للأنباء، 2016/7/5. للمزيد أُنظر الرابط الالكتروني للموقع:

http://www.qudspress.com/index.php?page=about

21 – د. ماهر حامد الحولي، د. عبد القادر صابر جرادة، التكييف الشرعي والقانوني للحرب على غزة، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإسلامية)، المجلد التاسع عشر، العدد الثاني، غزة، يونيو 2011، ص633–334.

ذلك إلى نقص خطير في معظم الاحتياجات الأساسية، من بينها مئات الأصناف من الأدوية والمستلزمات والأجهزة الطبية التي تحتاجها صيدليات وعيادات ومستشفيات القطاع[22].

ثانياً: الحصار الإسرائيلي من منظور القانون الدولي الإنساني

ما زال قطاع غزة إقليم يخضع للاحتلال الإسرائيلي، رغم إعادة الانتشار الذي نفذته القوات المحتلة عام 2005، لأن معيار الاحتلال في القانون الدولي ليس الوجود العسكري وإنما السيطرة الفعلية على الإقليم، وهو ما ينطبق على غزة[23]. إذن إقليم غزة هو اقليم يقع تحت الاحتلال، لذلك يترتب على سلطات الاحتلال التزامات بموجب القانون الدولي الانساني، وتحديداً اتفاقية جنيف الرابعة لعام 1949، في مقدمتها تأمين السكان ضد المخاطر وتوفير متطلبات الحياة لهم[24]. وعلى عكس ذلك، أمعنت سلطات الاحتلال في انتهاكها وبشكل منظم لأحكام الاتفاقية ومجمل قواعد القانون الدولي، في ما يتعلق بإدارتها للأراضي الفلسطينية المحتلة، وعلاقتها بالسكان الفلسطينيين المدنيين الذين يخضعون للحماية.

فتمثل سياسة الحصار شكلاً من أشكال العقوبة الجماعية التي يحظرها القانون الدولي الإنساني، خاصة المادة (33) من أحكام اتفاقية جنيف الرابعة لعام 1949 الخاصة بحماية السكان المدنيين وقت الحرب، بغض النظر عن تبرير ممارسته من قبل الحكومة الإسرائيلية[25]. ورغم أن قوات الاحتلال لديها الحق وفق المادة (64) من الاتفاقية بمعاقبة الأفراد المتورطين في أعمال عدائية، إلا أن العقوبة الجماعية والإغلاق كأحد أشكالها، هي تجاوز واضح للصلاحيات المخولة لقوة الاحتلال بموجب الاتفاقية وانتهاك لأحكامها[26].

22 – د. فضل عصام المزيني، أوضاع قطاع غزة الاقتصادية والاجتماعية في ظل الحصار الاسرائيلي، (أبو ظبي: مركز الامارات للدراسات والبحوث الاستراتيجية، الطبعة الأولى، 2014)، ص 15-19.

23 – د. عبد الله الأشعل, هولوكوست غزة في نظر القانون الدولي, (القاهرة: مكتبة جزيرة الورد, الطبعة الأولى، 2010)، ص 30-31.

24 – د. عبد الرحمن محمد علي، وآخرون، إسرائيل والقانون الدولي، (بيروت: مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، الطبعة الأولى، 2011)، ص157.

25 – للاطلاع على اتفاقية جنيف الرابعة بشأن حماية الأشخاص المدنيين في وقت الحرب المؤرخة في 12آب/أغسطس 1949، أُنظر رابط موقع الصليب الاحمر الالكتروني:

https://www.icrc.org/ara/resources/documents/misc/5nsla8.htm

26 – نص المادة (64) من اتفاقية جنيف الرابعة بشأن حماية الأشخاص المدنيين في وقت الحرب لعام 1949: " تبقى التشريعات الجزائية الخاصة بالأراضي المحتلة نافذة، ما لم تلغها دولة الاحتلال أو تعطلها إذا كان فيها ما يهدد أمنها أو يمثل عقبة في تطبيق هذه الاتفاقية. ومع مراعاة الاعتبار الأخير، ولضرورة ضمان تطبيق العدالة على نحو فعال، تواصل محاكم الأراضي المحتلة عملها فيما يتعلق بجميع المخالفات المنصوص عنها في هذه التشريعات. على أنه يجوز لدولة الاحتلال إخضاع سكان الأراضي المحتلة للقوانين التي تراها لازمة لتمكينها من الوفاء بالتزاماتها بمقتضى هذه الاتفاقية، وتأمين الإدارة المنتظمة للإقليم وضمان أمن دولة الاحتلال وأمن أفراد وممتلكات قوات أو إدارة الاحتلال وكذلك المنشآت وخطوط المواصلات التي تستخدمها".

إضافة لما سبق، فإن الحصار الذي تفرضه قوات الاحتلال الإسرائيلي، هو شكل من أشكال القصاص أو الثأر من السكان المدنيين الفلسطينيين. وتعتبر أعمال الثأر من الأفراد وممتلكاتهم، محرمة في القانون الدولي على نحو ما هو وارد في المادة (33) من اتفاقية جنيف الرابعة[27]. وقد قام جان بكتيه بتقديم تحليل مهم ودقيق لمعنى ومدى ذلك التحريم الوارد في المادة (33) من اتفاقية جنيف الرابعة حيث يقول: "إن منع القصاص هو ضمانة لكل الأفراد المحميين، سواء كانوا في أراضي طرف من أطراف النزاع أو في الأرض المحتلة. إن ذلك (التحريم) ذو صفة مطلقة، لذا لا يجوز تفسيره على أنه يتضمن تحفظات ضمنية في ما يخص الضرورة العسكرية"[28].

ومما سبق نخلص إلى أن الإغلاق، مهما كان التبرير الإسرائيلي له، يفتقد كلياً إلى الأساس القانوني، وهو انتهاك لأحكام القانون الدولي الانساني ذات الصفة المطلقة في التحريم التي تحظر العقوبات الجماعية أو الثأرية من الأفراد المحميين.

ثالثاً: الحصار الإسرائيلي من منظور القانون الدولي لحقوق الإنسان

تؤكد المواثيق الدولية لحقوق الإنسان على حق كل شخص في التنقل والحركة، حيث تنص المادة (12) من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية لعام 1966 على حق كل شخص في حرية التنقل واختيار مكان إقامته، وحقه في حرية مغادرة أي بلد، بما في ذلك بلده. ولا يجوز التذرع بالاستثناء الذي ورد في هذه المادة لممارسة تقييد حركة الحركة إلا في حالات محددة، بحيث ذكر العهد "لا يجوز تقييد الحقوق الواردة في العهد بأية قيود غير تلك التي ينص عليها القانون، وتكون ضرورية لحماية الأمن القومي أو النظام العام أو الصحة العامة أو الآداب العامة أو حقوق الآخرين وحرياتهم، وتكون متماشية مع الحقوق الأخرى المعترف بها في هذا العهد[29].

ويعتبر التعليق العام رقم (27)، والذي صدر عن اللجنة المعنية بالحقوق المدنية والسياسية في جلستها السابعة والستين في عام 1999، الأساس الفلسفي والقانوني الذي يحدد النطاق الواسع لمفهوم الحق في حرية التنقل والحركة. وتنص الوثيقة على أن لكل الأفراد الحرية في اختيار سكنهم، وأن لهم الحق في مغادرة أي دولة بما فيها دولتهم[30].

27 – المادة (33) من اتفاقية جنيف الرابعة بشأن حماية الأشخاص المدنيين في وقت الحرب لعام 1949: "لا يجوز معاقبة أي شخص محمي عن مخالفة لم يقترفها هو شخصياً. تحظر العقوبات الجماعية وبالمثل جميع تدابير التهديد أو الإرهاب. السلب محظور. تحظر تدابير الاقتصاص من الأشخاص المحميين وممتلكاتهم".

28 – أُنظر:

Jean Pictet, "Commentary: IV Geneva Convention Relative to the Protection of Civilian Persons in Time of War, Geneva: International Committee of the Red Cross "ICRC", 1958), p. 228.

29 – المادة (4) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 1966.

30 – أُنظر:

وتنص المادة (5) من الاتفاقية الدولية لإلغاء كافة أشكال التمييز العنصري لعام 1965 على أن لكل الأفراد الحق في حرية التنقل ضمن حدود الدولة، والحق في مغادرة الدولة بما فيها دولته، والرجوع لدولته، والحق في الجنسية[31].

ولا تشكل حالات الاستثناء مبرراً شرعياً لقوات الاحتلال الإسرائيلي لتقييد حرية الحركة للفلسطينيين، إذ أن ما تقوم به تلك القوات ليس فقط انتهاكاً لمبدأ السماح والاحترام الوارد في نص المادة (12) من العهد، بل حتى لمبدأ التقييد المشار إليه.

كما اعتبرت لجنة مناهضة التعذيب أن سياستي الحصار وهدم المنازل اللتين تمارسهما قوات الاحتلال تشكلان انتهاكاً للمادة (16) من اتفاقية منع التعذيب والمعاملة القاسية والحاطة بالكرامة، ولا يمكن تبرير استخدام هاتين السياستين تحت أي ظرف من الظروف[32].

ويؤكد تقرير البروفيسور ريتشارد فولك، مقرر الأمم المتحدة الخاص المعني بحالة حقوق الإنسان في الأرض الفلسطينية المحتلة، أن الحصار على قطاع غزة غير مشروع بمعزل عن مجمل آثاره الإنسانية، ويشكل في جوهره حالة واضحة ومنهجية ومستمرة من العقوبة الجماعية المفروضة على سكان مدنيين، ويشكل انتهاكاً مباشراً لأحكام المادة (33) من اتفاقية جنيف الرابعة. إذن بحسب تقرير المقرر الخاص يعتبر استمرار الحصار شكلاً من أشكال العقوبة الجماعية غير المشروعة التي يمكن اعتبارها جريمة من الجرائم المرتكبة ضد الإنسانية، وحرماناً من الحاجات المادية الأساسية لسكان مدنيين يعيشون تحت الاحتلال، ما يشكل انتهاكاً للقانون الدولي الإنساني[33].

المبحث الثالث

تداعيات الحصار الاسرائيلي على الواقع الصحي في قطاع غزة

تسبب الحصار الشامل لقطاع غزة في تدهور الأوضاع الصحية، وتعريض السكان، بمن فيهم المرضى، لأخطار مضاعفة. نجم تدهور الأوضاع الصحية بشكل أساسي عن نقص الإمدادات الطبية، والأدوية

International Human Rights Instruments, (New York: United Nations, vol.1, 27 may 2008), Op.Cit p. 223.

31 – للاطلاع على الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، أُنظر رابط موقع مركز موارد العدالة الاجتماعية الالكتروني:

http://www.sjrcenter.org/media/k2/attachments/3_2.pdf

32 – تقرير خاص حول "استمرار القرار الإسرائيلي بمنع الفئة العمرية من 16–35 من السفر عبر معبر رفح"، (غزة: المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، 20014/9/15). للاطلاع على التقرير أُنظر الرابط الالكتروني للمركز:

http://pchrgaza.org/ar/?p=6856

33 – أُنظر:

Richard Falk, Report of the Special Rapporteur on the situation of human rights in the Palestinian territories occupied since 1967, (New York: United Nations, General Assembly, Human Rights Council), 10 January 2011.

في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية، وعن حرمان آلاف المرضى، الذين لا تتوافر إمكانيات لعلاجهم في مستشفيات القطاع، من السفر لتلقي العلاج في الخارج.

يتناول هذا المبحث تداعيات الحصار الاسرائيلي على الواقع الصحي في قطاع غزة من خلال تسليط الضوء على نقص الأدوية والمستلزمات الطبية، نقص وتعطل الأجهزة الطبية، منع المرضى من السفر للخارج لتلقي العلاج، وفاة عشرات المرضى بسبب الحصار، ابتزاز المرضى واعتقالهم على المعابر التي تسيطر عليها اسرائيل، انقطاع الكهرباء ونقص الوقود في المنشآت الطبية بفعل الحصار.

أولاً: الأدوية والمستلزمات الطبية

شهدت جميع المرافق الصحية، بما فيها المستشفيات والعيادات والصيدليات ومراكز الرعاية الصحية الأولية، خلال سنوات الحصار نقصاً شديداً ومستمراً في الأدوية والمستلزمات الطبية. وانعكس ذلك سلباً على صحة سكان القطاع، وطرأ تدهور خطير في أوضاع المرضى الذين يعانون أمراضاً مزمنة، جراء وقف صرف الأدوية والعلاجات الدورية لهم لفترات طويلة. وقد اضطرت وزارة الصحة جراء ذلك إلى اتخاذ بعض الإجراءات الطارئة على مدار سنوات الحصار، قلصت بموجبها الخدمات الصحية الأساسية، في العديد من العيادات وأقسام المستشفيات المختلفة.

وبحسب احصائيات وزارة الصحة الفلسطينية، فقد بلغ العدد الكلي للأدوية المتداولة في وزارة الصحة 481 صنفاً من الدواء، وقد بلغ عدد الأصناف التي نفذت كلياً 145 أي ما نسبته 30% من الأصناف المتداولة، بينما بلغ عدد الأصناف التي تكفي لمدة من 1-3 شهور 64 صنفاً. ووفقاً لنفس الاحصائيات أيضاً، فإن العدد الكلي للأصناف المتداولة من المستلزمات الطبية في وزارة الصحة 902 صنف، وقد قدر عدد الاصناف الصفرية 343 بنسبة عجز 38% من الأصناف المتداولة، بينما بلغ عدد الاصناف التي تكفي لمدة 1-3 شهور 73 صنفاً[34].

ووفقاً لنفس الاحصائيات فإن أهم أصناف الأدوية التي نفدت كلياً عدة مرات على مدار سنوات الحصار تلك اللازمة لعلاج مرضى السرطان، والفشل الكلوي، وأدوية التلاسيميا، ومضادات السموم، والأدوية الخاصة لأطفال الحاضنات (الخدج)، والأدوية الخاصة بأمراض الجهاز الهضمي، وأدوية مرض الصرع، وأدوية مرض نزف الدم الوراثي والأدوية النفسية.

ومن أهم أصناف المستلزمات الطبية التي نفذت على فترات مختلفة على مدار سنوات الحصار تلك التي تستخدم في الأقسام الطبية المهمة كوحدات العناية المركزة، وحاضنات الأطفال، وغرف العمليات الجراحية، وأقسام الكلى وجراحة العظام والعيون وجراحة وقسطرة القلب وأمراض الدم والأورام والطوارئ. كما نفدت مستلزمات التخدير والإنعاش، وورق تخطيط القلب، وأفلام الأشعة المقطعية، وأصناف أُخرى تستخدم في عمليات التخدير والتنفس الصناعي.

34 – تقرير الصيدلة في قطاع غزة السنوي لعام 2015، (غزة: وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية، 2016)، ص 7،8،9.

ثانياً: نقص وتعطل الأجهزة الطبية

شهدت المستشفيات والعيادات الطبية في قطاع غزة نقصاً شديداً في الأجهزة الطبية الضرورية، جراء حظر السلطات الإسرائيلية توريد أجهزة جديدة أو توريد القطع البديلة لإصلاح الأجهزة المتعطلة. وشكلت أزمة الأجهزة الطبية عقبة كبيرة أمام استمرار عمل الطواقم الطبية في مستشفيات القطاع ومراكزه الطبية.

وأفاد المدير العام لإدارة الهندسة والصيانة في وزارة الصحة المهندس بسام الحمادين أن الحصار حال دون تمكن الوزارة من جلب أي أجهزة طبية جديدة أو استيراد قطع غيار للأجهزة القديمة، مما تسبب في رداءة الخدمات الطبية المقدمة للمرضى في بعض الأحيان، خصوصاً في أقسام الأشعة والألتراساوند لأن أجهزتها باتت قديمة وتحتاج إلى تجديد، فضلاً عن أن بعضها معطل منذ سبع سنوات. فيما قال ممثل منظمة الصحة العالمية في غزة محمود ظاهر أن الحصار الإسرائيلي أثر على منظومة الأجهزة الطبية في غزة، وتسبب في خلل أدى إلى وجود ثغرات في آلية عملها"[35].

كما أدى إغلاق معابر قطاع غزة إلى عدم توريد جهازي (MRI لمستشفى الشفاء بمدينة غزة، وCT لمستشفى ناصر بمدينة خان يونس). كما توقف 84 جهازاً عن العمل في مختبرات مستشفيات وزارة الصحة، و24 جهازاً من أجهزة الأشعة المتنقلة، بسبب منع السلطات المحتلة توريد قطع الغيار البديلة. كما تعطلت اللوحات الإلكترونية والرقمية لكثير من الأجهزة، بسبب القطع المتكرر للتيار الكهربائي، ما هدد حياة العشرات من المرضى في أقسام العناية المكثفة والعمليات. ومن أهم الأجهزة التي تعطلت خلال سنوات الحصار، أجهزة التحليل الكيميائي للدم، وجهاز PCRF لكشف التهاب الكبد الوبائي، وأجهزة تحليل الغازات في الدم المستخدمة في أقسام العناية المركزة. كما منعت سلطات الاحتلال دخول جهاز UPS بحجم كبير قادر على تغطية تشمل قسم الكلى بالكامل تم شراؤه قبل فرض الحصار على القطاع. جدير بالذكر أن قسم الكلى بمستشفى الشفاء بحاجة شديدة لمثل هذا الجهاز الذي من شأنه أن ينقذ حياة عشرات المرضى الذين يغسلون الكلى، خاصة في حالات الانقطاع المفاجئ للتيار الكهربائي، والذي من شأنه أن يمنع تجلط الدم عند المرضى[36].

بدوره يقول رئيس قسم الكلى بمجمع الشفاء الطبي د. عبد الله القيشاوي: "تعاني المستشفيات من نقص في الأجهزة اللازمة لمرضى الكلى، ونتيجة هذا النقص يتأخر علاج المرضى لفترات طويلة، ونتيجة ازدياد اعداد المرضى تزداد ساعات العمل على الاجهزة المحدودة، ما يجعل الاجهزة عرضة للتلف والاستهلاك السريع"[37].

35 – نتائج جرد الأجهزة الطبية في قطاع غزة، ورشة عمل نظمتها إدارة الهندسة والصيانة بوزارة الصحة، غزة، 2010/10/6.

36 – تقرير حصار لم يتوقف واعمار لم يبدأ، يتناول أثر سياسة الحصار الإسرائيلي على المدنيين في قطاع غزة بعد ثلاثة أعوام من العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة، (غزة: المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، نوفمبر 2011)، ص 26.

37 – مرضى الكلى في غزة.. معاناة متفاقمة، نقص الادوية وتعطل أجهزة الغسيل تهددان حياة 600 مريض، (رام الله: جريدة الحياة الجديدة، 2015/7/12)، للمزيد أُنظر رابط الجريدة الالكتروني:
http://www.alhaya.ps/ar_page.php?id=221274y2232948Y221274#sthash.3rvfbUdT.dpuf

ثالثاً: منع المرضى من السفر للخارج لتلقي العلاج

تعجز مستشفيات قطاع غزة معالجة الكثير من الأمراض الخطيرة، بسبب النقص الشديد في المرافق الصحية، ونقص التجهيزات والمعدات الطبية الحديثة ونقص الخبرات البشرية. وتضطر وزارة الصحة – نتيجة لذلك –إلى تحويل مئات المرضى سنوياً للعلاج خارج مستشفيات القطاع، وخاصة مرضى القلب، والأعصاب، والعيون، والأورام.

قبل فرض الحصار الاسرائيلي على قطاع غزة في يونيو 2007 كان عدد المرضى الذين كان يُسمح لهم بالمرور عبر معبر بيت حانون "ايريز" للوصول الى مستشفيات اسرائيل والضفة الغربية المحتلة يزيد عن 50 حالة يومياً. وخلال سنوات الحصار الأولى 2007–2009 قلصت السلطات المحتلة هذا عدد المرضى المسموح لهم باجتياز المعبر والوصول للمستشفيات الاسرائيلية ومستشفيات الضفة الغربية ليصبح أقل من 10 مرضى كمعدل يومي. ومنذ عام 2010 ارتفع العدد ليصل إلى 25–45 حالة يومياً يسمح لهم باجتياز المعبر والوصول للمستشفيات الاسرائيلية ومستشفيات الضفة الغربية، ولا يعتبر هذا العدد كافياً لعلاج مرضى قطاع غزة، خاصة في ظل الزيادة السكانية التي شهدها القطاع منذ عام 2007 وحتى الآن[38].

وفي تطور غير مسبوق، أقدمت السلطات الإسرائيلية خلال فترة الحصار على حرمان فئات جديدة من المرضى من السفر عبر معبر بيت حانون للوصول إلى المستشفيات لتلقي العلاج، وهم المرضى المصابون بأمراض فقدان البصر وبتر الأعضاء، بدعوى أن حالاتهم لا تحتاج إلى إنقاذ حياة، وإنما يحتاجون إلى جودة حياة، وهو ما رفع عدد المرضى الذين رُفضت طلباتهم للوصول إلى المستشفيات المحولين إليها[39].

وفي خطوة تعسفية جديدة بحق المرضى، أقدمت سلطات الاحتلال في نوفمبر 2015، على تحديد عمر مرافقي المرضى المحولين من قطاع غزة للعلاج في مشافي الداخل أو الضفة الغربية، بما لا يقل عن 55 عاما، وقد حرم هذا القرار مئات المرضى من التوجه للعلاج في مشافي الداخل أو الضفة الغربية[40].

ووفقاً لمصادر دائرة العلاج في الخارج في وزارة الصحة برام الله، فقد عرقلت السلطات المحتلة في عام 2012 مرور 734 حالة مرضية محولة للعلاج في المستشفيات الإسرائيلية أو الفلسطينية في الضفة الغربية والقدس المحتلة، وفي عام 2013 عرقلت السلطات المحتلة مرور 1,574 حالة مرضية، وفي عام 2014 عرقلت السلطات المحتلة مرور 3,188 حالة مرضية محولة للعلاج في المستشفيات

---

38 – مصدر المعلومات: الهيئة العامة للشؤون المدنية في غزة.

39 – بيان صحفي: إسرائيل تقيد وصول مرضى قطاع غزة إلى العلاج الطبي الطارئ إذا كان مرضهم لا يهدد الحياة، (غزة: مركز الميزان لحقوق الانسان، 2010/6/30). للاطلاع على البيان أُنظر موقع المركز الالكتروني:
http://www.mezan.org/post/10397

40 – تقرير حالة المعابر 1–30 نوفمبر 2015، (غزة: المركز الفلسطيني لحقوق الانسان)، ص 6.

الإسرائيلية أو الفلسطينية في الضفة الغربية والقدس المحتلة، وفي عام 2015، عرقلت السلطات المحتلة مرور 3,188 حالة مرضية[41].

رابعاً: وفاة عشرات المرضى بسبب الحصار

تسببت الإجراءات القاسية منذ فرض الحصار الاسرائيلي على قطاع غزة في يونيو 2007 في وفاة عدد كبير من المرضى الين يعانون أمراضاً خطيرة ومستعصية بسبب حرمانهم من مغادرة القطاع لتلقي العلاج في الخارج. ووفقاً لوزارة الصحة فقد بلغ عدد المرضى الذين قضوا جراء منعهم من السفر لتلقي العلاج في الخارج 378 مريضاً، وقد قضى هؤلاء المرضى إما بسبب الإجراءات البطيئة والمعقدة والصعوبات التي تضعها سلطات الاحتلال في طريق علاجهم، أو بسبب رفض منحهم تصاريح للمرور عبر حاجز بيت حانون للوصول إلى مستشفيات الضفة الغربية، بما فيها مدينة القدس المحتلة أو المستشفيات الإسرائيلية، أو بسبب عرقلة إجراءات سفرهم عبر معبر رفح البري، للوصول إلى المستشفيات المصرية أو مستشفيات الدول المجاورة، أو بسبب نقص الأدوية والمعدات الطبية في مستشفيات القطاع[42].

خامساً: ابتزاز المرضى واعتقالهم على المعابر التي تسيطر عليها اسرائيل

يعاني مرضى قطاع غزة المحولين للعلاج إلى مستشفيات الضفة الغربية، بما فيها مستشفيات مدينة القدس المحتلة، والمستشفيات الإسرائيلية جراء امتهان كرامتهم الإنسانية، وتعرضهم للابتزاز على أيدي ضباط أمن القوات المحتلة، ومساومتهم على التعاون معها في مقابل منحهم تسهيلات بالحصول على تصاريح مرور للعلاج، وفي حالة عدم استجابة المرضى للمحققين الإسرائيليين وتقديم معلومات لهم، فقد لا يُسمح لهؤلاء المرضى باجتياز المعبر والوصول إلى المستشفيات المحولين لها لتلقي أو استكمال علاجهم[43].

على صعيد متصل اعتقلت سلطات الاحتلال الاسرائيلي عشرات المرضى أو مرافقيهم بمجرد وصولهم المعبر، وقد أفاد عدد من المرضى أن تعرضوا لاستجواب لساعات طويلة قبل أن يتم اعتقالهم رغم تردي أوضاعهم الصحية[44].

41 – التقارير السنوية لدائرة العلاج في الخارج في وزارة الصحة برام الله لأعوام 2012، 2013، 2014، 2015.

42 – للمزيد من المعلومات حول حالات الوفيات الناجمة عن منع المرضى من العلاج في الخارج راجع موقع وزارة الصحة الالكتروني:

http://www.moh.gov.ps/portal

43 – الاحتلال يحول معبر بيت حانون إلى مصيدة للابتزاز والاعتقال وسحب تصاريح، (رام الله: جريدة الأيام، 2016/4/23). للاطلاع على المزيد حول الموضوع أُنظر موقع جريدة الأيام الالكتروني:

http://www.al-ayyam.ps/ar_page.php?id=10d81ef8y282599160Y10d81ef8#

44 – بيان صحفي: قوات الاحتلال تواصل ابتزاز المرضى واعتقالهم، مركز الميزان يستنكر ويطالب المجتمع الدولي بالتدخل لوقف الانتهاكات الإسرائيلية، (غزة: مركز الميزان لحقوق الإنسان، 2016/4/19). للاطلاع على البيان أُنظر موقع المركز الالكتروني:

http://www.mezan.org/post/21845

وقد بلغ عدد المرضى الذين اعتقلتهم قوات الاحتلال على معبر بيت حانون "ايريز" منذ بداية عام 2016، بلغ 5 مرضى، كما اعتقلت قوات الاحتلال خلال نفس الفترة 4 من مرافقي المرضى[45]. بينما اعتقلت قوات الاحتلال خلال عام 2015، 4 مرضى. وفي عام 2014 اعتقلت قوات الاحتلال 3 مرضى واثنين آخرين من مرافقي المرضى[46]، وفي عام 2013 اعتقلت قوات الاحتلال 5 مرضى و3 من مرافقي المرضى[47]، وخلال العام 2012 بلغ عدد المعتقلين من المرضى 4 مرضى، كما أُعتقل اثنين من مرافقي المرضى[48]. ومنذ بداية عام 2009 وحتى نهاية عام 2011 اعتقلت قوات الاحتلال 19 مريضاً، و3 مرافقين لمرضى.

سادساً: انقطاع الكهرباء ونقص الوقود في المنشآت الطبية بفعل الحصار

أكدت وزارة الصحة في غزة أنها تعاني أزمة حقيقية جراء توقف محطة توليد الكهرباء عن العمل، خاصة أنها تعاني من نقص حاد في مخزونها من مادة السولار اللازم لتشغيل المولدات الكهربائية في المستشفيات والعيادات الصحية ومراكز الرعاية الأولية في ظل انقطاع الكهرباء. وأكد د .أشرف القدرة، الناطق باسم الوزارة، أن أكثر من 80% من مرضى قطاع غزة مهددون بتفاقم وضعهم الصحي جراء زيادة عدد ساعات انقطاع التيار الكهربائي وتدهور المخزون الاستراتيجي من السولار المخصص لتشغيل المولدات الكهربائية الموجودة في المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية. كما حذر د .القدرة من كارثة صحية ستطال كافة المرضى في الأقسام الحيوية في المستشفيات بشكل مباشر، والتي تعتمد برتوكولاتهم العلاجية على استمرار التيار الكهربائي المرتبط بالأجهزة الطبية، لاسيما الأطفال الخدج في أقسام الحضانة، ومرضى الفشل الكلوي، والمرضى الراقدين في غرف العناية الفائقة. وأضاف أن انقطاع التيار

45 – بيان صحفي: سلطات الاحتلال تخضع مريضاً للتعذيب وتتسبب في وفاته بسبب حرمانه من العلاج، (غزة: مركز الميزان لحقوق الانسان، 2016/8/15). أُنظر البيان والاحصائية على رابط موقع المركز الالكتروني:
http://www.mezan.org/post/22480

46 – بيان صحفي: مركز الميزان يستنكر ابتزاز واعتقال قوات الاحتلال للمرضى ويطالب برفع الحصار المفروض على قطاع غزة، (غزة: مركز الميزان لحقوق الانسان، 2014/11/24). أُنظر البيان على رابط موقع المركز الالكتروني:
http://www.mezan.org/post/19704

47 – بيان صحفي: قوات الاحتلال تواصل اعتقال المرضى ومرافقيهم، (غزة: مركز الميزان لحقوق الانسان، 2013/2/5). أُنظر البيان والاحصائية على رابط موقع المركز الالكتروني:
http://www.mezan.org/post/17987

48 – بيان صحفي: مركز الميزان يستنكر اعتقال قوات الاحتلال مريضاً أثناء ذهابه لمقابلة المخابرات في معبر بيت حانون، (غزة: مركز الميزان لحقوق الانسان، 2013/1/2). أُنظر البيان والاحصائية على رابط موقع المركز الالكتروني:
http://www.mezan.org/post/16028

الكهربائي يهدد بتوقف العمل في غرف العمليات، أقسام الاستقبال، الطوارئ، النساء والتوليد والمختبرات والأشعة التشخيصية في كافة مستشفيات القطاع في حال استمرت الأزمة[49].

بدوره، أفاد الدكتور كمال أبو عيادة، نائب مدير وحدة العناية المركزة في مستشفى الشفاء، أن النقص الحاد في إمدادات الوقود والكهرباء، يجبر وزارة الصحة على إعلان حالة الطوارئ، مثلما حدث في مرات عديدة (شهر فبراير 2012 نموذجاً). وخلال حالة الطوارئ يتم تعليق كافة العمليات الجراحية باستثناء العمليات الطارئة. كما يتم وقف المكيفات (التبريد والتدفئة)، وتقليص خدمات تنقية المياه والغسيل، ما يترتب عليه آثار واضحة على مستوى النظافة والصحة. وأضاف د .أبو عيادة أن أجهزة مراقبة القلب وضغط الدم تتوقف عن عملها عند انقطاع التيار الكهربائي، حيث تتعطل المجسات الداخلية في الأجهزة الطبية نتيجة انقطاع الكهرباء، الأمر الذي يؤدي إلى اضطراب عمل أجهزة الإنذار، وهو ما يؤدي إلى عدم القدرة على تشخيص حالة المريض بشكل صحيح[50].

المبحث الرابع

موقف القانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الانسان من الانتهاكات الإسرائيلية لحق سكان القطاع في الصحة

نجم عن الحصار الاسرائيلي لقطاع غزة منذ عام 2007 تداعيات خطيرة انعكست سلباً على الواقع الصحي في القطاع، وتسبب ذلك في انتهاكات خطيرة لحقوق سكان القطاع الصحية. يتناول هذا المبحث موقف القانون الدولي الانساني من الانتهاكات الإسرائيلية لحق سكان القطاع في الصحة، وموقف القانون الدولي لحقوق الانسان من الانتهاكات الإسرائيلية لحق سكان القطاع في الصحة.

أولاً: موقف القانون الدولي الانساني من الانتهاكات الإسرائيلية لحق سكان القطاع في الصحة

كفل القانون الدولي الإنساني، الحقوق الصحية للمدنيين بشكل عام، وللمصابين والجرحى على وجه الخصوص، عبر توفير الحماية للجرحى والمرضى، والأطفال والنساء، والسماح بالنقل الحر لإرساليات الأدوية والمواد الغذائية الحيوية، والسماح للطواقم الطبية بتقديم المساعدة والامتناع عن فرض العقوبات الجماعية.

وقد أولت اتفاقية جنيف الرابعة لعام 1949 المتعلقة بحماية المدنيين في زمن الحرب وتحت الاحتلال، عناية واهتماماً خاصين في هذا الصدد، حيث حرصت تلك الاتفاقية على تأمين الحماية الخاصة لعمليات

---

49 – بيان صحفي: كارثة صحية وبيئية تحدق بقطاع غزة جراء انقطاع الكهرباء ونفاذ الوقود، (غزة: المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، 2012/2/15). للمزيد من التفاصيل أُنظر رابط موقع المركز الالكتروني:

http://pchrgaza.org/ar/?p=4228

50 – تقرير "لا حلول في الأفق، أزمة الوقود والكهرباء تشل الحياة في قطاع غزة" حول أثر انقطاع الوقود والكهرباء على حياة السكان المدنيين في قطاع غزة، (غزة: المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، 2012/3/20)، ص 4. للاطلاع على تفاصيل أكثر أُنظر التقرير على موقع المركز الالكتروني:

http://www.pchrgaza.org/files/2012/gaza_report-20-3-2012.pdf

نقل الجرحى والمرضى من المدنيين. وقد نظمت الاتفاقية خدمات الرعاية الصحية، وعمل المستشفيات، وظهر ذلك في عدد من مواد الاتفاقية (15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 38، 63).

أما البروتوكول الإضافي الأول لعام 1977، الملحق لاتفاقيات جنيف المعقودة في 12 آب/أغسطس 1949المتعلق بحماية ضحايا المنازعات الدولية المسلحة، والذي يعتبر مكملاً لاتفاقيات جنيف على دور السكان المدنيين وجمعيات الغوث في إنقاذ الجرحى والمرضى وحمايتهم، وجاء ذلك في المواد (16، 17، 61، 62، 63، 80، 81) من البروتوكول.

كما ألزم القانون الدولي الإنساني، دولة الاحتلال بتأمين الصحة العامة والشروط الصحية وأن توفر بأقصى ما تسمح به وسائلها الأغذية والعناية الطبية لمسكان في الأراضي المحتلة، ونصت على ذلك المادتان (65، 66) من اتفاقية جنيف الرابعة.

كذلك ألزم القانون الدولي الإنساني، دولة الاحتلال بقبول مشاريع الإغاثة التي تعمل لمصلحة السكان، وتوفر لها التسهيلات بكل الوسائل التي تحت تصرفها لتمكينها من تنفيذ عملها داخل الأراضي المحتلة، والتي تقوم بها دول أو هيئات محايدة كاللجنة الدولية للصليب الأحمر، فتلزم دولة الاحتلال بكفالة شحنات الأغذية وضمان حمايتها، وفقاً للمادة (55) من اتفاقية جنيف، ولا تعفي بعثات الإغاثة بأي حال من الأحوال دولة الاحتلال من تحمل مسؤوليتها التامة في أن توفر المؤن الغذائية والمعدّات والخدمات الطبية للسكان المحميين وبأقصى ما تسمح به الوسائل التي تحت تصرفها[51].

وعليه، تعتبر الانتهاكات الخطيرة لحق سكان القطاع في الصحة، والناجمة عن الحصار الذي تفرضه سلطات الاحتلال الإسرائيلي على قطاع غزة، الذي يتسبب في تدهور الأوضاع الصحية، ويحول دون تقديم الخدمات الصحية المناسبة، انتهاكاً صارخاً للقانون الدولي الإنساني.

ثانياً: موقف القانون الدولي لحقوق الانسان من الانتهاكات الإسرائيلية لحق سكان القطاع في الصحة

يلزم القانون الدولي لحقوق الإنسان الدول المصدقة على الاتفاقيات على احترامها والتقيد بما ورد فيها من حقوق. ونظراً لأن اسرائيل منضمة لمعظم الصكوك الدولية المكونة للقانون الدولي الانساني، ونظراً لأنها كذلك ما زالت محتلة لقطاع غزة، فإنه يترتب عليها الالتزام بما نصت عليه هذه الصكوك تجاه سكان قطاع غزة.

وفي الواقع فإن الحصار المفروض على القطاع منذ عام 2007، قد أهدر جميع الحقوق الصحية التي تكفلها الصكوك الدولية المعنية بحماية الحق في الصحة، وعليه فإن الممارسات الاسرائيلية التعسفية الناجمة عن الحصار الاسرائيلي لقطاع غزة قد انتهكت وبشكل جسيم معظم الصكوك الدولية التي تتناول الحق في الصحة، ومنها: الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948)، الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري (1965)، العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

51 – تقرير واقع الحق في الصحة لمرضى السرطان في قطاع غزة، (غزة: مركز الميزان لحقوق الانسان، يونيو 2012)، ص 5.

(1966)، الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقلياً (1971)، الإعلان الخاص بحقوق المعوقين (1975)، اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (1979)، اتفاقية حقوق الطفل (1989)، مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية (1991).

وبالتالي فإن اسرائيل، وفي ضوء انتهاكاتها الجسيمة لحقوق سكان قطاع غزة الصحية، تكون قد أخلت بالتزاماتها وواجباتها بموجب القانون الدولي لحقوق الانسان، فهي لا تحترم حقوق الإنسان ولا تحميها ولا تفي بها بأدنى متطلباتها، بل على العكس تمعن في انتهاكها. وعليه تمثل انتهاكات اسرائيل لكافة الصكوك الدولية ذات الصلة بحقوق الانسان، وبخاصة تلك المتعلقة بالحق في الصحة، وما يترتب على ذلك من إهدار كافة الحقوق الصحية لسكان القطاع انتهاكاً صارخاً للقانون الدولي لحقوق الانسان.

نتائج الدراسة:

خلصت هذه الدراسة التي تبحث أثر الحصار الاسرائيلي على الواقع الصحي في قطاع غزة إلى مجموعة من النتائج، هي كالتالي:

- يمثل الحصار الاسرائيلي المفروض على قطاع غزة منذ عام 2007 شكلاً من أشكال العقوبة الجماعية التي يحظرها القانون الدولي الإنساني، كما يعتبر شكلاً من أشكال القصاص أو الثأر من السكان المدنيين الفلسطينيين المحرم دولياً، وهو بالتالي انتهاك خطير لأحكام القانون الدولي الانساني.

- يعتبر الحصار الاسرائيلي لقطاع غزة انتهاك خطير للقانون الدولي لحقوق الانسان لا سيما المادة (12) من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية لعام 1966، ولا تشكل القيود المحدودة على حرية الحركة المسموح بها في المادة مبرراً لقوات الاحتلال الإسرائيلي لتقييد حرية الحركة للفلسطينيين، حيث أن ما تقوم به تلك القوات ليس فقط انتهاكاً لحرية الحركة، بل حتى لمبدأ التقييد المشار إليه في المادة.

- تسبب الحصار الشامل لقطاع غزة في تدهور الأوضاع الصحية، وتعريض السكان، بمن فيهم المرضى، لأخطار مضاعفة. ونجم تدهور الأوضاع الصحية في القطاع بشكل أساسي عن نقص الإمدادات الطبية، والأدوية، وعن حرمان آلاف المرضى من السفر للعلاج في الخارج، وعن تعرض المرضى المسموح لهم بالسفر للابتزاز أو الاعتقال، وعن انقطاع التيار الكهربائي ونقص الوقود في المستشفيات والمراكز الطبية. وقد أدى ذلك إلى تدهور صحة آلاف المرضى، ووفاة العشرات منهم.

- تعتبر الانتهاكات الخطيرة لحق سكان القطاع في الصحة، والناجمة عن الحصار الذي تفرضه سلطات الاحتلال الإسرائيلي على قطاع غزة، الذي يتسبب في تدهور الأوضاع الصحية، ويحول دون تقديم الخدمات الصحية المناسبة، انتهاكاً صارخاً للقانون الدولي الإنساني.

- تمثل انتهاكات اسرائيل لكافة الصكوك الدولية ذات الصلة بحقوق الانسان، وبخاصة تلك المتعلقة بالحق في الصحة، وما يترتب على ذلك من إهدار كافة الحقوق الصحية لسكان القطاع انتهاكاً صارخاً للقانون الدولي لحقوق الانسان.

توصيات الدراسة:

- **المجتمع الدولي**

– الضغط الدولي الفاعل على سلطات الاحتلال الإسرائيلي لوقف العمل بسياسة الحصار، وذلك من أجل تمكين سكان القطاع من الحركة بحرية، وخاصة المرضى الذين لا يتوفر لهم علاج في مستشفيات القطاع.

– الضغط على سلطات الاحتلال من أجل فتح المعابر المخصصة لإمداد القطاع بالمواد الأساسية، حتى يتسنى للمنشآت الطبية الحصول على كافة احتياجاتها من أدوية ومعدات وأجهزة طبية.

– إجبار سلطات الاحتلال على الالتزام بالقواعد والمبادئ الأساسية التي أقرتها الأمم المتحدة، ومن أهمها الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

– توفير الحماية الدولية للسكان المدنيين الفلسطينيين كما تحددها اتفاقية جنيف الرابعة لعام 1949 الخاصة بحماية المدنيين وقت الحرب وتحت الاحتلال، والعمل بشكل فاعل من أجل وقف الانتهاكات الجسيمة للقانون الدولي الإنساني، التي تواصل سلطات الاحتلال اقترافها ضد المدنيين الفلسطينيين، ويمثل الحصار المحكم المفروض على قطاع غزة أحد أهم أشكالها.

– توفير برامج اغاثية دولية عاجلة لإنقاذ القطاع الصحي المتضرر جراء سياسة الحصار، والمهدد بالانهيار في حال استمر منع توريد الاحتياجات الأساسية اللازمة لعمله، ومنع أي امكانية حقيقية لتطويره ومواكبة التقدم الطبي على مدار عشر سنوات.

– التأكيد على أن التسهيلات المزعومة لسلطات الاحتلال بتخفيف الحصار هي محاولة للتغطية على عدم قانونية هذه السياسة المحظورة وفقاً للقانون الدولي، والمطالبة بإزالة جميع القيود المفروضة على توريد الاحتياجات الطبية وعلى سفر المرضى لتلقي العلاج في مستشفيات خارج القطاع.

- **السلطة الفلسطينية**

– العمل الفوري على إعادة اللحمة الوطنية، وإزالة كافة آثار الانقسام المدمرة، من أجل الخروج من الأزمات القاسية التي يعانيها القطاع، وتوحيد الجهود من أجل رفع الحصار عن قطاع غزة، وفتح كافة المعابر التجارية والمخصصة لعبور للأفراد.

– بذل أقصى الطاقات والجهود للتغلب على الأضرار الكارثية التي لحقت بالقطاع الصحي جراء الحصار المفروض على قطاع غزة.

– تشكيل لجنة طوارئ وطنية عليا لمتابعة أداء القطاع الصحي، والعمل على تقديم التوصيات اللازمة إلى الجهات المعنية لتقوم باتخاذ التدابير اللازمة لإنعاش القطاع الصحي، العاجز عن الوفاء باحتياجات سكان قطاع غزة الصحية.

– تبني سياسات صحية طارئة لإنقاذ المرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة ولا تتوفر امكانية لعلاجهم في مستشفيات القطاع، والعمل على تمكينهم بأقصى سرعة من مغادرة القطاع للوصول إلى مستشفيات الخارج (المتعاقدة مع وزارة الصحة الفلسطينية) الملائمة لعلاجهم.

المراجع:

أولاً: الكتب

- الصكوك الدولية لحقوق الانسان تجميع للتعليقات العامة والتوصيات العامة التي اعتمدتها هيئات معاهدات حقوق الإنسان، (نيويورك: الأُمم المتحدة، 27 مايو 2008).
- ديفيد الميدا وروبرت برلين، دليل دراسي، الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، (الولايات المتحدة الأمريكية، مركز حقوق الإنسان بجامعة منيسوتا، 2003).
- عبد الله الأشعل, هولوكوست غزة في نظر القانون الدولي, (القاهرة: مكتبة جزيرة الورد, الطبعة الأولى، 2010).
- عبد الرحمن محمد علي، وآخرون، إسرائيل والقانون الدولي، (بيروت: مركز الزيتونة للدراسات والاستشارات، الطبعة الأولى، 2011)
- فضل عصام المزيني، أوضاع قطاع غزة الاقتصادية والاجتماعية في ظل الحصار الاسرائيلي، (أبو ظبي: مركز الامارات للدراسات والبحوث الاستراتيجية، الطبعة الأولى، 2014).
- ماهر حامد الحولي وعبد القادر صابر جرادة، التكييف الشرعي والقانوني للحرب على غزة، (غزة: مجلة الجامعة الإسلامية، سلسلة الدراسات الإسلامية، يونيو 2011)، المجلد التاسع عشر، العدد الثاني.

ثانياً: التقارير

- المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، عام على تطبيق اتفاقية المعابر.. عام آخر من معاناة السكان المدنيين الفلسطينيين، غزة، 2006/12/19.
- المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، حالة المعابر في قطاع غزة 2010/7/16-2010/7/31، غزة، 2010/8/1.
- المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، حصار لم يتوقف واعمار لم يبدأ، يتناول أثر سياسة الحصار الإسرائيلي على المدنيين في قطاع غزة بعد ثلاثة أعوام من العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة، غزة، نوفمبر 2011).
- المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، أثر انقطاع الوقود والكهرباء على حياة السكان المدنيين في قطاع غزة، غزة، 2012/3/20.
- المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، استمرار القرار الإسرائيلي بمنع الفئة العمرية من 16-35 من السفر عبر معبر رفح، غزة، 2014/9/15.
- المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، حالة المعابر 1 نوفمبر -30 نوفمبر 2015، غزة، ديسمبر 2015.
- المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، قطاع غزة: خنق حقيقي وتسهيلات مخادعة، غزة، 2015/12/22.

– المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، حالة حقوق الانسان في الأرض الفلسطينية المحتلة، التقرير السنوي لعام 2015، غزة، 2016/6/9.

– مركز الميزان لحقوق الانسان، واقع الحق في الصحة لمرضى السرطان في قطاع غزة، غزة: يونيو 2012.

– وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية، الصيدلة في قطاع غزة، التقرير السنوي لعام 2015، غزة، 2016.

ثالثاً: بيانات وأخبار صحفية

– الأيام، الاحتلال يحول معبر بيت حانون إلى مصيدة للابتزاز والاعتقال وسحب تصاريح، رام الله، 2016/4/23.

– الحياة الجديدة، مرضى الكلى في غزة.. معاناة متفاقمة، نقص الادوية وتعطل أجهزة الغسيل تهددان حياة 600 مريض، رام الله، 2015/7/12.

– المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، كارثة صحية وبيئية تحدق بقطاع غزة جراء انقطاع الكهرباء ونفاذ الوقود، غزة، 2012/2/15.

– المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، المركز يرحب بقرار السلطات المصرية إعادة فتح معبر رفح أمام تنقل سكان قطاع غزة، غزة، 2012/8/27.

– مركز الميزان لحقوق الانسان، إسرائيل تقيد وصول مرضى قطاع غزة إلى العلاج الطبي الطارئ إذا كان مرضهم لا يهدد الحياة، غزة، 2010/6/30.

– مركز الميزان لحقوق الانسان، مركز الميزان يستنكر اعتقال قوات الاحتلال مريضاً أثناء ذهابه لمقابلة المخابرات في معبر بيت حانون، غزة، 2013/1/2.

– مركز الميزان لحقوق الانسان، قوات الاحتلال تواصل اعتقال المرضى ومرافقيهم، غزة، 2013/2/5.

– مركز الميزان لحقوق الانسان، مركز الميزان يستنكر ابتزاز واعتقال قوات الاحتلال للمرضى ويطالب برفع الحصار المفروض على قطاع، غزة، 2014/11/24.

– مركز الميزان لحقوق الإنسان، قوات الاحتلال تواصل ابتزاز المرضى واعتقالهم، غزة: 2016/4/19).

– مركز الميزان لحقوق الانسان، سلطات الاحتلال تخضع مريضاً للتعذيب وتتسبب في وفاته بسبب حرمانه من العلاج، غزة، 2016/8/15.

– وكالة قدس برس للأنباء، سلطات مصر تُعيد إغلاق معبر رفح بعد 5 أيام على فتحه، بريطانيا، 2016/7/5.

رابعاً: ورشات عمل

– نتائج جرد الأجهزة الطبية في قطاع غزة، ورشة عمل نظمتها إدارة الهندسة والصيانة بوزارة الصحة، غزة، 2010/10/6.

خامساً: المواقع الالكترونية

- موقع الأُمم المتحدة الالكتروني
http://www.un.org/ar/documents/udhr
- موقع الاعلانات والاتفاقيات الواردة في قرارات الجمعية العامة، الأُمم المتحدة الالكتروني
https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/795/14
- موقع الصليب الاحمر الالكتروني
https://www.icrc.org/ara/resources/documents/misc/5nsla8.htm
- موقع المفوض السامي لحقوق الانسان، الأُمم المتحدة الالكتروني
http://www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx
- موقع المركز المصري لتعليم حقوق الانسان الالكتروني
http://echre.org/old_ar/rights/moaak.html
- موقع المعهد العربي لحقوق الانسان الالكتروني
http://aihr-iadh.net/pdf/international principedeprotection.pdf
- موقع المركز الفلسطيني لحقوق الانسان الإلكتروني
http://pchrgaza.org/ar/?p=4372
- موقع جريدة الأيام الالكتروني
http://www.al-ayyam.ps/ar_page.php?id=10d81ef8y282599160Y10d
- موقع جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني الإلكتروني
https://www.palestinercs.org/ar/inside.php?page=69&catid=2
- موقع جريدة الحياة الجديدة الالكتروني
http://www.alhaya.ps/ar_page.php?id=221274y2232948Y221274#sthash.3rvfbUdT.dpuf
- موقع جامعة منيسوتا الالكتروني
http://hrlibrary.umn.edu/arabic/SGrighttohealth.html
- موقع مركز موارد العدالة الاجتماعية الالكتروني
http://www.sjrcenter.org/media/k2/attachments/3_2.pdf
- موقع منظمة الأمم المتحدة للطفولة "يونيسف" الالكتروني:
http://www.unicef.org/arabic/crc/files/cedaw_arabic.pdf
- مركز موارد العدالة الاجتماعية الالكتروني
http://www.sjrcenter.org/media/k2/attachments/3_2.pdf
- موقع مركز الميزان لحقوق الالكتروني
http://www.mezan.org/post/10397
- موقع قدس برس الالكتروني
http://www.qudspress.com/index.php?page=about

– موقع وزارة الصحة الالكتروني
http://www.moh.gov.ps/portal

سادساً: المراجع باللغة الانجليزية

- International Human Rights Instruments, (New York: United Nations, vol.1, 27 may 2008).
- Jean Pictet, "Commentary: IV Geneva Convention Relative to the Protection of Civilian Persons in Time of War, Geneva: International Committee of the Red Cross "ICRC", 1958).
- Richard Falk, Report of the Special Rapporteur on the situation of human rights in the Palestinian territories occupied since 1967, (New York: United Nations, General Assembly, Human Rights Council), 10 January 2011.

جريمة إفشاء الأسرار الطبية

القاضي الدكتور / عبد القادر جرادة

أستاذ القانون الجنائي المشارك

ملخص الدراسة:

إن طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض تتيح للأول الاطلاع على خصوصيات وأسرار مريضه التي لا يبوح بها الأخير إلا مضطراً.

وسواء أكان السر متعلقاً بنفس المرض أم بخصوصيات أخرى اطلع عليها الطبيب بحكم رسالته، فإن هذا السر أمانة في عنقه؛ فإذا ما قام بإفشاء أسرار المريض، فقد تترتب عليه مسئولية جزائية ومدنية وإدارية.

Abstract

The nature of the relationship between doctor and patient allows the doctor to have access to private information and secrets of his patient that the patient would not reveal voluntarily. Whether the secret relates to the actual medical condition or disease or other information exposed to the doctor as part of his work, this information is protected under **Physician**–patient privilege. If the physician violates the privacy of the patient or his confidentiality, it may lead to criminal ،civil and administrative liability**.**

بسم الله العدل وبهداه الحق

خير بداية دوماً وأبداً هي البدء بحمد الله ﷻ على نعمه التي لا تحصى، وفضله الذي لا يعد، عليه توكلنا وإليه أنبنا وبه نستعين. والصلاة والسلام على المبعوث هداية للخلق سيدنا محمد ﷺ.

مقدمة:

التداوي بواسطة التطبيب رسالة نبيلة رائدة في تعاملها المباشر مع الإنسان؛ جسداً وروحاً ومشاعر؛ تهدف إلى شفاء المريض من علته بدواء مشروع.

ومن ثم فمن البديهي أن يفترض في الطبيب التميز بخصال وصفات متعددة ومتميزة، حيث إن المريض يتعرى تماماً من أحاسيسه الذاتية ومن سواتره الخارجية أمامه؛ كاشف عن دواخل نفسه ومكنوناته وعن غطاء بدنه وحواجزها دون تحفظ ولا مواربة.

ولا ريب أن كل طبيب مسئول عن أعماله الطبية، وإقرار هذا المبدأ يبعد فكرة الحصانة الطبية، ويؤمن حماية المرضى أو تعويضهم عن الضرر الحاصل لهم، إذ ليس من المتصور أن تقوم رسالة الطب دون تقييدها بمسئولية قانونية بعدما أباح الشارع للطبيب التصرف في أبدان الناس وعقولهم ومشاعرهم؛ وفقاً لضوابط معينة.

ولا يختلف اثنان على خطورة تسريب معلومات المرضى وأسرارهم، فمن المسلم به في مهنة الطب، أن تسود الثقة بين الطبيب والمريض، فلا يجوز إفشاء معلوماتهم وأسرارهم، ولا أن تستباح ملفاتهم؛ إلا بقيود مشددة نص عليها الشارع الفلسطيني.

فطبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض تتيح للأول الاطلاع على خصوصيات وأسرار مريضه التي لا يبوح بها الأخير إلا مضطراً، وسواء أكان السر متعلقاً بنفس المرض أم بخصوصيات أخرى اطلع عليها بحكم رسالته الطبية، فإن هذا السر أمانة في عنقه؛ فإذا ما قام بإفشاء أسرار المريض، فقد تترتب عليه مسئولية جزائية ومدنية وإدارية.

ولا يكون لذلك تأثير عملي؛ إلا بالتأثيث لقواعد قانونية ملزمة تساءل الأطباء ومن في حكمهم على أساس الالتزامات في جميع مراحل العمل الطبي؛ حتى لا تتخلف دائرة الجزاء الجنائي تحت ذريعة عدم توافر ركن الضرر والعلاقة السببية في الجرائم الطبية.

ثانياً: أهمية الموضوع:

1- تكمن أهمية دراسة جريمة إفشاء الأسرار الطبية في مدى حساسية الموضوع، والذي عرف نقاشاً قانونياً وفقهياً وقضائياً على مر الأزمان، حيث أحدث جدلاً واسعاً حول الأسس القانونية التي على أساسها يمكن إثارة المسئولية الجزائية والمدنية والإدارية للطبيب عن مسلكياته المؤثمة.

2- القصور التشريعي الفلسطيني في ضبط النصوص الجزائية التي تجرم مفهوم إفشاء الأسرار الطبية بشكل واضح وصريح، دونما الرجوع والركون إلى القواعد العامة.

3- مزاحمة بعض المبادئ المتعارف عليها طبياً للاجتهاد القضائي في مراقبته للعمل الطبي لأجل مساءلة الأطباء عن إفشاء الأسرار الطبية في شقها الجزائي.

4- يترتب على إفشاء الأسرار الطبية آثار سيئة وأضرار عظيمة وعواقب وخيمة تتفاوت بحسب طبيعة السر ونوعه؛ لذلك لا مناص من الحفاظ على سر المهنة من خلال نظام قانوني شامل متماسك موضحاً طبيعة السر وحدوده وعقوبة إفشاءه.

5- إن إفشاء أسرار المرضى قد يؤدي إلى تضارب في المصالح بين مصلحة المريض في حفظ سره وبين المصالح الأخرى: كالتعلم والبحث العلمي والتقارير الطبية؛ ومن هنا وجب مراعاة المصالح بشكل يؤكد رعايتها دون الإخلال بواجب حفظ السر وكتمانه.

6- تسليط الضوء على موضوع الحماية الجزائية للأسرار الطبية يفيد في زيادة الوعي القانوني على مختلف المستويات سواء للأطباء أم للمواطنين، وتعريفهم بنظام الحماية المقررة لتلك الأسرار خاصة في ظل عدم احترامها بشكل واسع، والمشاهد أن هناك إهمالاً كبيراً في جعل الملفات الطبية مشاعة لكل الناس في المجتمع الفلسطيني وتتناقلها الأيدي دون أي تحفظ؛ مما يعرض أسرار المرضى للإفشاء دون وجه حق.

7-إن مسؤولية الطبيب من أهم الأبحاث القانونية المعاصرة والتي كثرت فيها الإسهامات واتسع حولها النقاش؛ إلا أن هذه الأبحاث تطرقت عرضاً لأهم مسئوليات الطبيب وهي ضرورة الحفاظ على أسرار المريض، ولم تستوعب بصورة كافية مشكلة إفشاء السر الطبي، حيث لا يزال الفراغ القانوني حول هذا الموضوع يدعونا للبحث والنقاش سيما أن علم الطب هو علم متطور ومتجدد ويحقق المزيد من المنجزات العلمية؛ الأمر الذي يستدعي مواكبة التشريعات لهذا التطور، وبالتالي استمرار الاجتهاد والدراسة حول هذا الموضوع.

8-إن الجهل بالقانون الطبي الفلسطيني المتراكم عبر سنين خلت، يُعد سلاحاً بتاراً ضد المسئولية الجزائية للطبيب ومن في حكمه عن إفشاء الأسرار الطبية.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

1 – بيان مفهوم الحماية الجنائية للأسرار الطبية في القانون الفلسطيني مع الاشارة الى بعض التشريعات المقارنة لتعم الفائدة.

2 – بيان مصادر تجرم إفشاء الأسرار الطبية في القانون الفلسطيني المتناثرة في مجموعة من التشريعات الفرعية وركنا الجريمة والجزاء الجنائي المقرر لها.

3 – بيان المصالح التي يحميها الشارع من خلال تأثيم إفشاء الأسرار.

4 – بيان الحالات القانونية التي يجوز فيها إفشاء السر الطبي.

رابعاً: إشكالية الدراسة:

تنحدر اشكالية الدراسة من محتوى وماهية جريمة إفشاء الأسرار الطبية، فتتوسع بذلك متاهة القاضي في ضبط الأمور القانونية؛ حتى بوجود الخبرة القضائية لتكوين قناعته الشخصية، وبالتالي يصعب الترجيح في مجال الإثبات لجهة على حساب أخرى-المرضى أو الأطباء-في المنازعات الطبية الجزائية؛ وذلك أمام تخلف النصوص التشريعية الفلسطينية العامة والتشريعات الطبية في تحديد سياق عام قوامه المسئولية الجزائية الطبية.

وهي إشكالية تتمحور في سؤال عريض موجه بالخصوص السلطتين: التشريعية والقضائية؛ باعتبار الأخيرة رمزاً لإحقاق الحقوق وحماية الضعفاء وتحقيق العدالة، فإلى أي حد يمكن القول بتوفيق القضاء بين معادلة حماية حقوق المرضى في حماية أسرارهم، وبين حق الطبيب في ممارسة عمله؟

وتتفرع عنها مجموعة من التساؤلات نختزلها في سؤال موجه للمجلس التشريعي:

* يتأسس حول صمت هذا الأخير عن فراغ النصوص المنظمة للمجال الطبي في ضبط العلاقة بين الطبيب والمريض، وإلى متى؟

ويتفرع عن هذا السؤال العديد من الأسئلة منها:

1 – ما المقصود الطبيب ومن في حكمه؟

2- ما المقصود بجريمة إفشاء الأسرار الطبية؟

3 – ما خطورة جريمة إفشاء الأسرار الطبية؟

4 – مما يتكون ركنا جريمة إفشاء الأسرار الطبية؟

5 – ما حالات إباحة إفشاء السر الطبي؟

6 – ما الجزاء الجنائي المقرر لجريمة إفشاء الأسرار الطبية؟

خامساً: منهجية البحث:

اعتمدنا في هذه الدراسة على أسلوب علمي بحثي متوازن يؤدي الغرض والغاية المرجوة منه، وهو الأسلوب التحليلي التأصيلي للنصوص التي تنظم القوانين الطبية الفلسطيني التي تتناول جريمة إفشاء الأسرار الطبية، وذلك من خلال إلقاء الضوء عليها بشكل أوسع وبصورة موضوعية بهدف استجلاء حقيقتها، وبيان موقفنا تجاهها فيما يتصل بما فيها من ثغرات تشريعية.

فهذا المنهج يربط بين نصوص التشريع والمصلحة المحمية، مع ضرورة الربط والتأثير في فهمه وتحليله وتأصيله بالسياسة الجزائية التي يتبعها التشريع الفلسطيني؛ لأن الأخير يستمد وجوده من المصلحة الاجتماعية التي يعبر عنها المشرع، فيصبح التشريع مادة حية واقعية متطورة.

خامساً: هيكلية البحث:

لم يكن بالسهل اختيار خطة متوازنة تحقق الغاية من دراستنا؛ نظراً لحداثة هذه النوعية من الدراسات الفلسطينية من جهة، ومن جهة أخرى التداخل والتعقيد والتشتت والتعدد الذي تشرئب به هذه النوعية من الجرائم؛ مما أوصلنا لخطة تستهدف البيان والشرح والتعليق والنقد البناء والتوصية الهادفة؛ وذلك على نحو ما هو تالٍ:

المبحث الأول: المقصود بالطبيب.

المبحث الثاني: ماهية إفشاء الأسرار الطبية.

المبحث الثالث: ركنا جريمة إفشاء الأسرار الطبية.

المبحث الرابع: إباحة وعقوبة إفشاء الأسرار الطبي.

المبحث الأول: المقصود بالطبيب:

المطلب الأول: التعريف الفقهي للطبيب:

عنى الفقهاء بوضع مفهوم ملائم للعمل الطبي حيث ضيقه البعض بتعريفه بأنه النشاط الذي يباشره شخص متخصص بغية شفاء الغير؛ وذلك وفقاً للأصول والقواعد الطبية المقررة في علم الطب [1].

وهناك اتجاه آخر وسع من مفهومه بحيث يشمل جميع مراحله من فحص وتشخيص وعلاج، فعرفه البعض بأنه كل فعل يهدف إلى شفاء المريض ووقايته من الأمراض [2].

---

[1] انظر في موقف ذلك الفقه: د. محمود القبلاوي، المسئولية الجنائية للطبيب، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2011م، ص 5، 6.

[2] د. نظام المجالي، شرح قانون العقوبات، القسم العام، الكتاب الأول، مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 1998م، ص 193.

المطلب الثاني: التعريف القانوني للطبيب:

عرف قانون الصحة العامة الفلسطيني الطبيب بأنه: كل طبيب مرخص له قانوناً بمزاولة أي من المهن الطبية.

وعرف المهن الطبية بأنها: مهن الطب البشري أو طب الأسنان أو الصيدلية.

أما المهن الصحية المساعدة فهي: مهن التمريض، التشخيص بالأشعة، المختبرات الطبية، فحص البصر، تجهيز النظارات الطبية والعدسات، فحص السمع وتجهيز وسائل تحسين السمع، القبالة، التخدير، العلاج الطبيعي ومعامل الأسنان وأية مهنة أخرى تقرها وزارة الصحة [1].

ونص ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب على أنه[2]: " لا يجوز ممارسة مهنة الطب البشري؛ إلا بتصريح من نقابة الأطباء البشريين وبعد أداء القسم شفاهة أو كتابة ويُراعى عند تسجيل الأطباء بسجلات النقابة المصوغات القانونية اللازمة، كما يشار إلى لائحة ميثاق شرف مهنة الطب عند البدء بالعمل في الامتياز قبل التخرج مهنياً ".

ويحظر المشرع الفلسطيني على أي شخص أن يمارس الطب أو أن يتظاهر، مباشرة أو ضمناً، بأنه يمارس الطب أو أنه مستعد لممارسة الطب؛ إلا إذا كان مصرحاً بذلك.

وليس في قانون أطباء الصحة ما يؤخذ بأنه يمنع [3]:

أ- أي شخص مصرح له بممارسة طب الأسنان، أو صيدلي مجاز أو قابلة مجازة من ممارسة مهنهم بمقتضى القانون المتعلق بها .

ب- أية ممرضة أو أي شخص آخر من تمريض المرضى.

ج- أي شخص من إسداء المشورة أو المعالجة من وقت إلى آخر بلا مقابل أو أجر، أو من الاشتغال مباشرة تحت إشراف شخص مصرح له بممارسة الطب.

وإن الأشخاص المشار إليهم أدناه مصرح لهم بممارسة الطب [4]:

أ- الأشخاص الذين يحملون أو يعتبرون أنهم يحملون إجازة بممارسة الطب صادرة بمقتضى قانون أطباء الصحة.

ب- الأشخاص الذين يحملون تصريحاً مؤقتاً بممارسة الطب.

---

[1] راجع: المادة (1) من قانون الصحة العامة الفلسطيني رقم (20) لسنة 2004م والتي عرفت المؤسسة الصحية بأنها: " كل مؤسسة مرخص لها قانوناً لاستقبال المرضى وعلاجهم سواء أكانت مشفى أم عيادة أم مركزاً صحياً أم غير ذلك.

[2] راجع: المادة (2) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

[3] راجع: المادة (3) من قانون أطباء الصحة الفلسطيني (58) لسنة 1947م.

[4] راجع: المادة (4) من قانون أطباء الصحة الفلسطيني رقم (58) لسنة 1947م.

نصت المادة (19) من قانون أطباء الصحة الفلسطيني رقم (58) لسنة 1947م على أنه: " ينشر في الوقائع الفلسطينية اسم وعنوان كل شخص منح إجازة أو تصريحاً أو جددت إجازته أو تصريحه بمقتضى هذا القانون، وكل شخص ألغيت إجازته أو تصريحه، أو أوقف العمل بأي منهما ".

ولا تمنح إجازة بممارسة الطب؛ إلا للفلسطينيين أو للذين حصلوا على إذن يجيز لهم الإقامة الدائمة في فلسطين [1].

وإن طلب الحصول على إجازة بممارسة الطب المقدم من أي فلسطيني أو من أي شخص حصل على إذن يجيز له الإقامة الدائمة في فلسطين، يجب أن يرفع إلى المدير، ويمنح المدير الإجازة للطالب مع مراعاة أحكام القانون؛ إذا اقتنع [2]:

أ- بأنه من ذوي الأخلاق الحميدة.

ب- وبأنه درس علم الطب مدة خمس سنوات على الأقل في جامعة أو مدرسة طبية معترف بها من المدير ونال دبلوماً يعترف به المدير.

ج- وبأنه لم يفقد جنسيته الفلسطينية أو الإذن الذي يجيز له الإقامة الدائمة في فلسطين.

ويستوفى رسم قدره جنيهان عن منح إجازة ممارسة الطب التي يمنحها المدير [3].

ويجوز للمدير أن يمنح تصريحاً مؤقتاً بممارسة الطب لمدة لا تزيد على ستة أشهر، في أية حالة يرى فيها ذلك ضرورياً، أو ريثما تتم معاملة إصدار الرخصة، ويجوز له بمحض إرادته أن يجدد ذلك التصريح. ويستوفى رسم قدره (500) مل عن كل تصريح مؤقت بممارسة الطب، وعن تجديد هذا التصريح . ويترتب على كل شخص يحمل تصريحاً مؤقتاً أن يسلمه إلى المدير لدى انتهاء أجله [4].

---

[1] راجع: المادة (1/5) من قانون أطباء الصحة رقم (58) لسنة 1947م.

[2] راجع: المادة (2/5) من قانون أطباء الصحة رقم (58) لسنة 1947م.

[3] راجع: المادة (3/5) من قانون أطباء الصحة رقم (58) لسنة 1947م.

[4] نصت المادة (7) من قانون أطباء الصحة رقم (58) لسنة 1947م على أنه : 1 – إذا منح الطالبون الحد الأعلى لعدد الإجازات بممارسة الطب التي يجوز للمدير منحها في أية سنة معينة بمقتضى الفقرة (2) من المادة الخامسة، يجوز لأية مؤسسة طبية أو علمية في فلسطين معترف بها من المدير، أن تقدم طلباً إلى المندوب السامي لمنحها إجازة بممارسة الطب في تلك المؤسسة وبالنيابة عنها فقط لأي شخص يحمل الجنسية الفلسطينية، أو إذناً يجيز له الإقامة الدائمة في فلسطين، ويمنح المندوب السامي إجازة للشخص المسمى في ذلك الطلب إذا اقتنع : أ – بأنه من ذوي الأخلاق الحميدة . ب –وبأنه درس علم الطب مدة خمس سنوات على الأقل من جامعة أو مدرسة طبية معترف بها من المدير ونال دبلوماً يعترف به المدير. ج –وبأنه سيمارس الطب خصيصاً في تلك المؤسسة أو بالنيابة عنها.

2 –يجوز للمندوب السامي بأمر موقع بإمضائه، أن يلغي إجازة الطب الممنوحة لأي شخص بمقتضى الفقرة (1) من هذه المادة، إذا اقتنع بأن الشروط المدرجة في البند (ج) من الفقرة المذكورة لم تراع أو توقفت مراعاتها: ويشترط في ذلك، أن لا يصدر أمر بإلغاء الإجازة إلا إذا أتيح للشخص المختص وللمؤسسة المختصة عرض القضية كتابة على المندوب السامي.

3 –يستوفى رسم قدره جنيهان عن إجازة ممارسة الطب التي يمنحها المندوب السامي ".

فالمشرع أوجب أن يمارس العمل الطبي شخص له صفة الطبيب أي شخص رخص له القانون بمزاولة مهنة الطب، فلا يكفي لتوافرها الحصول على بكالوريوس الطب، بل يلزم فوق ذلك أن يكون هناك ترخيص بمزاولتها صادراً عن الجهة المختصة وفقاً للقوانين واللوائح والأنظمة المعمول بها [1].

ولذا فالأصل أن أي كشف لأسرار المريض أو المساس ببدنه يجرمه قانون العقوبات وقانون مزاولة مهنة الطب، وإنما يبيح الشارع سلوك الطبيب بسبب حصوله على إجازة علمية طبقاً للقواعد واللوائح، وهذه الإجازة هي أساس الترخيص الذي تتطلب التشريعات الخاصة بالمهنة الحصول عليه قبل مزاولتها فعلاً.

وينبني على القول بأن أساس عدم مسئولية الطبيب استعمال الحق المقرر بمقتضى التشريع، أن من لا يملك حق مزاولة مهنة الطب يسأل عما يكشفه من أسرار؛ باعتباره معتدياً [2].

هذا وقد عرف المشرع الفلسطيني (دبلوم) بأنه: " دبلوماً أو درجة علمية أو عضوية أو إجازة أو تفويضاً بممارسة الطب أو أية وثيقة أو شهادة أو أية درجة أو وثائق منحتها جامعة أو هيئة مسجلة أو كلية أو هيئة أخرى أو دائرة حكومة في أية بلاد، أو منحها أشخاص يعملون بتفويض من حكومة تلك البلاد " [3].

ويراد بعبارة (الشخص المصرح له بممارسة طب الأسنان) أي شخص مصرح له بممارسة طب الأسنان بمقتضى المادة الرابعة من قانون أطباء الأسنان لسنة 1945م [4].

ويقصد بعبارة (الشخص المصرح له بممارسة الطب)، أي شخص مأذون بممارسة الطب بمقتضى المادة الرابع [5].

---

[1] نصت المادة (81) من قانون الصحة العامة الفلسطيني رقم (20) لسنة 2004م على أنه: " مع عدم الإخلال بأية عقوبة أشد ينص عليها قانون أخر يعاقب كل من يخالف أي حكم من أحكام هذا القانون بالحبس مدة لا تزيد على سنتين وبغرامة لا تزيد على ألفي دينار أو بإحدى هاتين العقوبتين". ونصت المادة (82) منه على أنه: " 1-تكون عقوبة الحبس وجوبية إذا ترتب على المخالفة خسارة في الأرواح أو أضرار جسيمة في الأموال. 2-تضاعف العقوبة في حال تكرار المخالفة ".

[2] نقض جنائي مصري رقم (2260) لسنة 50 ق، جلسة 3/2/ 1981م، س 32، ص 196. نقض جنائي مصري رقم (21861) لسنة 67 ق، جلسة 12/11/ 2006م، س 57.

[3] راجع: المادة (2) من قانون أطباء الصحة الفلسطيني رقم (58) لسنة 1947م.

[4] نصت المادة (4) من قانون أطباء الأسنان لسنة 1945م على: " إن الأشخاص المشار إليهم أدناه مصرح لهم بممارسة طب الأسنان:

أطباء الأسنان المتوفرة فيهم المؤهلات، الذين يحملون أو يعتبرون أنهم يحملون إجازة بممارسة طب الأسنان صادرة بمقتضى هذا القانون، أو الذين يحملون تصريحاً مؤقتاً بممارسة طب الأسنان بمقتضى المادة الخامسة ".

الأشخاص الذين يحملون تصريحاً بممارسة طب الأسنان بمقتضى أحكام المادة السابعة من هذا القانون، أو بمقتضى المادة.

[5] نصت المادة (10) من قانون أطباء الصحة الفلسطيني رقم (58) لسنة 1947م على أنه: " 1 -لا يجوز لأي شخص، إذا لم يكن مصرحاً له بممارسة الطب، أن يستعمل لقب" طبيب" أو "جراح" أو "صيدلي" أو أي لقب أو نعت من هذا القبيل، سواء أعبر عنه بألفاظ أم بحروف تدل على أنه حائز المؤهلات الطبية. 2 -لا يجوز لأي شخص مصرح له بممارسة الطب أن يتخذ لنفسه أو

وقد قضت محكمة النقض: " أن انتحال شخص صفة الطبيب ليعالج المرضى مقابل أتعاب يتقاضاها منهم لا يكفي لعده مرتكباً جريمة النصب على اعتبار أن ذلك لا يكون سوى جريمة مزاولة مهنة الطب بغير حق ليس صحيحاً على إطلاقه، فإنه إذا استعمل المتهم؛ لكي يستولى على مال المرضى، طرقاً احتيالية لحملهم على الاعتقاد بأنه طبيب بحيث لولا ذلك لما قصدوه ليتولى معالجتهم كانت جميع العناصر القانونية لجريمة النصب متوافرة في حقه.

وإذن فإن إدارة المتهم مستوصفاً للعلاج، وظهوره- وهو غير مرخص له بمزاولة مهنة الطب- أمام المرضى الذين يؤمون المستوصف بمظهر طبيب، انتحاله شخصية دكتور أجنبي وتكلمه بلهجة أجنبية للإيهام بأنه هو ذلك الدكتور، ثم انتحاله اسم دكتور آخر وارتداؤه معطفاً أبيض كما يرتدى الأطباء، وتوقيعه الكشف على المرضى بسماعة يحملها لإيهامهم بأنه يفحصهم، واستعانته بامرأة تستقبلهم وتقدمهم إليه على أنه هو الدكتور- كل ذلك يصح اعتباره من الطرق الاحتيالية، إذ هو من شأنه أن يوهم المرضى فيدفعون إليه أتعاباً ما كانوا ليدفعوها إلا لاعتقادهم بأنه حقيقة طبيب " [1].

وقد يسمح الشارع لبعض الأشخاص من غير الأطباء بممارسة أعمال طبية معينة مثل: الحكيمات والقابلات والممرضات، وهؤلاء يعتبرون في حكم الأطباء بالنسبة للأعمال التي يمارسونها، أي إن الإباحة لهم تنصرف فقط إلى الأعمال المصرح لهم قانوناً القيام بها.

وقد نص المشرع الفلسطيني على أنه [2]: " 1- يجوز لأي شخص مصرح له بممارسة الطب أن يستخدم تحت إشرافه الشخصي ممرضات ومضمدين ومساعدين في ممارسة مهنته، غير أنه لا يجوز له أن يسمح لأي شخص غير مصرح له بممارسة الطب بمداواة المرضى أو معالجتهم أو إجراء عمليات لهم في الأحوال التي تستدعي حذقاً طبياً أو براعة طبية.

2- كل شخص مصرح له بممارسة الطب ساعد شخصاً آخر غير مصرح له بممارسة الطب على مداواة شخص أو معالجته أو على إجراء عملية له إما باستعمال مخدر أو بغير ذلك، في أحوال تستدعي حذقاً طبياً أو براعة طبية، يعتبر أنه سلك سلوكاً شائناً بمهنته بصفته شخصاً مصرحاً له بممارسة الطب، ويجوز إلغاء إجازته أو تصريحه، حسب مقتضى الحال، أو إيقاف العمل بأي منهما بمقتضى المادة التاسعة ".

يستعمل أو يضع على محله أو عيادته أو فيما يتعلق بمهنته أي لقب أو وصف من شأنه أن يبعث على الاعتقاد، ضمن الحد المعقول، بأنه حائز على درجة أو مؤهلات في مهنته تختلف عن درجته أو مؤهلاته الحقيقية التي ذكرها في طلب الإجازة أو التصريح الذي قدمه للمدير، أو في أي طلب تال (إن كان قد قدم طلباً آخر (ووافق عليه المدير: ويشترط في ذلك أن لا يجوز منع شخص مصرح له بممارسة الطب من استعمال لقب "دكتور".

[1] نقض جنائي مصري رقم (1480) لسنة 12 ق، جلسة 6/22/ 1942م، س 5 ع، ص 690.

[2] راجع: المادة (13) من قانون أطباء الصحة الفلسطيني رقم (58) لسنة 1947م.

وينبني على ذلك أنه لا يستفيد من سبب الإباحة من يباشر أعمالاً طبية دون أن يكون حاصلاً على ترخيص له بذلك قانوناً؛ حتى لو كان لديه من الخبرة والدراية ما يجعله في مستوى الأطباء الحقيقيين حتى ولو لم ينتج عن تدخله أي ضرر؛ بل حتى لو كان تدخله برضاء المريض وترتب عليه الشفاء [1]، ففي هذه الحالة يسأل الشخص عن جريمة مزاولة مهنة الطب بدون ترخيص إلى جانب ما ينتج عن تدخله من سلوكيات مثل: الجرح أو إعطاء مواد ضارة أو الوفاة، اللهم إلا إذا توافرت شروط الضرورة في تدخله.

هذا وجدير بالإشارة إلى أنه إذا ظهر لرئيس دولة فلسطين المحتلة، بناءً على شكوى وزير الصحة، أو أي شخص لحق به ضرر، أن شخصاً صرح له بممارسة الطب:

1- سلك سلوكاً شائناً بمهنة الطب بصفته شخصاً مصرحاً له بممارسة هذه المهنة، أو حصل على الإجازة أو التصريح بالاستناد إلى بيانات كاذبة.

2- ثبت أنه غير كفؤ للقيام بواجباته كشخص مصرح له بممارسة الطب أو أنه كثير الإهمال في أثناء قيامه بتلك الواجبات.

3- قد خالف بإصرار أحكام هذا القانون، أو تخلف عن مراعاتها.

4- قد أدين بارتكاب جرم جزائي، ولم يكن ذلك الجرم مما ينطبق عليه هذا القانون.

ويجوز له أن يلغي بأمر موقع بإمضائه الإجازة التي يحملها أو التصريح الذي يحمله ذلك الشخص، أو أن يأمر بإيقاف العمل بأي منهما للمدة التي يعينها في الأمر.

ويشترط في ذلك ألا يصدر أمر بإلغاء أية إجازة أو تصريح أو بتوقيف العمل بأي منهما؛ إلا بعد أن تتاح الفرصة للشخص الذي قدمت الشكوى بحقه لتقديم لائحة كتابية يبسط فيها دفاعه، أو بعد أن يبسط دفاعه أمام لجنة تتألف من الوزير ومن أي أشخاص يسميهم رئيس السلطة ويكون أحدهم ممثلاً عن النائب العام.

وترفع هذه تقريراً كتابياً إلى رئيس السلطة الوطنية.

ويعتبر أي شخص أنه قد أتيحت له فرصة لتقديم لائحة كتابية يبسط فيها دفاعه، إذا أرسل إليه شخصاً إشعار بإلغاء الإجازة أو التصريح أو توقيف العمل المنوي إجراؤه قبل ثلاثين يوماً على الأقل من ذلك الإلغاء أو التوقيف، أو إذا ترك ذلك الإشعار له في عنوانه الأخير المعروف، أو أرسل إليه بالبريد المسجل معنوناً باسمه إلى عنوانه الأخير المعروف.

ويجوز لوزير الصحة، بأمر يصدره موقع بإمضائه، أن يلغي أية إجازة أو تصريح بممارسة الطب، إذا اقتنع بأن حامل الإجازة أو التصريح:

1-قد فقد حقه في الإقامة الدائمة في فلسطين.

---

[1] نقض جنائي مصري رقم (230) لسنة 7 ق، جلسة 1/4/ 1937م، س 4 ع، ص 31.

2-أو قد توفى.

ولدى صدور أمر بإلغاء الإجازة أو التصريح، أو بتوقيف العمل بأي منهما بمقتضى هذه المادة، يترتب على حامل الإجازة أو التصريح، أن يسلم الإجازة أو التصريح للوزير، وإذا توفي حامل الإجازة أو التصريح، يترتب على ممثله الشخصي القانوني أن يسلم الإجازة أو التصريح لوزير الصحة.

ويجوز لكل من لحقه حيف من جراء الأمر الصادر بإلغاء إجازته أو تصريحه أو إيقاف العمل بأي منهما، أن يستأنف ذلك الأمر خلال ثلاثة أشهر من تاريخ تسلمه إشعاراً بصدوره، إلى المحكمة العليا، بصفتها محكمة عدل عليا. وللمحكمة العليا لدى النظر في الاستئناف، أن تصدر الإنهاءات التي تستصوبها في القضية، بما في ذلك مصاريف ورسوم الاستئناف، ويكون الأمر الذي تصدره المحكمة العليا نهائياً ومبرماً [1].

وعلى ضوء من تقدم: يجب أن يكون الشخص الملزم بكتمان السر قد أُودع لديه بمقتضى مهنته أو وظيفته الدائمة أو المؤقتة .

على أن النص على طائفة الأطباء ليس نصاً حصرياً؛ ذلك أن القانون يعاقب أيضاً على جريمة الإفشاء متى كانت واقعة من طرف أشخاص آخرين ليسوا أطباء، ولكن لهم اتصال بالأطباء بحكم مهنتهم أو وظيفتهم التي تتيح لهم فرصة الاطلاع على أسرار المرض: كالممرضين وكذا طلبة الطب الذين يتدربون في المشافي [2].

أما عمال السكرتارية والفراشين، فلا يلزم هؤلاء بالمحافظة على السر الطبي وأساس ذلك هو عدم اتصال أعمالهم بالمهنة الطبية، أما إذا قاموا بأعمال تتصل بالمهنة الطبية مما يتيح لهم الاطلاع على أسرار المرضى كانوا من قبيل أمناء السر، وبالتالي يعدون مسئولين عن إفشاء الأسرار الطبية.

إلا أن الطبيب كي يكون ملزماً بكتمان السر يجب أن يكون قد علم به أثناء ممارسة الوظيفة أو بسببها، فالمعلومات التي تصل إلى الطبيب باعتباره شخصاً عادياً وليست بصفته طبيباً لا يكون الطبيب ملزماً بالمحافظة عليها .

المبحث الثاني: إفشاء الأسرار الطبية في الشريعة والقانون:

تمهيد:

إن التزام الطبيب بالمحافظة على سر المهنة واجب أخلاقي تمليه قواعد الشرف، وعادات، وأعراف المهنة، وتفتضيه المصلحة العامة. وهذا الالتزام معروف منذ القديم .فمصر الفرعونية عرفت فكرة السر المهني منذ عهد الأسر الفرعونية الأولى، فكان صاحب الصنعة ملزماً بالحفاظ على أسرار العميل [3]:

---

[1] راجع: المادة (9) من قانون أطباء الصحة رقم (58) لسنة 1947م.

[2] د. محمود القبلاوي، مصدر سابق، ص 63. د. وجيه محمد خيال، المسئولية الجنائية للطبيب في النظام السعودي، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م، ص 59 .

[3] د. عبد الحميد الشواربي، شرح قانون العقوبات، منشأة المعارف، الاسكندرية، 1991م، ص 385.

المطلب الأول: المقصود بإفشاء الأسرار الطبية وخطورته:

لما كان الحق في السر هو من أقدس وأهم حقوق الإنسان في الخصوصية؛ لذا فقد وجب على الطبيب عدم الكشف عن هذه الأسرار؛ لأن كشفها يمس صاحبها، وقد يعرضه لكثير من المتاعب والإشكاليات في حياته وعمله، خاصة أن الثقة التي تنشأ بين الطبيب ومريضه تدفع الأخير إلى أن يفضي للأول بأدق التفاصيل والأسرار الشخصية بل والعائلية في بعض الأحيان [1].

فالمحافظة على السر الطبي واجب مفروض على الأطباء والتزام يقع على عاتقهم وهو التزام يجد مصدره في العقد وفي القانون، ذلك أن قواعد السلوك الطبي تقتضي المحافظة على السر المهني وعدم إفشاء الطبيب للغير ما يصل إلى علمه أو يكتشفه من خبايا تخص المريض، ولو لم ينص على ذلك العقد الطبي صراحة.

ومن المعلوم أن الناس عموماً يثقون بالطبيب، ولهذا فإنهم يفضون إليه بأسرارهم، وقد يخفونها عن أقرب الناس إليهم، وعلى الطبيب أن يكون على قدر من المسئولية والأمانة.

وإذا علم الناس من حال الأطباء أنهم يفشون الأسرار فإن ثقتهم بهم ستتزعزع دون شك وقد يخفوا عن الأطباء معلومات مهمة؛ حتى مما له علاقة بحالتهم الصحية أو الطبية.

ويترتب على قيام الطبيب بإفشاء أسرار المريض آثار خطيرة على سمعته وشرفه واعتباره، فإذا أفشاها لأي شخص، فقد يترتب على ذلك مضار كثيرة، فهناك احتمال لأن ينتقل السر، وما أسرع ذلك إلى من قد يستفيد مما به من معلومات، بل إنه قد يسعى إلى ذلك، وعلى أساسها يرسم لما فيه مصلحته.

ولذا نص قسم يمين شرف المهنة بميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب على أن [2]: " أقسم بالله العظيم: أن أودي عملي بالأمانة والصدق والشرف، وأن أحافظ على سر المهنة وأن احترم تقاليدها وأن أراقب الله في مهنتي، وأن أصون حياة الإنسان في كافة أدوارها وتحت كل الظروف والأحوال باذلاً ما في وسعي لاستنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق وأن أحفظ للناس كرامتهم وأستر عورتهم، وأكتم سرهم، وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي للقريب والبعيد، للصالح والطالح، وللصديق والعدو، وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الناس لا لضررهم، وأن أوقر من علمني، وأن أكون أخاً لكل زميل في المهنة، والله على ما أقول شهيد ".

ومن ثم فلا جدال في أن السرية تمثل تطبيقاً بل ضرورة للثقة المعهودة في المهن الطبية والصحية والصيدلانية؛ لكن إفشاء السر يشكل خيانة لهذه الثقة ونقصاً من مبادئ الشرف والأمانة، فالأسرار التي يودعها الأفراد لدى الأطباء ومن في حكمهم تعتبر من أدق الالتزامات التي تقع على عاتقهم، بل إنها من المواضيع بالغة التعقيد، هذا راجع لطبيعة هذا الالتزام؛ الأمر الذي يجعله يحاط

---

[1] د. محمود القبلاوي، مصدر سابق، ص 57.

[2] راجع: المادة (1) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

بإطار من الخصوصية والسرية، فالخصوصية هي تعبير عن حق الإنسان في التعامل مع حياته الخاصة بما يراه وهي بهذا المعنى تقترب من السر، ولا شك فيه، فالخصوصية قد تتوافر بالرغم من عدم وجود السرية [1].

المطلب الثاني: موقف الفقه الإسلامي من إفشاء الأسرار الطبية:

للسر أهمية خاصة في الشريعة الإسلامية التي حررت الإنسان من العبودية والظلم والاضطهاد وسلب حقوقه وانتهاك حرماته، ونهت عن كل هذه الانتهاكات، وفي هذا قال الله تعالى: " يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آَمَنُوا اجْتَنِبُوا كَثِيرًا مِنَ الظَّنِّ إِنَّ بَعْضَ الظَّنِّ إِثْمٌ وَلَا تَجَسَّسُوا وَلَا يَغْتَبْ بَعْضُكُمْ بَعْضًا أَيُحِبُّ أَحَدُكُمْ أَنْ يَأْكُلَ لَحْمَ أَخِيهِ مَيْتًا فَكَرِهْتُمُوهُ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ تَوَّابٌ رَحِيمٌ " [2].

وهكذا يؤكد الشارع الحكيم على أن إشاعة أسرار الناس بمثابة من يأكل لحم أخيه ميتاً. وليس هناك دليل أعظم من هذا؛ لأن إفشاء الأسرار يترتب عليها أضرار بالغة الخطورة بالأفراد وبالمجتمع على حد سواء.

ولذا جاء التحذير الشديد من إفشاء السر، وجاء الأمر من الله ﷻ على لسان يعقوب لابنه يوسف عليهما السلام عندما قص عليه رؤياه بسجود الكواكب والشمس والقمر في قوله تعالى: " قَالَ يَا بُنَيَّ لَا تَقْصُصْ رُؤْيَاكَ عَلَى إِخْوَتِكَ فَيَكِيدُوا لَكَ كَيْدًا إِنَّ الشَّيْطَانَ لِلْإِنْسَانِ عَدُوٌّ مُبِينٌ " [3].

المطلب الثالث: موقف القانون من إفشاء الأسرار الطبية:

يتمتع الإنسان في التشريعات الحديثة بحقوق يحميها القانون، ويقرر الجزاء على إهدارها والمساس بها. ومنها: الحق في الخصوصية [4]، وحق الشخص في الحفاظ على سمعته وعدم التشهير به.

ويعتبر القانون الفلسطيني المعلومات الخاصة بالمريض من الأسرار، وقد حرم إفشاءها ورتب عليها مساءلة جزائية أو مدنية أو تأديبية تبعاً لأهمية ونوع السر [5].

---

[1] أ. شيراز جاري، مسئولية الموظف عن افشاء السر المهني، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، 2014م، ص أ، ب.

[2] الآية (12) من سورة الحجرات.

[3] الآية (5) من سورة يوسف.

[4] د. محمد أبو العلا عقيدة، مراقبة المحادثات التلفونية، دراسة مقارنة في تشريعات الولايات المتحدة الأمريكية وانجلترا وايطاليا وفرنسا ومصر، دار الفكر العربي، القاهرة، 1994م، ص 10، 11.

[5] نصت المادة (5) من قانون المسؤولية الطبية الإماراتي الاتحادي رقم (10) لسنة 2008م على أنه: " يحظر على الطبيب ما يأتي: ... 5-إفشاء أسرار المريض التي يطلع عليها أثناء مزاولة المهنة أو بسببها سواء كان المريض قد عهد إليه بهذا السر وائتمنه عليه أو كان الطبيب قد اطلع عليه بنفسه، ولا يسري هذا الحظر في أي من الأحوال الآتية: -أ-إذا كان إفشاء السر بناء على طلب المريض.

ب-إذا كان إفشاء السر لمصلحة الزوج أو الزوجة وأبلغ شخصياً لأي منهما.

ج-إذا كان الغرض من إفشاء السر منع وقوع جريمة أو الإبلاغ عنها ويكون الإفشاء في هذه الحالة للسلطة الرسمية المختصة فقط.

د -إذا كان الطبيب مكلفاً من سلطة قضائية أو سلطة تحقيق رسمية بالدولة باعتباره خبيراً، أو إذا استدعته إحداهما كشاهد في تحقيق أو دعوى جنائية.

ولم يرد نص جزائي خاص في التشريعات المطبقة في المحافظات الجنوبية، في حين نص الشارع في المحافظات الشمالية على أنه [1]: " على القابلة والقابلة القانونية وراعية الأمومة والطفل، والداية، والطالبة أن تحافظ على جميع الأسرار أو الأمور الأخرى التي لا يجوز إفشاؤها والتي تكون قد اطلعت عليها بحكم مهنتها، وفي حالة مخالفتها ذلك تعاقب بالعقوبات المنصوص عليها في المادة (20) من هذا القانون ".

وعلى الصيادلة الأعضاء :... 2- أن يحافظوا على الأسرار التي يطلعون عليها بحكم مهنتهم ويتجنبوا إفشاءها إلا في الأحوال التي توجبها القوانين النافذة " [2].

ونص ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب على أنه [3]: " لا يجوز للطبيب الكشف عن أسرار مرضاه بدون حكم قضائي من المحكمة المختصة بعد سماع أقوال المريض أو ورثته ".

وأن الحالة الصحية للمريض تعتبر من أسرار المهنة التي لا يجوز إطلاع أحد غير الطبيب المعالج عليها ما لم يعين المريض أشخاصاً يوافق على اطلاعهم عليها أو يوافق على إخطار أهله بها. ويجوز للطبيب لأسباب إنسانية يقدرها ألا يطلع المريض على عواقب المرض الخطير، كما يجوز له أن يخطر أهل المريض بعواقب المرض بعد استئذان المريض[4].

وعلى الطبيب عندما يطلب منه المرضى القصر تلقى العلاج سراً دون إخبار أولياء أمورهم، أن يعمل على التعرف على سبب رغبة المريض في عدم إطلاع أهله على حالته، وأن يشجعه على إشراك الأهل، وأن يعمل على تصحيح المفاهيم الخاطئة لديه [5].

وعلى الطبيب وسائر العاملين في المجال الصحي بذل كل جهد ممكن للمحافظة على سرية جميع التقارير الطبية، بما في ذلك التقارير التي تخزن في ذاكرة أجهزة الحاسوب، ولا يجوز أن يتم إدخال المعلومات إلى سجل الحاسوب إلا من قبل الأشخاص المخولين بذلك وحدهم، ويراعى تحديد تاريخ وتوقيت أي إضافة لمعلومات جديدة، كما يراعى تسجيل اسم من قام بالتعديل أو الإضافة [6].

ويجب إخبار المريض أو من ينوب عنه بوجود نظام تخزين البيانات على الحاسوب بالمنشأة الصحية، على أن يكون ذلك قبل أن يقوم الطبيب المعالج بإرسال المعلومات لقسم الحاسوب الذي يتولى

هـ-إذا كان الطبيب مكلفاً بإجراء الكشف من إحدى شركات التأمين على الحياة أو من جهة العمل وبما لا يجاوز الغرض من التكليف ".

[1] راجع: المادة (11) من قانون مهنة القبالة ورعاية الأمومة والطفل رقم (7) لسنة 1959م المطبق في الضفة الغربية.

[2] راجع: المادة (12) من قانون نقابة الصيادلة المطبق في المحافظات الشمالية رقم (10) لسنة 1957م.

[3] راجع: المادة (9) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

[4] راجع: المادة (23) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

[5] راجع: المادة (38) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

[6] راجع: المادة (44) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

تخزينها، كما ينبغي أن يحدد مسبقاً جميع الأفراد والجهات التي يمكنها الوصول إلى المعلومات، ويعد التصريح بكل هذه المعلومات للمريض أمراً ضرورياً للحصول على موافقته وتبعاً لمدى حساسية بيانات المريض يراعى اتخاذ الاحتياطيات الأمنية التي تمنع تسرب المعلومات أو وصول أفراد آخرين إليها [1].

ويجب إخبار المريض أو من ينوب عنه قبل توزيع أية تقارير تشتمل على بيانات خاصة به كما يجب الحصول على موافقة المريض، وإخطار الطبيب المعالج قبل إرسال أي بيانات أو معلومات خاصة بالمريض إلى أفراد أو منظمات خارج نطاق مؤسسات الرعاية الصحية، بحيث لا يصرح بإفشاء مثل هذه البيانات لأية جهة دون موافقة المريض [2].

ويقتصر التصريح بأي بيانات طبية سرية على الأفراد والهيئات التي ستتناولها بكتمان شديد حسب الأنظمة واللوائح النافذة، كما يقتصر إرسال المعلومات الطبية السرية على الوفاء بالغرض الذي تحدد عند طلبها، وتكون محددة بالإطار الزمني لهذا الغرض، ويجب إخطار جميع تلك الهيئات والأفراد أن إفشاء تلك البيانات لهم لا يعني السماح بتمريرها لجهات أخري أو استخدامها في أغراض غير التي حددت عند طلبها [3].

ويجب تزويد الأجهزة الحاسبة بأنظمة حفظ واسترجاع المعلومات لتجنب ضياعها حال حدوث خلل في البرامج أو عطل في (**Server**) الحاسب الآلي، وإذا تم إلغاء أحد الملفات فيجب إعطاء صورة مطبوعة منها للطبيب المعالج أولاً [4].

ويجوز محو المعلومات المخزنة على الحاسوب أو التخلص منها حال التأكد من حيازة الطبيب لصورة لها (مطبوعة أو مخزنة على حاسوب أو على اسطوانة)، وعند محو الملفات يجب أن يقوم قسم الحاسب بإخطار الطبيب كتابياً بإتمام عملية المحو، ويحق للمريض طلب محو بعض المعلومات الخاصة به في إطار القوانين النافذة [5].

ويجب اتخاذ كافة التدابير الصارمة التي تمنع الوصول إلى قاعدة البيانات، بما في ذلك وضع النظم الرقابية اللازمة لاكتشاف محاولات النفاذ على قاعدة البيانات من جانب أي فرد أو جهة ليس لهم الحق في ذلك [6].

---

[1] راجع: المادة (45) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

[2] راجع: المادة (46) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

[3] راجع: المادة (47) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

[4] راجع: المادة (48) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

[5] راجع: المادة (49) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

[6] راجع: المادة (50) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

المبحث الثالث: ركنا جريمة إفشاء الأسرار الطبية:

تمهيد:

لكل جريمة ركنين رئيسين: المادي والمعنوي يمثلان الإطار العام الذي يلزم توافره في كل جريمة، وهناك بعض الجرائم تحتاج إلى ركن خاص أو أكثر بمثابة عناصر تدخل في تكوينها، فإذا انتفى أحدها، فلا يقوم للجريمة قائمة من جهة التشريع الجزائي، وسنتولى في هذا المبحث دراستهما على نحو ما هو تالٍ:

المطلب الأول: الركن المعنوي:

يتخذ الركن المعنوي في الجرائم المقصودة في القانون الفلسطيني صورة القصد الإجرامي. ويطلق عليه في الفقه القانوني (القصد الجنائي).

والقصد الإجرامي يمكن تعريفه بأنه علم بعناصر الجريمة كما هي محددة في أنموذجها القانوني وإرادة متجه إلى تحقيق هذه العناصر أو قبولها [1].

والقاعدة في التشريع الفلسطيني أنه لكي يتوافر العلم الذي يقوم به القصد الإجرامي إلى جانب الإرادة، يتعين أن يحيط الجاني علماً بجميع العناصر القانونية للجريمة، فإذا انتفى العلم بأحدها بسبب الجهل أو الغلط؛ انتفى القصد بدوره [2].

ويجب أن ينصب العلم على كافة عناصر الواقعة المادية التي نص عليها التشريع، أي: كافة مراحل السلوك فعلاً أم تركاً، كما يشمل علاقة السببية بين السلوك والنتيجة [3].

وتعتبر الإرادة العنصر الثاني للقصد الإجرامي، وهي عبارة عن قوة نفسية توجه كل أعضاء الجسم أو بعضها نحو تحقيق غرض غير مشروع [4]، أي: نحو المساس بحق أو مصلحة يحميها القانون [5].

وإن جريمة إفشاء السر الطبي جريمة عمدية قوامها القصد الإجرامي [6]، دون تطلب توافر نية الإضرار، بعنصريه: العلم، الإرادة، علم الطبيب أن للواقعة صفة سر، وأن لهذا السر الطابع المهني، وأن

---

[1] د. محمود نجيب حسني، شرح قانون العقوبات، القسم العام، الطبعة الرابعة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1977م، ص 602 وما بعدها.

[2] Voir S. Glaser، Infraction International، Librairie Général De Droit Et De Jurisprudence، Paris، 1957. PP. 120-121. W. Schabas، An Introduction To The International Criminal Court، Cambridge University Press، 2001. PP. 85-86.

[3] د. محمد زكي أبو عامر، قانون العقوبات، القسم العام، الدار الجامعية، بيروت، 1993م، ص 180، 181. د. يسر أنور علي، شرح قانون العقوبات، النظريات العامة، غير موضح جهة النشر، 1998م، ص 325.

[4] ويجب أن تكون الإرادة مختارة أي: لديها القدرة على المفاضلة بين دوافع السلوك بين الإقدام على ما هو مباح، والإحجام عما هو محظور. راجع: د. محمود نجيب حسني، شرح قانون العقوبات، مصدر سابق، ص 633.

[5] نقض جنائي مصري رقم (5100) لسنة 62 ق، جلسة 13 / 2 / 1994م، س 45، ص 253.

[6] أ. أسامة بن عمر عسيلان، الحماية الجنائية لسر المهنة في الشريعة الاسلامية والقوانين الوضعية وتطبيقاتها في بعض الدول العربية، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية، الرياض، 2004م، ص 116.

المريض غير راض على إفشاء هذا السر، ثم اتجاه إرادته إلى فعل الإفشاء وإلى النتيجة التي تترتب عليه وهي حصول الغير وعلمه بالسر [1] .

والقانون لا يعاقب على إفشاء السر المهني بسب الإهمال أو عدم الاحتياط في المحافظة عليه وكتمانه، فالطبيب الذي يترك بيانات تتعلق بمريضه فوق مكتبه، فيطلع عليها الغير، لا يعتبر مرتكباً لجريمة الإفشاء، لكن هذا لا يمنع من مساءلته مدنياً عن الأضرار التي تسبب فيها بسبب إهماله وعدم اتخاذه الاحتياط اللازم لمنع إفشاء أسرار مرضاه .

المطلب الثاني: الركن المادي:

تمهيد:

لا يتصور أن يرتكب الجريمة إلا الإنسان؛ لأنها لا تعدو أن تكون سلوكاً بشرياً إرادياً يعتد به القانون، والركن المادي لهذه الجريمة له عناصر ثلاثة هي: السلوك الإجرامي والنتيجة وعلاقة السببية [2].

والسلوك الإجرامي يعد من أهم عناصر الركن المادي؛ لأنه يمثل القاسم المشترك بين جميع أنواع الجرائم سواء أتلك التي يكفي لوقوعها ارتكاب السلوك الإجرامي فقط أم تلك التي يلزم لقيامها ضرورة تحقق نتيجة إجرامية معينة إلى جانب السلوك الإجرامي، وسواء أكانت تامة أم ناقصة، أي وقفت عند حد المحاولة، فلا قيام للركن المادي ولا قيام للجريمة بالتالي إذا تخلف هذا السلوك، فالقاعدة أنه (لا جريمة بغير سلوك).

وقد أكد القانون الأساسي الفلسطيني هذا المعنى حين نص على أنه [3]: "... لا عقاب إلا على الأفعال اللاحقة لنفاذ القانون ":

أولاً: فعل الإفشاء:

يطلق عليه الفقه (السلوك الايجابي) ولكن معظم التشريعات المقارنة: كالفلسطيني تستخدم مصطلح (الفعل). وهو نشاط إرادي ينفذه الجاني في العالم الخارجي تحقيقاً لغاية معينة؛ مخالفاً بذلك نهياً تفرضه قاعدة جزائية، وقد يكون ذلك السلوك من فعل واحد أو من جملة أفعال متتابعة تجمعها وحدة الهدف.

والإفشاء هو كشف السر وإطلاع الغير عليه وهو تعمد الطبيب اطلاع الغير على سر أؤتمن عليه، بمقتضى عمله في غير الأحوال التي يجب عليه أو يجوز له فيها ذلك.

ويتحقق الإفشاء إذا أعلن السر بأية وسيلة، ولا يتطلب القانون ذكر اسم صاحب السر، بل يكتفي بكشف بعض معالم شخصيته وصفاته التي يمكن من خلالها تحديده [4] .

---

[1] د. وجيه محمد خيال، مصدر سابق، ص 64.

[2] نقض جنائي مصري رقم (109) لسنة 57 ق، جلسة 1 / 4 / 1987م، س 38، ص 530.

[3] راجع: المادة (15) من القانون الأساسي الفلسطيني المعدل لسنة 2005م.

[4] د. محمود القبلاوي، مصدر سابق، ص 61.

والمشرع الفلسطيني لم يحدد وسيلة معينة لوقوع الإفشاء، فهو يتحقق بأية وسيلة من الوسائل وسواء أكان صريحاً أم ضمنياً، وسواء أكان شفوياً أم مكتوباً.

وقد يكون الإفشاء بالنشر في الصحف والمجلات أو المواقع الالكترونية أو الرسائل الخاصة أو شهادات طبية للغير بحالة المريض. ولا يجوز الإفشاء ولو بواقعة أصبحت معروفة لدى الناس، وأن تكرار الإفضاء بالسر لا ينزع عنه صفة السرية، بل يظل الإفشاء معاقباً عليه مهما تكرر، كما أن سبق الإفشاء لا يرفع عنه صفته؛ ذلك أن إفشاء السر مرة لا يحول دون تبليغه مرة أخرى .

وللتدليل على ذلك فقد أدان القضاء طبيب بتهمة إفشاء الأسرار الطبية بالرغم من أن هذا السر كان قد أعلن عنه بطريق النشر في صحيفة ما وعللت المحكمة ذلك بأن القاعدة العامة أن كثيراً من الناس لا يثقون كل الثقة بكل ما ينشر في وسائل الاعلام، ومن ثم فقد أكد الطبيب هذه الحقيقة والتي كان قارئ الصحيفة غير مصدق لها بصورة مطلقة. كما أدان طبيباً آخر لمجرد اقراره بأن امرأة سبق أن دخلت مشفاه للولادة في الوقت الذي ثبت فيه أنها لم تكن متزوجة [1].

على أن توافر واقعة الإفشاء من عدمها من المسائل الموضوعية التي يعود أمر تقديرها لقاضي الموضوع وحده .

وتتحقق الجريمة حتى ولو كان ما تم إفشاؤه جزئياً فقط، ولا يجوز للطبيب أن يستند في إفشائه للسر إلى أنه أصبح معروفاً لدى العامة؛ وذلك أن حجية العامة وأقوال الصحافة تكون غير مؤكدة ولا تصدق رواياتها .

وحتى مناقشة الطبيب لزميل له في حالة المريض الصحية يعتبر إفشاء للسر وغير مسموح به للطبيب؛ إلا بعد استئذان المريض وحصوله على تصريح بذلك، وإن جاز للطبيب أن يناقش زملاءه الأطباء عن الحالة دون بيان هوية المريض، وهذه الجزئية تدلل على ندرى صرامة الالزام القانوني بضرورة عدم إفشاء السر المرضي [2].

ولذا نص ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب على أنه [3]: " إذا تطلبت حالة الضرورة أن يستعين الطبيب برأي طبيب آخر فعليه أن يحصل على موافقة المريض أو أهله ".

والطبيب يكون ملزماً بكتمان السر الطبي حتى وإن توفي مريضه؛ ذلك أنه يجوز لورثة هذا الأخير المطالبة بالتعويض إذا لحقهم ضرر بسبب هذا الإفشاء .

ومن الموضوعات التي تثير الجدل الشهادات الطبية بعدم اللياقة، وقد حسمت معظم التشريعات هذا الأمر، فقانون الخدمة المدنية نص على أنه عند الالتحاق بالعمل الوظيفي أو تجديد عقده، فلا بد من

---

[1] د. محمود سامي الحفني، سلوكيات وآداب مهنة الطب والقوانين المنظمة لها، ضمن كتاب جماعي بعنوان (الطب الشرعي بين الادعاء والدفاع، الجزء الثاني، نقابة المحامين، القاهرة، 1992م، ص 1029.

[2] د. محمود سامي الحفني، مصدر سابق، ص 1028.

[3] راجع: المادة (22) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

حصول الموظف على تقرير طبي يفيد بأنه لائق طبياً يكون صادراً من طبيب مختص، ويكون في الغالب إدارة القومسيون الطبي العام التابعة لوزارة الصحة هي الجهة المختصة بإصدار تقارير اللياقة الطبية.

في هذا الشأن نص قانون الخدمة المدنية الفلسطيني على أنه [1]: " يشترط فيمن يعين في أي وظيفة أن يكون:... 3- خالياً من الأمراض والعاهات البدنية والعقلية التي تمنعه من القيام بأعمال الوظيفة التي سيعين فيها بموجب قرار من المراجع الطبي المختص، على أنه يجوز تعيين الكفيف في عينيه أو فاقد البصر في إحدى عينيه أو ذي الإعاقة الجسدية؛ إذا لم تكن أي من تلك الإعاقات تمنعه من القيام بأعمال الوظيفة التي سيعين فيها بشهادة المرجع الطبي المختص على أن تتوافر فيه الشروط الأخرى للياقة الصحية ".

غير أنه لا يجوز للطبيب في تقريره الطبي أن يشير إلى تفاصيل المرض بل يتعين عليه أن يشير عما إذا كان هذا الموظف لائقاً طبياً للعمل بصفة عامة أم لا؟ أو لائقاً للعمل في وظيفة معينة أم لا؟ فإذا أشار الطبيب إلى طبيعة المرض أو نوعه يعد مفشياً للسر الطبي .

وعلى الطبيب إخطار المريض والحصول على موافقته المستنيرة المبنية على المعرفة كتابة قبل تقديم أية معلومات عنه لأطراف أخرى مثل: الباحثين أو شركات الأدوية أو مؤسسات جمع البيانات [2].

ثانياً: أن يكون ما تم إفشاؤه سراً:

أحجم التشريع الفلسطيني كغير من التشريعات الحديثة عن تعريف السر [3]؛ لذلك قدمت له تعريفات متعددة فقهية وقضائية، حيث فرق البعض بين السر الطبي والتزام الطبيب بحفظ السر، فعرف الأول بأنه كل ما يصل إلى علم الطبيب من معلومات أياً كانت طبيعتها تتعلق بحالة المريض وعلاجه والظروف المحيطة بذلك سواء حصل عليها من المريض نفسه أم علم بها أثناء أو بمناسبة أو بسبب ممارسته مهنته.

وذهب رأي آخر إلى القول :إن الالتزام بالسر لا يقوم إلا بالنسبة إلى الوقائع التي يعهد بها العميل إلى طبيبه بموجب عقد بين مودِع السر والمؤتمن عليه؛ يقبل بمقتضاه المهني تلّقي أسرار العميل وحفظها مصونة لديه [4].

في حين عرف التزام الطبيب بحفظ السر بأنه التزام الطبيب بالصمت بخصوص كل ما يتعلق بهذا السر؛ إلا في الحالات التي يرخص له فيها القانون بالكشف أو الإفشاء [5].

---

[1] راجع: المادة (3/24) من قانون الخدمة الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

[2] راجع: المادة (39) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

[3] د. محمود توفيق إسكندر، المحاماة في الجزائر، دار المحمدية العامة، الجزائر، 1998م، ص 153.

[4] د. عبد الراضي، محمد هاشم عبد الله، المسئولية المدنية للأطباء في الفقه الاسلامي والقانون الوضعي، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، مصر، 1994م، ص 315.

[5] د. علي حسن نجيدة، التزامات الطبيب في العمل الطبي، دار النهضة العربية، القاهرة، 1992م، ص 149.

ويرى بعض الفقهاء أن السر هو الأمر الذي إن أُذيع أضر بسمعة صاحبه أو كرامته [1].

وبالرغم من تعدد التعريفات في هذا الصدد، فإن الأمر برمته يمكن إخضاعه للسلطة التقديرية لقاضي الموضوع؛ ليحدد من خلال الوقائع إذا كانت واقعة معينة تعد إفشاء للسر أم هي من قبيل الوقائع العادية؟

وفي تصورنا أن هذه التفرقة غير دقيقة، حيث يتعين في مثل هذه الحالات أن تضع المحكمة في اعتبارها التقدير الشخصي للمريض، فهو صاحب الحق في تقدير آثار إفشاء مرضه أو حجبه، فنظرة المريض لنوع معين من المرض تختلف من مريض لآخر، فمثلاً مريض العقم قد يتعامل مع هذا المرض بأنه أمر عادي، وأنها مشيئة الله ﷻ؛ إلا أن مريضاً آخر يعتبره من الأمور التي تنال من رجولته، وتجعله موضع ازدراء، ولذلك يكون حريصاً على كتمان مرضه عن العامة.

فالسر الطبي هو كل ما يعرفه الطبيب عن مريضه من معلومات مرضية مباشرة أم غير مباشرة لا يجوز أن يفشيها للغير.

ونشير إلى أن السرية لا تنحصر في تشخيص الحالة المرضية والأسباب المؤدية لها واحتمالاتها مستقبلاً، بل إن الادلاء بمعلومات بطريق النفي يعتبر إفشاء للسر مثل: تحرير تقرير طبي يفيد بخلو الشخص من الأمراض وتسلمها لطرف ثالث [2].

وعلى هذا الأساس فإن السر هو ما يتطلب الكتمان، أو هو ما يؤدي إفشاؤه إلى إلحاق ضرر معنوي أو مادي أو هما معا بالمريض أو بعائلته: كأن يفشي الطبيب بأن مريضه يعاني من مرض يمنعه من الزواج، فيشفى هذا المريض بعد ذلك، فيكون قد تعرض لضرر مادي أو معنوي يتمثل في عدم زواجه لما أشيع عنه بأنه مريض لا يصلح للزواج .

لذلك يجب على الطبيب أن يحفظ السر، ولا ينشره سواء علم به عن طريق فحص المريض أم عن طريق محادثته أو بأي طريق آخر .

وحتى يكون للواقعة صفة السر المهني يجب أن يكون لهذا السر صلة مباشرة بالعمل الطبي أو بالأحرى بمهنة الطبيب؛ ذلك أن الطبيب الذي يكشف أن مريضه قد قام بجريمة قتل مثلاً لا يكون ملزماً بالكتمان.

ولا يشترط المشرع في مودع السر أن يكون ذا أهلية قانونية أو أن يكون عقد العلاج الذي يربطه بالمريض صحيحاً: كأن يعالج مجنوناً أو صبياً.

---

[1] د. حسن زكي الإبراشي، مسئولية الأطباء والجراحين المدنية، دار النشر للجامعات المصرية، رسالة دكتوراه، جامعة الملك فاروق الأول، القاهرة، 1951م، ص 417.

[2] د. محمود سامي الحفني، مصدر سابق، ص 1028. د. محمود القبلاوي، مصدر سابق، ص 59. د. وجيه محمد خيال، مصدر سابق، ص 56 وما بعدها.

وقد يثار التساؤل حول ما إذا كانت جميع الأمراض التي قد يصاب بها المريض ويطلع عليها الطبيب تدخل في حكم السر الطبي، أم أن هناك بعض الأمراض تخرج عن دائرة التأثيم ولا يعاقب على إفشائها؟

لا ريب أن السر الطبي لا يقتصر على المعلومات الخاصة بنوع المرض أو الإصابة التي يعاني منها المريض أو العلاج، بل يشتمل كل ما يتصل بالعمل الطبي من فحص وتشخيص: كإجراء التشخيص بالأشعة وغيرها، أما المعلومات والبيانات التي تتعلق بالعمل الطبي ذاته، فلا يضفي عليها المشرع صفة السر، ومن ثم لا تعد من قبيل الأسرار الطبية مثلاً أسعار الخدمات المقدمة للمريض، ويجري العرف على اعتبار بعض الأمراض من قبيل الأمراض التي لا يجوز إفشاء سرها، ومن أمثلتها: البرص والجذام والزهري والسيلان والعقم.

والحقيقة: إن المشرع الفلسطيني لم يجعل من قاعدة الالتزام بكتمان السر المهني قاعدة مطلقة بل أورد عليها مجموعة من الحالات الاستثنائية التي يجوز للأطباء أو يجب عليهم إفشاء السر المهني فيها . فالأمراض كلها لا تندرج تحت وصف السر الطبي ذلك أن المريض الذي يعاني مثلاً من التسوس في إحدى أسنانه لا يمكن له أن يدعي بأن الطبيب قد أفشى السر المهني إذا ذكر ذلك لأحد أقارب المريض.

وهذا بخلاف أمراض أخرى خطيرة وتتطلب الكتمان تحت طائلة تحمل الطبيب للمسئولية الجزائية عن إفشائها، كما هو الشأن مثلاً بالنسبة للضعف الجنسي.

وما يفهم معه أن الأسرار ذات الطبيعة العادية لا تثير أي اشكال بالنسبة للطبيب في باب السر الطبي. على أن الأسرار التي تمس الحياة الخاصة للمريض تظل محل مساءلة جزائية متى ترتب عن ذلك مثلاً انهيار نفسي لدى المريض نتج عنه انتحاره.

وكذلك الحال يعتبر من الأسرار الطبية: السلوك الديني والاجتماعي والحالة النفسية للمريض، فقد يطلع الطبيب على جوانب من حياة المريض الدينية والاجتماعية سواء استقصاها بنفسه أم اطلع عليها عرضاً، ومنها ما يكون له أثر في حالة المريض الصحية، وكذلك يطلع الطبيب على النواحي النفسية في حياة المريض مما قد يخفى على الآخرين. وقد يطلع الطبيب على نوايا بعض المرضى الإجرامية أو ما ارتكبوه من جرائم فيما مضى.

المبحث الرابع: إباحة وعقوبة إفشاء الأسرار الطبي:

المطلب الأول: إباحة إفشاء السر الطبي:

نص ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب على أنه [1]: " لا يجوز للطبيب أن يفشي سراً وصل إلى علمه بسبب مزاولته المهنة، سواء أكان المريض قد عهد إليه بهذا السر،

[1] راجع: المادة (37) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

أم كان الطبيب قد أطلع عليه بحكم عمله؛ وذلك فيما عدا الحالات الآتية وأمثالها مما تنص عليه التشريعات الوطنية:

أ- إذا كان إفشاء السر بناءً على طلب صاحبه خطياً أو كان في إفشائه مصلحة للمريض أو مصلحة للمجتمع.

ب- إذا كانت القوانين النافذة تنص على إفشاء مثل هذا السر، أو صدر قرار بإفشائه من جهة قضائية.

ت- إذا كان الغرض من إفشاء السر منع وقوع جريمة، فيكون الإفشاء في هذه الحالة للسلطة الرسمية المختصة فقط.

ث- إذا كان إفشاء السر لدفع الضرر عن الزوج أو الزوجة؛ على أن يبلغ به في حضور هما معاً،وليس لأحد هما دون الآخر.

ج- إذا كان الغرض من إفشاء السر هو دفاع الطبيب عن نفسه أمام جهة قضائية وبناء على طلبها بحسب ما تقتضيه حاجة الدفاع.

ح- إذا كان الغرض من إفشاء السر منع تفشى مرض معُد يضُر بأفراد المجتمع، ويكون إفشاء السر في هذه الحالة للسلطة الصحية المختصة فقط.

وإذا كان المشرع الفلسطيني قد ألزم الأطباء ومن في حكمهم بالمحافظة على أسرار مرضاهم وعدم إفشائها، فإنه قد استثنى من هذا الإلزام حالات معينة أجاز فيها إفشاء السر دون ترتيب أي جزاء، هي:

أولاً: التبليغ عن الجرائم الطبية:

نص قانون الإجراءات الجزائية الفلسطيني على أنه [1]: " لكل من علم بوقوع جريمة أن يبلغ النيابة العامة أو أحد مأموري الضبط القضائي عنها ما لم يكن القانون قد علق تحريك الدعوى الجزائية الناشئة عنها على شكوى أو طلب أو إذن ".

ونص على أنه [2]: " يجب على كل من علم من الموظفين العموميين أو المكلفين بخدمة عامة أثناء تأدية عمله أو بسبب تأديته بوقوع جريمة أن يبلغ عنها السلطات المختصة ما لم يكن القانون قد علق تحريك الدعوى الجزائية الناشئة عنها على شكوى أو طلب أو إذن ".

ونص ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب على أنه [1]: " على الطبيب تنبيه وإبلاغ السلطات الصحية المختصة في الحالات التالية:

---

[1] انظر في قوانين الإجراءات الجزائية العربية: المادة (24) فلسطيني والمادة (37) إماراتي والمادة (47) بحريني والمادة (26) سوري والمادة (20) صومالي والمادة (14) كويتي والمادة (28) لبناني والمادة (15) ليبي والمادة (92) يمني.

[2] انظر في قوانين الإجراءات الجزائية العربية: المادة (25) فلسطيني والمادة (38) إماراتي والمادة (331) إيطالي والمادة (48) بحريني والمادة (16) ليبي.

1- حالات المرض الذي يسبب الأوبئة وانتشار الأمراض المعدية.

2- إذا رفض المريض نقل الدم بالرغم من خطورة حالته.

3- امتناع المريض عن أخذ اللقاحات التي قررتها السلطات الصحية المختصة.

4- حالات الأمراض العصبية والنفسية المصحوبة بالأذى الشخصي أو العام ".

ومن هنا يجب على الطبيب بأن يبذل كل ما في وسعه لمنع وقوع الجريمة؛ حتى ولو أدى به الأمر إلى إفشاء السر، كما هو الحال في جريمة الإجهاض .

فالطبيب الذي تتقدم عنده امرأة وتطلب منه مساعدتها على الإجهاض أو يدعى إلى علاجها، فيتبين له أن مرضها ناشئ عن إجهاض، فيبلغ عنها لا يمكن ولا يتصور إطلاقاً متابعته من أجل جريمة الإفشاء .

وكذلك الحال التبليغ عن الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية أو المعدية أو الوبائية [2].

والتبليغ عن الأمراض المهنية وإصابات العمل.

والتبليغ عن المواليد والوفيات [3].

والتبليغ عن المصابين بأمراض عقلية.

وأداء الشهادة أمام القضاء [4].

وأخيراً أعمال الخبرة. فلا ينطبق على الطبيب الذي يكون ملزماً بتبليغ القاضي الذي كلفه بإجراء الخبرة بكل ما لاحظه، لكن شريطة ألا يضمن تقريره؛ إلا العناصر التي طلب منه إجراء خبرته عليها؛ ذلك أن الطبيب الذي تنتدبه المحكمة للقيام بخبرة طبية يستفيد من سبب يبيح له إفشاء السر الطبي [5].

على أن الطبيب الخبير يجب أن يكون صادقاً في تقرير الخبرة التي عهد إليه القيام بها، وألا يذكر في تقريره مسائل لم يطلب منه ذكرها، وفي هذا الإطار قد يكتشف الطبيب انحرافات بل وجرائم أخرى لكنها لا علاقة لها نهائياً بموضوع الخبرة، وبالتالي لا صلاحية له في تمكين القاضي من الاطلاع عليها، فالخبرة ليست تحقيقاً ولا بحثاً جزائياً بل هي عمل تقني.

---

[1] راجع: المادة (10) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب.

[2] أ. أسامة بن عمر عسيلان، مصدر سابق، ص 73.

[3] نصت المادة (24) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب على أنه: " في حالة وفاة المريض أثناء العلاج أو الجراحة يجب على الطبيب إبلاغ وكيل النيابة المختص عن الوفاة بمذكرة يطلب فيها إعداد رأي الطبيب الشرعي عن سبب الوفاة قبل دفن الجثة ".

[4] نصت المادة (8) من ميثاق شرف المهنة والأخلاقيات الطبية باتحاد الأطباء العرب على أنه: " يمنع على الطبيب المعالج أن يشترك في قضية له مصلحة فيها مباشرة أو غير مباشرة أو تتعلق بأحد أقاربه أو أصدقائه، وتتعلق بالمريض الذي يعالجه ولا يجوز له الإدلاء بشهادته حول مراحل العلاج بغير إذن من المريض أو ورثته أو المحكمة التي تنظر أمامها القضية وله أن يطلب ذلك في جلسة سرية ".

[5] د. محمود سامي الحفني، مصدر سابق، ص 1031.

ويرى البعض أن خلاصة ما سبق أنه إذا ترتب على كتمان الشهادة تأثير على سير العدالة في قضة ما بما يضيع حقاً أو يثبت باطلاً، فجيب على الشاهد أن يدلي بشهادته ولو أدى إلى إفشاء سر المرضى [1].

ثانياً: رضاء المريض:

يتحقق رضاء المجني عليه حين يسمح للغير خلافاً لأحكام التشريع بالاعتداء على مصلحته المحمية [2].

والأصل في الفقه الإسلامي أن رضاء المجني عليه بالجريمة وإذنه فيها لا يبيحها ولا يؤثر على المسئولية الجزائية إلا إذا هدم الرضا ركناً من أركان الجريمة: كالسرقة [3].

ويرى بعض الفقهاء أن رضاء صاحب الحق ليس سبباً عاماً للإباحة، ولكنه ينقسم على نفسه بعد ذلك فيما إذا كان سبباً خاصاً بالنسبة لبعض الجرائم أم هو ليس سبباً للإباحة على الإطلاق [4].

وذهب البعض إلى القول بأن جريمة إفشاء السر الطبي هي من النظام العام، وبالتالي فلا يصح أن يكون رضا المجني عليه سبباً من أسباب إباحتها [5].

وعلى هذا الأساس فإن تحديد أثر الرضا كسبب من أسباب الإباحة يتوقف على تحديد طبيعة الحق محل الاعتداء بالجريمة، فإذا كان هذا الحق (شخصياً) أي داخلاً في دائرة الحقوق التي يرخص القانون للمجني عليه التصرف فيه وأن ينقله إلى غيره، فالاعتداء عليه يكون تعرضاً لإرادة الغير، ومن ثم يكون السلوك المتضمن عدواناً عليه غير مشروع إذا وقع بغير رضاء صاحبه، أما إذا وقع مثل هذا السلوك من جانب صاحب الحق أو من جانب الغير برضائه؛ كان ذلك ضرباً من ضروب التصرف في الحق وليس بجريمة [6].

---

[1] أ. أسامة بن عمر عسيلان، مصدر سابق، ص 72.

[2] د. أحمد فتحي سرور، الوسيط في قانون العقوبات، القسم العام، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة، 1981م، ص 403.

[3] أ. عبد القادر عودة، التشريع الجنائي الإسلامي، الجزء الأول، مؤسسة الرسالة، الطبعة الرابعة عشرة، 1998م، ص 358.

[4] نصت المادة (305) من مشروع قانون العقوبات الفلسطيني لسنة 2003م على أنه: " يعاقب بالحبس كل من أذاع أو نشر أو طبع أو نسخ أو استعمل ولو في غير علانية تسجيلاً أو صورة أو مستنداً متحصلاً عليه بإحدى الطرق المبينة في المادة السابقة، وكان ذلك بغير رضاء صاحب الشأن ".

[5] أ. أسامة بن عمر عسيلان، مصدر سابق، ص 149، 150. أ. طارق صلاح الدين محمد، مسئولية الطبيب الجنائية المترتبة على إفشاء السر المهني، بحث غير منشور، قطر، ص 6.

[6] نقض جنائي مصري رقم (1127) لسنة 40 ق، جلسة 12/27/ 1970م، س 21، ص 1250.

ثالثاً: دفاع الطبيب عن نفسه:

حق الدفاع هو حق لصيق بالإنسان يتمتع به بمجرد الاشتباه في أمره أو اتهامه قانوناً ليستخدمه بنفسه أو بواسطة محام أمام السلطة القضائية أو أي جهة مختصة قانونا؛ لدحض الجريمة المنسوبة إليه [1]. وفى ذلك الجانب يتم ممارسة التطبيق السليم للقانون في محراب القضاء الجزائي.

فحق الدفاع يرتبط بفكرة العدل ذاتها، فلا عدل بغير توافره، وكل قيد يرد على ممارسة ذلك الحق، إنما هو غل في عنق العدالة، وانحراف بها عن جادة الحق الذي يستهدفه؛ لأن حق الدفاع هو الطريقة الاجتماعية لرد العدوان [2]؛ ذلك أنه لا يجوز (عدالة) أن يحكم على المتهم إلا بناءً على أدلة سليمة تم فحصها، ومناقشتها أمام المحكمة، مما يتطلب أن تتاح الفرصة لذوي الشأن لمناقشتها، وإبداء الرأي فيها [3].

وهذا الحق لا يلغيه أو يحجبه الالتزام بالمحافظة على السر واستقر الرأي لدى الفقه والقضاء على أن من حق الطبيب كشف السر دفعاً للمسئولية في نطاق حقه في الدفاع عن نفسه عندما يتهم بارتكاب جريمة جنائية: كالإجهاض أو الاغتصاب أو خطأ في العلاج، فعليه أن يقدم الأوراق الطبية والمعلومات التي تثبت براءته ولو كان فيها ما يكشف أسرار المريض.

ويكون كشف السر متاح للطبيب للدفاع عن نفسه أمام الجهات المختصة كالنيابة أو المحكمة، ومن ثم لا يجوز الكشف عن السر في الصحف مثلاً [4] .

رابعاً: حالة الضرورة:

اختلفت الفقه حول حق الطبيب في إفشاء السر الطبي في حالة الضرورة بين قائل بالإجازة وقائل بالتحريم [5].

فيرى بعض الفقهاء أن نظرية الضرورة تعد الأساس لإباحة الإفشاء للسر الطبي، حيث توجد ظروف تفرض على الطبيب واجب الإفشاء، وعلى ذلك يكون من الضروري أن يفشي الطبيب لأب عن سر مرض ابنه؛ لأن من الضروري للأول أن يعلم عن سر الحالة الصحية لولده. ويكون من حق الطبيب أيضاً أن يخبر زوج المريض بمرض معد تجنباً لإصابتها به.

وذهب البعض الآخر للقول بضرورة إباحة الإفشاء بالسر الطبي في حالة وجود مرض معد. فمن حق الطبيب أن يفشي سر المريض تجنباً لضرر أكبر من الضرر الذي ينتج عنه الإفشاء، فالطبيب الذي

---

[1] Voir D. Cohen Le Droit A L'assistance Effective D'un Avocat De La Défense، Revue Internationale De Droit Pénal، Vol. 63، 1992. P. 729.

[2] د. محمد محمد شجاع، الحماية الجنائية لحقوق المتهم، رسالة دكتوراه، كلية الحقوق، جامعة عين شمس، 1990م، ص 401، 402.

[3] د. حاتم بكار، حماية حق المتهم في محاكمة عادلة، منشاة المعارف، الإسكندرية، غير موضح سنة النشر، ص 176.

[4] أ. طارق صلاح الدين محمد، مصدر سابق، ص 6.

[5] المصدر السابق، الموضع ذاته.

يشاهد أحد مرضاه يباشر عملاً ذا خطر على الغير كطاه في مطعم أو ممرضة في مشفى، فإنه يجب أن يبادر بنصحه بالامتناع عن العمل، فإذا رفض ذلك، فلا سبيل أمامه سوى الإفضاء بالسر لصاحب العمل ما دامت شروط الضرورة قد توافرت.

وتتوافر علة المشروعية عندما ترجح المصلحة في الإفشاء على المصلحة في الكتمان، إذا كانت المصلحة من الإفشاء حماية مصلحة أو حق أجدر بالحماية من الحق الشخصي.

أما الاتجاه الثاني، فيحظر مثل هذا الإفشاء، وهذا ما أيده جانب من القضاء الفرنسي الذي ذهب إلى أن الطبيب يمنع عليه إخبار والد الخطيبة بالمرض المصاب به خطيبها، ويتعين عليه كتمانه مهما كانت النتائج الخطيرة بالنسبة للأسرة [1].

خامساً: التأمين على الحياة أو الجسم:

عرف قانون التأمين الفلسطيني عقد التأمين بأنه: أي اتفاق أو تعهد يلتزم بمقتضاه المؤمن أن يؤدي إلى المؤمن له أو إلى المستفيد الذي اشترط التأمين لصالحه مبلغاً من المال أو إيراداً أو مرتباً أو أي عوض مالي آخر في حالة وقوع الحادث أو تحقق الخطر المبين بالعقد، وذلك نظير قسط أو أية دفعة مالية أخرى يؤديها المؤمن له للمؤمن " [2].

وفي التأمين على الحياة أو الجسم قد تلجأ شركة التأمين إلى إحالة طالب التأمين على طبيبها بهدف إجراء كشف طبي عليه. ومعلوم أنه على ضوء التقرير الطبي المذكور تقرر شركة التأمين إما قبول طلب التأمين أو رفضه [3] .

وفي هذه الحالة يعتبر الطبيب ممثلاً لشركة التأمين التي يعمل فيها، وأن قيامه بفحص طالب التأمين يشكل جزءً من عملها، وبالتالي فإن تقديمه التقرير الطبي لها لا يشكل إفشاء للسر المهني الطبي، وإن كان ذلك التقرير يتضمن ما يفيد بأن طالب التأمين مصاب بأحد الأمراض الخطيرة التي لا يرغب في البوح بها .

وعلى أن الطبيب في هذه الحالة يمنع عليه أن يخبر الغير بنتيجة الكشف الذي أجراه على طالب التأمين، فإباحة إفشاء السر الطبي هنا تقتصر على إخبار شركة التأمين وحدها دون غيرها بتلك النتيجة .

فيجوز للطبيب الكشف عن معلومات خاصة بحالة المريض لمندوب شركة التأمين شريطة موافقة المريض أو من يمثله قانونياً على ذلك كتابة، وعلى أن يقتصر الكشف على المعلومات المتعلقة بالبند التأميني فقط، وعلى الطبيب أن يقوم بتبصير المريض بما يترتب على كشفها قبل أن يقوم بذلك.

---

[1] راجع في موقف الفقه والقضاء: د. محمود سامي الحفني، مصدر سابق، ص 1030.

[2] راجع: المادة (1) من قانون التأمين رقم (20) لسنة 2005م.

[3] لمزيد من التفاصيل عن تأمين الأشخاص راجع: د. رمضان أبو السعود، الموجز في شرح العقود المسماة، الدار الجامعية، بيروت، 1994م، ص 463 وما بعدها.

المطلب الثاني: عقوبة إفشاء السر الطبي:

نص قانون العقوبات الفلسطيني المطبق في المحافظات الجنوبية على أن: " كل من اؤتمن على معلومات سرية بحكم مهنته أو وظيفته (ولم تكن تلك المعلومات من الأسرار الرسمية المشمولة بقانون الأسرار الرسمية لسنة 1932) وافشى تلك المعلومات في غير الأحوال التي يقضي فيها القانون بإفشائها، يعتبر أنه ارتكب مخالفة ويعاقب بالحبس مدة أسبوع واحد أو بغرامة قدرها خمسة جنيهات " [1].

وفي المحافظات الشمالية يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على ثلاث سنوات كل من:

1- حصل بحكم وظيفته أو مركزه الرسمي على أسرار رسمية وأباح هذه الأسرار لمن ليس له صلاحية الاطلاع عليها أو إلى من لا تتطلب طبيعة وظيفته ذلك الاطلاع وفقاً للمصلحة العامة.

2- كان يقوم بوظيفة رسمية أو خدمة حكومية واستبقى بحيازته وثائق سرية أو رسوماً أو مخططات أو نماذج أو نسخاً منها دون أن يكون له حق الاحتفاظ بها أو دون أن تقضي ذلك طبيعة وظيفته.

3- كان بحكم مهنته على علم بسر وأفشاه دون سبب مشروع " [2].

ونص الشارع على أنه [3]: " على القابلة والقابلة القانونية وراعية الأمومة والطفل، والداية، والطالبة أن تحافظ على جميع الأسرار أو الأمور الأخرى التي لا يجوز إفشاؤها والتي تكون قد اطلعت عليها بحكم مهنتها، وفي حالة مخالفتها ذلك تعاقب بالعقوبات المنصوص عليها في المادة (20) من هذا القانون ".

وبموجب المادة (20) سالف الذكر يعاقب المدان بالحبس من أسبوع إلى ثلاثة أشهر أو بغرامة من خمسة دنانير إلى ثلاثين ديناراً أو بكلتا العقوبتين معاً. ويجوز للمحكمة أن تمنع حاملة الرخصة من تعاطي المهنة مدة لا تتجاوز السنة الواحدة.

والملاحظ عدم تناسب العقوبات المقررة في شقي الوطن مع طبيعة الجريمة ومرتكبها مما يتطلب وضع جزاءات حديثة تكون كفيلة بردع الجناة ومن تسول لهم أنفسهم اقتراف مثل هذه السلوكيات الضارة بالأفراد والمجتمع على حد سواء.

هذا ونشير إلى أن مشروع قانون العقوبات المقر بالقراءة الأولى يعاقب على التهديد بإفشاء سر من الأسرار بالسجن أو بالحبس حيث نص على أنه: " 1-يعاقب بالسجن مدة لا تزيد على خمس سنوات كل من هدد غيره بإحدى الوسائل الكتابية، بارتكاب جريمة ضد النفس أو المال معاقب عليها بالإعدام أو بالسجن المؤبد أو المؤقت، أو بإفشاء سر من الأسرار، أو بنسبة أمر من الأمور الماسة بالشرف، أو

---

[1] راجع: المادة (387) من قانون العقوبات رقم (74) لسنة 1936م المعدل لسنة 2014م.

[2] راجع: المادة (355) من قانون العقوبات رقم (16) لسنة 1960م المعدل لسنة 2014م.

[3] راجع: المادة (11) من قانون مهنة القبالة ورعاية الأمومة والطفل رقم (7) لسنة 1959م المطبق في الضفة الغربية.

بإلصاق تهمة بارتكاب إحدى الجرائم، وكان التهديد مصحوباً بطلب مالي أو بتكليف بأداء عمل أو بالامتناع عن أدائه.

2- وتكون العقوبة الحبس إذا لم يكن التهديد مصحوباً بطلب أو بتكليف " [1].

الخاتمة والتوصيات

إن إقرار الحماية القانونية للسر الطبي، سواء بمقتضى نصوص القانون الطبي، أم نصوص مدونة أخلاقيات المهنة، أم بمقتضى نصوص قانون العقوبات، يحقق أهدافاً يوليها المجتمع أهمية خاصة، ويضعها أفراده في مصاف الأولوية في الوقت الراهن .

وليس هناك أرقام إحصائية دقيقة عن حجم جرائم إفشاء الأسرار الطبية التي تقع في قطاع الصحة الفلسطيني الخاص أو العام.

وغني عن البيان أن حماية حقوق المرضى ورعاية مصالحهم، لا تقتصر على نصوص براقة وقواعد قانونية جميلة، بل العبرة من ذلك أن تجد تلك النصوص مجالاً لتطبيقها في الميدان العملي، وأن يتسم هذا النهج بالثبات والاستقرار.

فكم عرف وطننا الحبيب من نصوص قانونية؟ وكم وقف مجتمعنا على تعديلات متوالية؟ وكم لاحظ أفراده الخروج على أحكام تلك النصوص وهذه التعديلات بسبب العديد من المعيقات التي تواجه المتضررين من هذه الجرائم في حالة وقوع أي منها وهي:

1 – إن معظم المتضررين أو ذويهم لا يُقدمون على رفع دعاوى قضائية ضد من يعتبرونهم السبب في الجريمة، بسبب ارتفاع تكلفة الخدمة القانونية، والتكهن المسبق الخاطئ بأن القضية ستخسر نتيجة الشك في أهلية ومصداقية نتائج سلطة التحقيق الأمر الواقع.

2 – الثغرات القانونية المتعددة في التشريعات الطبية والصحية والصيدلانية، فلا يوجد نصوص قانونية خاصة بموضوع المسئولية الجزائية والمدنية والادارية للطبيب ومن في حكمه في مجال إفشاء الأسرار.

3-محدودية دور القضاء الفلسطيني في قضايا المسئولية الجزائية للطبيب. فالقضاء لا يميل دائماً إلى إدانة الأطباء، بل يعمد إلى البحث عن مخرج أو ثغرة قانونية أو واقعية بهدف عدم التأثير على مستقبل الطبيب المهني.

وفي ضوء هذه المعيقات وغيرها نجد من الضروري بيان النتائج التي توصلنا إليها التوصية بما هو تالٍ:

1-يسري الالتزام بعدم إفشاء أسرار الوظيفة العامة على الطبيب أو من في حكمه سواء أكان موظفاً عاماً أم من أصحاب الأعمال الخاصة.

---

[1] راجع: المادة (246) من مشروع قانون العقوبات الفلسطيني لسنة 2003م.

2-لم يستقر المشرع الفلسطيني أسوة بغيره من العديد من التشريعات العربية على تعريف محدد للسر المهني، بل تركه السلطة القضائية والإدارية.

3-إن مخالفة الطبيب أو من في حكمه الالتزام بإفشاء أسرار طبية أو صحية أو صيدلانية قد يرتب مسئولية تأديبية وجزائية ومدينة.

وعلى ضوء ما سبق من نتائج نوصي بما هو تالٍ:

1 – يجب أن يزدان الطبيب بسماحة الخُلق وأكرم الصفات النبيلة بحيث يبتعد عن كل ما يمس رسالته السامية وخاصة في مجال كشف أسرار مرضاه بصورة مباشرة أو غير مباشرة.

3-توثيق كافة قضايا إفشاء الأسرار الطبية وإجراء المزيد من الدراسات القانونية عليها بما يساعد في التخفيف منها بعد الوقوف على مسبباتها ودوافعها.

4-ضرورة العمل على استحداث نظام قانوني خاص بتسوية النزاعات الطبية والصحية والصيدلانية بالطرق السلمية، وذلك لتجاوز ما قد يترتب على اللجوء للقضاء من جهد ووقت ومال.

5-ضرورة توعية الجمهور لأجل التمييز بين الجرائم الطبية التي تنتج عن أي تدخل علاجي وبين الجرائم العامة.

6 – استحداث جزاءات جنائية ومدنية وإدارية تتناسب مع طبيعة جريمة إفشاء الأسرار الطبية ومنها: عقوبة الحرمان من مزاولة المهنة لمدة تصل إلى خمس سنوات أو الحرمان النهائي منها ضمن صلاحية السلطة التقديرية للمحكمة.

7-يتعين إفراد نصوص جزائية خاصة بالمسئولية القانونية للأطباء والصيادلة بالنظر إلى تطورها وتناميها؛ بموازاة مع تصاعد وثيرة الجرائم الطبية والصحية والصيدلانية، فلم تعدو الحالة هذه-القواعد والنصوص الجنائية العامة-بقوالبها الجامدة منسجمة مع واقع هذه المسئولية ومواكبة لمستجداتها .

8-يجب سن قانون يلزم الأطباء والصيادلة والمشافي والمصحات والمراكز الاستشفائية والعيادات بضبط الملف الصحي للطبيب، وتسليمه له شخصياً. وتخطي عقبة التعتيم الاداري عن الامتناع بتسليم هذا الأخير والدفع بالسر المهني .

9-يجب استصدار مدونة طبية جامعة لمختلف القوانين الطبية المشتتة بين القواعد القانونية والقوانين الخاصة، بما يحقق مكسباً للسلامة البدنية والنفسية والعقلية للمرضى، وحتى لا يتيه القاضي الزجري في البحث عن النصوص المجرمة للسلوك الطبي بين هذا وذاك .

10-يجب تعديل التشريعات الطبية والصحية والصيدلانية بأجرأ مجموعة من القواعد الزجرية؛ حتى لا يُفهم بأن القانون يقتصر على ما هو تأديبي، دون أن يرقى إلى المساءلة الجزائية .

11-يحتوي الملف الطبي للمرضى على معلومات كثيرة تتعلق بأمراضهم وسلوكهم، وغيرها من أمور حياتهم الاجتماعية. والمفترض ألا يطلع على ملفات المرضى إلا من له الحق في ذلك ومن له صلة بعلاج المريض، وأن يطلع على ما يتعلق بتخصصه وعمله فحسب. والمشاهد آن هناك إهمالاً كبيراً

في جعل الملفات الطبية مشاعة لكل الناس وتتناقلها الأيدي دون أي تحفظ؛ مما يعرض أسرار المرضى للإفشاء دون وجه حق. ومن هنا كان على المؤسسات الصحية أن تراعي هذا الأمر مراعاة شديدة، وأن تسن الأنظمة والقوانين للحفاظ على الملفات الطبية وأن تراقب ذلك بشكل مستمر.

12-لا بد من التوفيق بين التزام الطبيب بعدم إفشاء الأسرار الطبية وحقه في التعبير على الرأي، أو توجيه النقد بأي وسيلة من الوسائل المشروعة، وألا تصادر هذه الحقوق والحريات باسم المحافظة على السرية المهنية.

وأخيراً: فإنه لا يزال هناك جهد كبير يجب بذله، وما التوصيات سوى خطوة على درب طويل، نأمل أن نكون قد قدمنا بعض ما توسمناه من فائدة.

اللهم طهر كل العباد والبلاد من كل الفساد

وليس هناك أفضل من اختتام دراستنا هذه إلا بقوله عز وجل " وَمَنْ أَوْفَى بِمَا عَاهَدَ عَلَيْهُ اللَّهَ فَسَيُؤْتِيهِ أَجْرًا عَظِيمًا " [1].

[1] الآية رقم (10) من سورة الفتح.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية.

1- د. أحمد فتحي سرور ، الوسيط في قانون العقوبات، القسم العام، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة، 1981م.

2- أ. أسامة بن عمر عسيلان، الحماية الجنائية لسر المهنة في الشريعة الإسلامية والقوانين الوضعية وتطبيقاتها في بعض الدول العربية، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية، الرياض، 2004م.

3- وجيه محمد خيال، المسئولية الجنائية للطبيب في النظام السعودي، دار النهضة العربية، القاهرة، 1998م.

4- د. حاتم بكار، حماية حق المتهم في محاكمة عادلة، منشاة المعارف، الإسكندرية، غير موضح سنة النشر.

5- د. حسن زكي الإبراشي، مسئولية الأطباء والجراحين المدنية، دار النشر للجامعات المصرية، رسالة دكتوراه، جامعة الملك فاروق الأول، القاهرة، 1951م.

6- د. يسر أنور علي، شرح قانون العقوبات، النظريات العامة، غير موضح جهة النشر، 1998م.

7- د. محمد أبو العلا عقيدة ، مراقبة المحادثات التلفونية، دراسة مقارنة في تشريعات الولايات المتحدة الأمريكية وانجلترا وايطاليا وفرنسا ومصر، دار الفكر العربي، القاهرة، 1994م

8- د. محمد زكي أبو عامر، قانون العقوبات، القسم العام، الدار الجامعية، بيروت، 1993م.

9- د. محمد محمد شجاع، الحماية الجنائية لحقوق المتهم، رسالة دكتوراه، كلية الحقوق، جامعة عين شمس، 1990م.

10- د. محمود نجيب حسني ، شرح قانون العقوبات، القسم العام، الطبعة الرابعة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1977م.

11- د. محمود القبلاوي، المسئولية الجنائية للطبيب، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2011م.

12- د. محمود سامي الحفني، سلوكيات وآداب مهنة الطب والقوانين المنظمة لها، ضمن كتاب جماعي بعنوان (الطب الشرعي بين الادعاء والدفاع، الجزء الثاني، نقابة المحامين، القاهرة، 1992م.

13- د. نظام المجالي، شرح قانون العقوبات، القسم العام، الكتاب الأول، مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 1998م.

14- د. عبد الحميد الشواربي، شرح قانون العقوبات، منشأة المعارف، الاسكندرية، 1991م.

15- د. عبد الراضي، محمد هاشم عبد الله، المسئولية المدنية للأطباء في الفقه الإسلامي والقانون الوضعي، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، مصر، 1994م.

16- د. علي حسن نجيدة، التزامات الطبيب في العمل الطبي، دار النهضة العربية، القاهرة، 1992م.

17- أ. شيراز جاري، مسئولية الموظف عن افشاء السر المهني، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، 2014م.

ثانياً: المراجع الأجنبية.

1- D. Cohen Le Droit A L'assistance Effective D'un Avocat De La Défense, Revue Internationale De Droit Pénal, Vol. 63, 1992.

2- S. Glaser, Infraction International, Librairie Général De Droit Et De Jurisprudence, Paris, 1957.

3- W. Schabas, An Introduction To The International Criminal Court, Cambridge University Press, 2001.

إثبات الخطأ الطبي في الدعوى الجزائية

د. طارق محمد الديراوي

أ. عصام محمود إسماعيل

﴿ يُثَبِّتُ اللَّهُ الَّذِينَ آمنُوا بالْقَوْلِ الثابِتِ فِي الْحَياةِ الدُّنْيا وفي الآخرة ويضل الله الظالمين ويفعل الله ما يشاء ﴾

﴿٢٧ إبراهيم ﴾

ملخص الدراسة:

يقصد بالإثبات إقامة الدليل أمام القضاء بطريقة من الطرق التي يحددها القانون على وجود أو صحة واقعة قانونية متنازع عليها، والأصل أن إثبات الخطأ جائز بكافة طرق الإثبات، وخلصنا إلى أنه يجب تحصين اللجنة المشكلة من وزارة الصحة بنص قانوني يجعلها وجوبية العمل مع ضبط هذه اللجنة بشروط تضمن حيادتيها من أعضاء يتسمون بالحيادية ومعروف عنهم الأمانة والنزاهة، وأن يكون عملها تحت إشراف النيابة العامة. وخلصنا إلى أنه إذا كانت التزامات ببذل عناية هي التزامات غير محددة، فإن ذلك لا يمنع من وجود التزامات محددة يكون تنفيذها لا مجال فيه لفكرة الاحتمالية التي تبرر قصر التزام الطبيب على مجرد بذل عناية. وخلصنا فيه إلى أن استعانة المحكمة بالاختصاصيين والخبراء لا يعنى أنهم هم من يقررون خطأ الطبيب من عدمه، بل كلمة الفصل فقط للمحكمة. وخلصنا إلى أنه يجب أن يكون نيابة مختصة بالتحقيق في الأخطاء الطبية وعدم الاعتماد على اللجان المشكلة من قبل وزارة الصحة اثناء التحقيق من قبل النيابة المختصة وضمان عدم هيمنة السرية على الأعمال الطبية واطلاع ذوي المريض والمؤسسات المختصة على مجريات العمل الطبي من وقت دخول المريض حتى خروجه.

Abstract:

The basic principle is that medical error is permissible to be proved with all methods of proofs, it must fortify the committee which formed by the Ministry of Health in a legal term, which makes it mandatory to work with that Committee to adjust these conditions, to ensure its neutrality of its members, who have morals and known reputations, and to be working under the supervision of the Public Prosecution.

If the obligations of conduct are non-specific commitments, it does not prevent the existence of specific commitments, that can be implemented and that the use of the court specialists and experts does not mean that they decide that it is the

faults of the doctor decide whether or not, but the final word must only be to the court.

It should be on behalf of an independent legal competent investigation unit of medical errors and not rely on the committees formed by the Ministry of Health during the investigation by the competent prosecution and ensure that no confidential dominance of the medical practice, and inform people who are present with the patient, and the competent institutions about the medical practice from the time of entry of the patient until his discharge of the hospital.

المقدمة

- **موضوع الدراسة:**

اهتزازاً كبيراً لعوامل كثيرة ويرجع ذلك إلى عدم التزام الطبيب في مباشرة إجراءاته الطبية بالقدر المتوسط من الحيطة والحذر أو بسبب نقص الخبرة وتدنى المنظومة الصحية بشكل عام أو تطور الآلات والمعدات الطبية التي تتصف بالغموض وسرعة التغير واختلاف النتائج مما يجعل من الصعب قبولها أو تطبيقها ومواجهة نتائجها.

والطب من العلوم التي يحدث بها تقدم بصفة مستمرة قد يعجز الطبيب أحياناً عن ملاحقة كل جديد في هذا الميدان واستيعابه، فأنا لا أدافع عن الطبيب أو المريض، بل ادافع عن خصوصية العلاقة بينهما، كما لا أنحاز إلى الطبيب أو المريض إنما أدعو إلى موازين دقيقة عادلة، لا تميل ولا تجنح إلى أي منهما، ولا تعطى حقاً لواحد منها على حساب آخر.

وفي ظل هذه التعقيدات أضحى من الصعوبة بمكان إثبات الخطأ الطبي، وذلك لعدم وجود أطر قانونية وإجراءات عمل شاملة موحدة ومكتوبة للتحقيق في قضايا الأخطاء الطبية وعدم تنظم أحكام المسؤولية الطبية أدى إلى صعوبة التحقيق في الجرائم الناتجة عن سلوك الطبيب الخاطئ وإثباته أمام المحاكم، وموضوع الدعوة الجزائية يتمثل في العقوبة أما موضوع الدعوى المدنية يتمثل في التعويض.

وإذا كان قانون العقوبات يقرر إيقاع العقاب على من خالف قواعده وما يهدف إليه، فإن مرحلة أخرى تسبقه تبين الإجراءات الواجب اتباعها من قبل النائب العام في الدعوى الجزائية وما يجب أن تقوم به الجهة القضائية للوصول إلى الحقيقة كما حصلت على ارض الواقع دون أن تترك للأهواء الشخصية.

لذا سنحاول في هذه الدراسة تحديد كيفية إثبات الخطأ الطبي في الدعوى الجزائية.

- **أهمية الدراسة:**

تكتسب هذه الدراسة أهمية بسبب ارتفاع نسبة ضحايا الأخطاء الطبية، وذلك لأن نسبة واحد بالمائة من الخطأ الطبي تعنى خسارة حياة إنسان. وتكمن أيضاً في أن المشرّع الفلسطيني لم يول اهتماماً كبيراً في بناء منظومة قانونية بما يتناسب مع هذه الخطورة والأهمية، واكتفي بتطبيق القواعد العامة على المسؤولية الطبية التي لا تتلاءم مع خطورة هذه الجريمة.

- **تساؤلات الدراسة:**

سنحاول في هذه الدراسة الإجابة على التساؤلات الآتية:

- ما هي وسائل الإثبات في الدعوى الجزائية وهل تختلف هذه الوسائل باختلاف طبيعتها من حيث كونها أخطاء إنسانية (عادية) أو أخطاء فنية؟
- على من يقع عبء الإثبات في الدعوى الجزائية وهل يختلف بحسب طبيعة التزام الطبيب سواء بتحقيق نتيجة أم ببذل عناية؟
- هل اللجنة المكونة من قبل وزارة الصحة في جرائم الإهمال الطبي والتي بموجب نص المادة المادة (64) من قانون الإجراءات الجزائية رقم 3 لسنة 2001 سالفة الذكر تعتبر جهة مخولة لجمع الاستدلالات؟
- ما هي سلطات القاضي في تقدير الخطأ الطبي. وما هو مدى استعانة القضاء بالخبرة الطبية في تقدير الخطأ الطبي؟
- ما هي الصعوبات التي تكتنف إثبات العمل الطبي من وجه نظر الباحث؟

- **منهجية الدراسة:**

اعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج التحليلي لنصوص المواد القانونية ذات العلاقة سواء تلك التي وردت في قانون رقم (74) لسنة 1974م وقانون الإجراءات الجزائية رقم 3 لسنة 2001، بالإضافة إلى النصوص الواردة في المذكرة التمهيدية لمشروع المهن الطبية وذلك كلما وجد قصوراً في القوانين النافذة بخصوص هذه الدراسة، واعتمد الباحث أيضا المنهج الاستقرائي للأحكام القضائية الفلسطينية، وكذلك المصرية بما يثري هذه الدراسة ويميزها.

ـ خطة البحث:

سنقوم بتناول هذه الدراسة على النحو الآتي:

المطلب الأول: ماهية إثبات الخطأ الطبي

المطلب الثاني: عبء إثبات الخطأ الطبي

المطلب الثالث: سلطات القاضي في تقدير الخطأ الطبي

المطلب الرابع: الصعوبات التي تكتنف عملية إثبات الخطأ الطبي من وجهة نظر الباحث

المطلب الأول

ماهية إثبات الخطأ الطبي [1]

سيقوم الباحث بتوضيح المقصود بالإثبات في مجال الخطأ الطبي، وتوضيح دور النيابة العامة باعتبارها السلطة المختصة بالإثبات، وعلى ذلك نقسم هذا المطلب إلى فرعين على النحو الآتي:

الفرع الأول: مفهوم إثبات الخطأ الطبي

الفرع الثاني: وسائل إثبات الخطأ الطبي في الدعوى الجزائية

---

(1) يعرف الفقه الخطأ الطبي بأنه " ذلك الانحراف في سلوك الطبيب المحترف والحريص والمتابر والمؤهل، ولو قورن به سلوك طبيب آخر وضع في الظروف نفسها التي كان فيها الطبيب، انظر عبد القادر تيشه، الخطأ الشخصي للطبيب في المستشفى العام، دار الجامعة الجديدة–الإسكندرية، 2011، ص19.

بالنظر إلى النصوص الجزائية في فلسطين نجدها خالية تماما من أي تعريف للخطأ الطبي بشكل خاص، ولكن نجد أن المشرّع تعرض لمفهوم الخطأ عموماً وذلك في قانون العقوبات رقم (74) لسنة 1936 في المواد (218، 243) والمواد (343)، (344) (64) من قانون العقوبات رقم 16 لسنة 1960، حيث اكتفى بذكر صور وأمثلة مختلفة للخطأ بشكل عام كالإهمال وعدم الاكتراث وعدم الاحتراز والطيش، مع العلم بأن هذه الأمثلة وردت على سبيل المثال وليس على سبيل الحصر تاركاً المسألة للاجتهاد الفقهي والقضائي

الفرع الأول

مفهوم إثبات الخطأ الطبي

أولاً-تعريف الخطأ الطبي:

يقصد بالإثبات: إقامة الدليل أمام القضاء بطريقة من الطرق التي يحددها القانون على وجود أو صحة واقعة قانونية متنازع عليها[2].

والإثبات في الميدان الجنائي يعني المحاولة لإعادة وصياغة وبناء الوقائع والأحداث في عملية مركبة يقصد منها التعرف إلى الحقيقة، وعلى ذلك فإن الإثبات يتسم بالصعوبة والتعقيد نظراً لكونه يتوجه إلى أنتاج الواقع الذي أنقضى في زمن الماضي [3].

ثانيا-الجهة المختصة بالإثبات:

فإذا كان المريض في الدعوى المدنية هو من يتحمل عبء الإثبات باعتباره مدعيا بالمسؤولية المدنية، فعلى العكس من ذلك في المجال الجنائي، حيث يقع عبء الإثبات على عاتق جهة الادعاء وهي النيابة العامة في فلسطين، والتي تسعى دائما إلى إثبات وقائع الجرائم المرتكبة من طرف أفراد المجتمع[4] من خلال مرحلة تمهيدية تقوم فيها بجمع الاستدلالات، هذا ما أكدته المادة (1) من قانون الإجراءات الجزائية رقم 3 لسنة 2001 حيث نصت على أن " تختص النيابة العامة دون غيرها بإقامة الدعوى الجزائية ومباشرتها ولا تقام من غيرها إلا في الأحوال المبينة في القانون[5]. وبناء على ذلك تقوم النيابة العامة بالبحث عن مدى توافر أركان الجريمة وإثبات الخطأ وانحراف سلوك الطبيب وعدم التزامه بقواعد أصول

---

(2) عبد الرازق أحمد السنهوري، الوجيز في النظرية العامة للالتزام، منشأة دار المعارف بالاسكندرية،2004، ص591، عبد القادر تيشة، الخطأ الشخصي للطبيب في المستشفى العام، دار الجامعة الجديدة-الإسكندرية، رسالة ماجستير و2011 مرجع سابق، ص36، وائل تيسير محمد عساف، المسؤولية المدنية للطبيب، دراسة مقارنه، رسالة ماجستير ص77. عميرة فريد، مسؤولية المستشفيات في المجال الطبي، رسالة ماجستير، جامعة مولود معمر، يدون سنة نشر، ص88.

(3) منير رياض حنا، النظرية العامة للمسؤولية الطبية في التشريعات المدنية ودعوى التعويض الناشئة عنها، دار الفكر الجامعي الإسكندرية، الطبعة الأولى، 2011. ص 667.

(4) سمير عبد السميع الأذون، مسئولية الطبيب الجراح وطبيب التخدير ومساعديهم، منشأة المعارف بالإسكندرية، ص81. عميرة فريد، مرجع سابق، ص88

(5) قانون الإجراءات الجزائية رقم 3 لسنة 2001.

المهنة إهماله أو عدم احترازه أو مخالفته اللوائح والقوانين أو ممارسة عمله برعونة وذلك من خلال مدى توافر علاقة السببية بين الخطأ المرتكب والنتيجة [6].

الفرع الثاني

وسائل إثبات الخطأ الطبي

الأصل أن إثبات الخطأ جائز بكافة طرق الإثبات بما فيها الاعتراف وشهادة الشهود أو انتداب الخبراء والقرائن الدالة على خروج الطبيب على الأصول الطبية ومخالفة اللوائح والقرائن أو رعونته وإهماله [7].

وأكدت ذلك المادة (206) قانون الإجراءات الجزائية رقم (3) لسنة 2001 التي نصت على " تقام البينة في الدعاوي الجزائية بجميع طرق الإثبات، إلا إذا نص القانون على طريقة معينة للإثبات".

وعندما نتحدث عن وسائل الإثبات في الخطأ الطبي، يقصد من ذلك أن البحث يتم من خلال الملف الطبي الذي يحتوي على جميع الأوراق الثبوتية المتعلقة بالمريض منذ دخوله إلى المرفق الصحي (مرحلة العلاج) والذي يطلق عليها باسم "الملف الطبي"، والذي يدون فيه جميع الأفعال والإجراءات الطبية التي صدرت من الطبيب المعالج تجاه المريض، ومن خلال هذا الملف يتبين سلوك الطبيب في علاجه للمريض وكيف يتعامل مع الحالة المرضية، وما هي الأدوية والفحوصات التي قام بها، فهو يعتبر دليلاً واضحا على سلوك الطبيب تجاه المريض.

ولإثبات الخطأ الطبي فلا بد من توافر أدلة تقوم على أساس الجزم واليقين بتوافر الخطأ، وليس على مجرد الشك والتخمين، فلا بد من أن يستند الإثبات إلى وقائع دقيقة وليس مجرد معطيات يمكن إثبات عكسها [8].

إذا ادعى أحد المرضى أن الطبيب الجرّاح الذي قام بإجراء عملية جراحية قد ارتكب خطأ، وذلك نتيجة لتركه إحدى الأدوات الجراحية داخل جسمه، ففي هذه الحالة يجب أولا أن يثبت من خلال الأوراق

---

(6) هشام عبد الحميد فرج، الأخطاء الطبية سلسلة في الطب الشرعي، مطابع الولاء الحديثة، 2007، ص96.

(7) إيمان محمد الجابري، المسؤولية القانونية عن الأخطاء الطبية دراسة مقارنة للقوانين (الإماراتية – المصرية–الأمريكية – اليابانية)، دار الجامعة الجديدة، 2011، ص173.

(8) فريحه كمال، المسؤولية المدنية للطبيب، رسالة ماجستير، جامعة مولود معمرى ،2012 مر، ص212، وائل عساف، مرجع سابق، ص77.

دخول عيادة الطبيب بهذا اليوم أو المستشفى، وان الجرّاح الذي ذكره هو من أجرى له العملية، وان الأداة التي داخل جسمه هي أداة من الأدوات المستخدمة بالعملية، فليس من المنطق مثلا أن يكون أداة ليس لها علاقة بالأدوات المستخدمة بالعملية يكون الطبيب مسؤولاً عن وجودها كل هذا يدل على أن إثبات خطأ الطبيب ليس بالسهل وانما يشوبه صعوبة ودقة في القرائن والدلائل لكي يستطيع إثبات خطأ الطبيب[9].

غير أن طرائق إثبات الخطأ الطبي تختلف باختلاف طبيعتها من حيث كونها أخطاء إنسانية (عادية) أو أخطاء فنية:

بالنسبة للأخطاء العادية غير الفنية هي التي يستطيع وكيل النيابة إثباتها بكافة الطرائق القانونية واكتشافها وفقا للثقافة العامة دون الاستعانة بخبراء مختصين أما الأخطاء الطبية ذات الطابع الفني فيكون ملزما بالاعتماد على الخبرة باعتبارها وسيلة الإثبات الوحيدة الناجعة لحل المسائل الطبية المطروحة ويبقى دوره منحصرا في الأخذ أو عدم الأخذ بتقرير الخبراء في الجريمة الطبية كونها من الأمور التي تحتاج إلى أخصائيين وخبراء [10].

حيث نصت المادة (64) من قانون الإجراءات الجزائية رقم 3 لسنة 2001 على أنه " يستعين وكيل النيابة العامة بالطبيب المختص وغيرة من الخبراء لإثبات حالة الجريمة، ويقوم الطبيب المنتدب لذلك وغيره من الخبراء باتخاذ الإجراءات اللازمة تحت إشراف الجهة المختصة بالتحقيق وللمحقق الحضور أثناء مباشرة أعمال الخبراء، وإذا قدر أن مصلحة التحقيق تقتضي ذلك ".

وهنا يجب الإشارة إلى أن النيابة العامة عندما تتعامل مع الشكوى المقدمة من المتضرر فإنها قبل التحقيق تقوم بإحالة القضية إلى لجنة طبية مختصة للبحث حول مدى توافر الإهمال الطبي من عدمه، وهي مسالة تتعلق بالجانب المدني، ذلك أن الإهمال هو مصطلح مدني في الأصل وليس جنائيا [11].

---

(9) يوسف أديب، المسؤولية الجزائية للطبيب عن أخطائه المهنية، رسالة ماجستير ' جامعة المولى إسماعيل، المغرب ،2011، ص37

(10) عميرة فريدة، مرجع سابق، ص89. سايكى وزنه إثبات الخطأ الطبي أمام القضاء المدني، جمهورية الجزائر الديمقراطية الشعبية، رسالة ماجستير،2009 مرجع سابق، ص243.

(11) مناقشة مع الدكتور عبد الله الفرا، الأستاذ المشارك بجامعة الأزهر، في مكتب عميد كلية الحقوق، وذلك يوم الأربعاء الموافق 10 /2014/12.

وهنا يثار تساؤل وهو: هل اللجنة المكونة من قبل وزراه الصحة في جرائم الإهمال الطبي والتي بموجب نص المادة (64) من قانون الإجراءات الجزائية رقم 3 لسنه 2001 تعتبر جهة مخولة لجمع الاستدلالات؟ أو بمعنى آخر، هل يمكن اعتبار التقارير الصادرة عن عمل اللجنة الطبية هي محاضر استدلال؟

والحقيقة أنه إذا كانت النيابة العامة تعتمد اعتمادا كليا على التحقيقات والتحريات التي تقوم بها اللجنة الطبية، فهذه اللجنة هي الجهة صاحبة الاختصاص الأصيل في الكشف عن جريمة الإهمال الطبي، و يجد الباحثان أنه إذا كان عمل مأمور الضبط القضائي هو من الأعمال الاستدلالية الجوازية فإن أعمال الاستدلال في المجال الطبي يجب أن تكون واجبة، ذلك أنه لا يستطيع وكيل النيابة إجراء التحقيق بعيدا عن تحقيقات هذه اللجنة حيث أنها تقوم مقام الجهة القانونية التي تقوم بجمع الاستدلالات، فإذا انتهت اللجنة إلى عدم توافر الإهمال على النيابة العامة عدم تحريك الدعوى الجزائية والعكس صحيح، و إذا لم يكن هناك نص قانوني يجيز للجنة المشكلة من وزارة الصحة باعتبارها مأمور ضبط قضائي يقوم بجمع الاستدلالات وتقديمها للنيابة العامة حسب الأصول المتبعة في التحقيق بجرائم الإهمال إلا أن الممارسة العملية على أرض الواقع يجعلها كذلك.

وقد يجد البعض بان هذه اللجنة قد لا تتوافر فيها الحيادية إذا كانت من داخل المنظومة الصحية للمستشفى الأمر الذي يجد معه الباحث تحصين هذه اللجنة بنص قانوني يجعلها وجوبية العمل مع ضبط هذه اللجنة بشروط تضمن حياديتها من أعضاء يتسمون بالحيادية ومعروف عنهم الأمانة والنزاهة، وان يكون عملها تحت إشراف النيابة العامة بناء على نص المادة (64) من قانون الإجراءات.

وتجدر الإشارة في هذا المقام إلى أنه يمكن للمشرّع الفلسطيني الاستفادة من التشريع الإماراتي في القانون رقم (10) لسنة 2008 حيث أسند هذا القانون في المادة (15) مسالة تقرير حدوث الخطأ الطبي ومدى قيام المسؤولية الطبية إلى لجنة فينة دائمة يشكلها مجلس الوزراء، وتسمى اللجنة العليا للمسؤولية الطبية، وتضم هذه اللجنة أطباء استشاريين من مختلف التخصصات ومن جهات متعددة، وجاء في المادة (16) من القانون السابق أن اللجنة تختص بتقديم الرأي بناء على طلب النيابة أو المحكمة المختصة أو الجهة الصحية لكي تحدد:

أولاً–وجود خطأ من عدمه مع بيان سببه والأضرار المترتبة علية أن وجدت وعلاقة السببية بين الخطأ والضرر وايه أمور تطلب منها.

ثانياً–مخاطر المهنة المتعلقة بالممارسات الطبية[12].

المطلب الثاني

عبء إثبات [13] الخطأ الطبي

إذا كان إثبات الخطأ الطبي هو من اختصاص النيابة العامة في فلسطين، فإن عبء إثبات هذا الخطأ يقع على كاهلها، وبالتالي فإن عبء إثبات خطأ الطبيب يتوقف بحسب طبيعة التزام الطبيب تجاه المريض، هل هو التزام بتحقيق نتيجة أم ببذل عناية، وبيان ذلك على النحو الآتي:

الفرع الأول: التزام الطبيب ببذل عناية.

الفرع الثاني: التزام الطبيب بتحقيق نتيجة.

الفرع الأول

التزام الطبيب ببذل عناية

الأصل هو أن الطبيب إذا كان يداوي المريض إلا أنه ليس ضامنا شفاء علته، فالدواء من الطبيب والشفاء من الله عز وجل، كون العمل الطبي يتضمن نسبة من الاحتمال والحدس والتخمين ويعتبر عمله غير مضمون، لذا فلا يتصور أن يلتزم الطبيب بنتيجة مضمونة وهي شفاء المريض وكل من ينتظر من الطبيب أن يقوم بما يجب عليه من التزامات في حدود مستوى المهنة، وهذه الأسس هي التي تعتبر التزام الطبيب هو بذل عناية [14].

وعلى ذلك سيقوم الباحث بتقسيم هذا الفرع على النحو الآتي:

أولاً–موقف التشريع الفلسطيني من طبيعة التزام الطبيب الجزائية.

ثانياً–موقف القضاء من التزام الطبيب.

---

(11) فوزي عمران، مجلة دبي القانونية، العدد (9) أكتوبر، الجزء الأول، 2011، ص43

(12) يقصد بعبء الاثبات تحديد من يقع على عاتقة اقامه الدليل المثبت للحق أمام القضاء، عبد الله خليل الفرا، يوسف الغرباوي، الوجيز شرح قانون البيانات في المواد المدنية والتجارية، الطبعة الاولى ص12

(14) عميرة فريد، مرجع سابق، ص20.علاء الدين خميس، المسؤولية الطبية عن فعل الغير، دراسة مقارنة، دار الكتاب القانوني، بدون سنة نشر، ص104. منير رياض حنا، الأخطاء الطبية في الجراحات العامة والتخصصية، دار الفكر الجامعي الإسكندرية، الطبعة الأولى، 2013. ص103.

أولاً–موقف التشريع الفلسطيني من طبيعة التزام الطبيب الجزائية.

ذكر المشرع الفلسطيني في المادة (231) من القانون رقم (74) لسنة 1936 عبارة (وان يعتني العناية المعقولة لدى قيامه بذلك الفعل) إلا أنه لم يكن واضحا بما يكفي لتحديد هذا الالتزام الذي جاء حاسما في نص المادة (18) من المذكرة التمهيدية لمشروع المهن الصحية التي نصت على أنه " يلتزم مزاول المهنة في تعامله مع المريض ببذل العناية اليقظة التي تتفق مع الأصول العلمية المتعارف عليها ولا يلتزم بتحقيق نتيجة". [15]

في هذا النص نجد أن المشرّع تطلب من الطبيب بذل عناية تتفق مع الأصول العلمية المتعارف عليها، ولم يطلب نتيجة وهي شفاء المريض، فإذا ما خرج عن هذه الأصول العلمية أقيمت ضده المسؤولية، ونجد بان المشرّع أخذ بما جرى عليه القضاء الفلسطيني والمصري وهذا ما سنلاحظه لاحقا.

ثانياً–موقف القضاء من التزام الطبيب:

1–موقف القضاء الفلسطيني:

قضت محكمة الاستئناف الفلسطينية " أن الطبيب في معظم الحالات التزامه غالباً ببذل العناية لا بتحقيق نتيجة، لأن المطلوب منه في ممارسته لمهنته أن يقدم عناية طبيب يقظ من أواسط أقرأنه علما ودراية في الظروف المحيطة به أثناء ممارسته لعمله مراعاة التقاليد والأنظمة والأصول العلمية الثابتة والمعتمدة" [16]. وفى حكم آخر قضت محكمة الاستئناف الفلسطينية أن "تعيين واجبات الطبيب يكون بمقارنة مسلك طبيب أخصائي مثله إذا وجد في مثل هذه الظروف، لأن الأخصائي له ثقة خاصة لها وزنها عند تقدير ميعاد الخطأ نظرا لتخصصه، فعلى الطبيب أن يبذل للمريض جهودا صادقة يقظة ومناسبة في غير الظروف الاستثنائية مع الأصول العملية المقررة، وهى الأصول التي يعرفها أهل العلم ولا يتسامحون مع من يجهلها أو يتخطاها ممن ينتسب إلى عملهم"، و في ذات الحكم جاءت المحكمة بأمثلة تدل على عدم بذل الطبيب بالعناية الطبيبة اللازمة حيث قالت "وعلى ذلك يكون الطبيب مسؤولاً إذا أجرى عملية جراحية وهو في حالة سكر مع كون يده مصابة بعجز عن الحركة أو نقل الدم بغير أن يجرى (فحصا إكلينيكياً) أو

---

(15) المذكرة التمهيدية هي مشروع تم العمل علية وتم التصويت علية بالقراءة الثانية لكي يخرج إلى حيز التنفيذ ويعتبر عمل قانوني طبي يستحق الاستفادة منة والبناء علية

(16) حكم محكمة الاستئناف المنعقدة في القدس في الدعوى رقم 107 لسنة 2009، الصادر بتاريخ 2010/4/6.

أغفل ربط الحبل السري، وترك الطفل بغير عناية بعد مولده أو ترك سهوا أداة من أداوت الجراحية في جسم المريض مما يقتضى إجراء عملية جراحية أخرى للمريض نتيجة هذا الخطأ "[17].

إلا أنه لا يكفي لإدانة الطبيب واعتباره لم يبدل العناية المطلوبة أن تسوء حالة المريض، بل يجب أن يقوم الدليل على تقصير الطبيب في عنايته، ولا يتأتى ذلك إلا إذا وقع منه خطأ يمكن أن تترتب علية المسؤولية [18].

2-موقف القضاء المصري:

قضت محكمة النقض المصرية بان "التزام الطبيب وعلى ما جرى علية القضاء في هذه المحكمة ليس التزاما بتحقيق نتيجة هي شفاء المريض، وانما هو التزام ببذل العناية المطلوبة منة تقتضي أن يبذل جهودا صادقة يقظة تتفق في غير الظروف الاستثنائية مع الأصول المستقرة في علم الطب، فيسال الطبيب عن كل تقصير في مسلكه الطبي لا يقع من طبيب يقظ في مستواه المهني وجد في نفس الظروف الخارجية التي أحاطت بالطبيب المسئول كما يسال عن خطأه العادي أيا كانت درجته جسامته"[19].

وفى حكم آخر قضت بأن "فواجبه في بذل عناية مناطة بما يقدمه طبيب يقظ من أواسط زملائه علما ودراية في الظروف المحيطة به أثناء ممارسته لعمله مع مراعاة تقاليد المهنة والأصول العلمية الثابتة والمستقرة في علم الطب"[20].

من خلال سرد هذه الأحكام نجد بأن التشريع والقضاء الفلسطيني أخذ بما جرى عليه العمل بمحكمة النقض المصرية، وذلك بان طبيعة المسؤولية الطبية هي بذل العناية الكافية المتفقة مع الأصول العلمية.

---

(17) حكم محكمة الاستئناف المنعقدة في القدس في الدعوى رقم 344 لسنة 2010، الصادر بتاريخ 16\2\2011.

(18) منير رياض حنا، الخطأ الطبي الجراحي في الشريعة والقانون والقوانين العربية والأوربية والأمريكية، دار الفكر الجامعي الإسكندرية، الطبعة الأولى، 2008.ص 107.

(19) النقض المدني – الطعن رقم 464 – لسنة 36قضائية تاريخ الجلسة 21-12-1971 مكتب فني 22-رقم الجزء 1-رقم الصفحة 106، النقض المدني – الطعن رقم 111-لسنة 35 قضائية –تاريخ الجلسة 26-6-1969 مكتب فني 22 رقم الجزء 2 رقم صفحة 1075

(20) النقض المدني – الطعن رقم 2941 – لسنة 69 قضائية تاريخ الجلسة 1-6-2000 مكتب فني 22-رقم الجزء 1-رقم الصفحة 764.

ومن ذلك نخلص إلى ما يلي:

1-التزام الطبيب بالعناية المطلوبة يتحدد من خلال المفاهيم التي ذكرت دون حصرها ببنود محددة، إلا أنه التزام متحرك مع مدى التطور العلمي في مجال الطب في تطور الأجهزة والاكتشافات الطبية ما كان مطلوبا منه بذل عناية في حقبة زمنية أخرى يكون المطلوب تحقيق نتيجة في أحيان أخرى.

2-يجب على النيابة العامة إثبات أن الطبيب لم يقم ببذل العناية المطلوبة منه والمتمثلة في إهمال الطبيب أو انحرافه في الأصول المستقرة في المهنة، وارتكاب الخطأ الطبي والضرر الناتج عنه، وجميع عناصر الدعوى، ويمكن إثبات ذلك من خلال مقارنة سلوك الطبيب المدعى عليه بسلوك طبيب مماثل له من المستوى المهني نفسه مع الأخذ بعين الاعتبار الظروف الخارجية المحيطة بالطبيب وقت العلاج. كالمكان والظروف والامكانيات المتاحة كان يكون ذلك في مستشفى مزود بأحدث الآلات والأجهزة.

الفرع الثاني

التزام الطبيب بتحقيق نتيجة

الأصل العام هو التزام الطبيب ببذل العناية مما يقتضي منه أن يبذل لمريضه جهوداً صادقة نظراً لفكرة الاحتمال التي تهيمن على العمل الطبي، والتي تدخل فيها عوامل عديدة لا تخضع لسيطرة الطبيب [21].

وإذا كانت الالتزامات ببذل عناية هي التزامات غير محددة، فإن ذلك لا يمنع من وجود التزامات محددة يكون تنفيذها لا مجال فيه لفكرة الاحتمالية التي تبرر قصر التزام الطبيب على مجرد العناية ومثال ذلك:

إجراء العملية الجراحية في وقتها المحدد، والالتزام بتعقيم الأدوات الجراحية الطبية وتطهيرها، وإعطاء الدواء المطابق للمواصفات العلمية والفنية المستقرة، وكل الالتزامات الطبية التي بصدد التركيبات الصناعية، وتركيب الأدوية حسب المواصفات الطبية، وكل الالتزامات الطبية المتعلقة بنقل الدم أو التحاليل الطبية أو استخدام الأجهزة والأدوات الطبية، كل هذه الالتزامات محددة دون شك أنها التزام بتحقيق نتيجة، وليست مجرد بذل عناية محددة، كما أن التزامات الطبيب المتصلة بأعماله المادية وواجباته الإنسانية، مثل الحصول على رضاء المريض، أو إعلامه بمخاطر المرض والعلاج وحفظ أسراره، كلها التزامات بتحقيق

([21]) وائل عساف، مرجع سابق، ص.44 فريحة كمال ص 143.

نتيجة[22] إلا أن العمل الواحد قد يتضمن نوعي التزام مثل عمل طبيب الأسنان، حيث يلتزم بتقديم الأسنان الصناعية المطلوبة، وهو التزام بنتيجة كما يلتزم بتركيبها في مكانها الصحيح وهو التزام ببذل عناية [23].

1-التزام الطبيب بتحقيق نتيجة مؤداها ضمان سلامة المريض:

أن التطورات العلمية الحديثة في فن الطب سواء التشخيصي أم العلاجي أم الوقائي يجب أن يؤدى إلى تشديد الالتزامات الطبية الخاصة التي تقع على عاتق الأطباء فلا يتحدد ببذل العناية الطبية فقط ولا يتحدد بتحقيق نتيجة معينة وهى شفاء المريض، لأن الشافي هو الله سبحانه وتعالى أنما بضمان سلامة المريض وهو التزام وسط بين التزام ببذل عناية والتزام بتحقيق نتيجة، والتزام بضمان سلامة المريض التزام يقع على عاتق الطبيب أو المستشفى عند حضور المريض لتلقى العلاج، فليس من المنطق أن يحضر المريض من أجل الشفاء من مرضه وزوال أوجاعه، فيلحق به أمراض أخرى أو أن تسوء حالته أكثر سوءاً مما كانت عليه، ويعتبر الطبيب قد أخل بالتزامه إذا ساءت حالة المريض عما كانت عليه عند اللقاء الأول كان ينقل إليه مرض أثناء إعطائه دما لا يتفق مع فصيلته أو ملوث بجراثيم مرض معين، أو عدم تعقيم الأدوات الطبية أو مكان العلاج بالجراح أو وصف علاج له آثار جانبية أدت إلى سوء حالته والتزام الطبيب بضمان سلامة المريض يتفق ومقتضيات العدالة، ذلك لأن المريض حين يخضع للتخدير، يفقد وعيه، ويفقد معه كل وسائل رقابه العمل الطبي، فضلا على أن الظروف الجراحية تفرض أن يبتعد عنه أقرب أقاربه، ولذلك فإن الطبيب يلتزم في مواجهة مريضه أن يؤمن سلامته، ولا يقتصر الأمر على التزام ببذل عناية وان التزام الطبيب بضمان سلامة المريض يوجد في الحالات الطبية التي يكون التزام الطبيب فيها بتحقيق نتيجة [24]، وهذه الحالات هي:

أولاً-حالات المسؤولية الطبية عن استخدام الأدوات الطبية:

في هذه الحالات يلتزم الطبيب بتحقيق نتيجة و ليس ببذل عناية، لأنه هو الذي له السيطرة على هذه الأدوات، والتي تعتبر من الأشياء التي تتطلب عناية خاصة عند استخدامها، ومثال ذلك أن ينجم أو يتعطل جهاز التخدير مما ينجم عنه ضرر للمريض، ومن التطبيقات القضائية حكمت إحدى المحاكم في

---

(22) منير رياض حنا، مرجع سابق، ص 110.

(23) علاء الدين خميس، مرجع سابق، ص109.

(24) عميرة فريد، مرجع سابق، ص29. فريحة كمال، مرجع سابق، ص144.

فرنسا بمسؤولية الطبيب عن وفاه المريض أثناء الجراحة، نتيجة تسرب الغاز من جهاز التخدير واشتعاله بسبب شرارة تطايرت من الجهاز، وهنا لا يكلف المريض بإثبات خطأ الطبيب، ولا يستطيع الطبيب التخلص من المسؤولية إلا بإثبات السبب الأجنبي الذي أدى إلى حدوث الضرر[25].

ثانياً–حالات المسؤولية الطبية الناجمة عن ضرر المريض بسبب الإقامة في المستشفى:

حيث أن المستشفى ملتزمة بتحقيق نتيجة وهي حماية المريض من الأخطار التي يمكن أن تهدده في صحته، ورعايته الطبية أثناء تواجده في المستشفى [26]، وهذا الالتزام هو التزام بتحقيق نتيجة من قبل الطبيب أو المستشفى حيث أن من حق المريض أن يكون أمنا على نفسه بان ينقل له دم متفق مع فصيلة دمه سليم من أي تلوث مما يسبب أمراضا أخرى [27].

المطلب الثالث

سلطات القاضي في تقدير الخطأ الطبي

نتناول في هذا المطلب دور السلطة القضائية في إثبات الخطأ الطبي، وما مدى استعانة القضاء بالخبراء في تكوين قناعتهم تجاه الخطأ المرتكب من الأطباء، وسوف نعرض ذلك في فرعين على النحو الآتي:

الفرع الأول: دور السلطة القضائية في إثبات الخطأ الطبي.

الفرع الثاني: دور الخبرة في إثبات الخطأ الطبي وحجيتها.

([25]) بوخرس بلعيد، الخطأ الطبي اثناء التدخل الطبي، رسالة ماجستير، جامعة مولود معمرى،2011، سابق، ص16.

([26]) عميرة فريد، مرجع سابق، ص29.

([27]) عبد القادر الحسيني محفوظ، المسؤولية الجزائية للأشخاص المعنوية في المجال الطبي "دراسة مقارنة"، دار النهضة العربية، القاهرة، 2009، ص142.

إذا كان الأصل العام هو التزام الطبيب بضمان سلامة المريض إلا أنه يستثنى من ذلك في حالة السبب الأجنبي بفروعه (الظرف القاهر أو الحادث الفجائي – أو خطأ المريض – أو خطأ الغير) فإن الطبيب لا يسأل عن التزام بضمان سلامة المريض إذا أسند الضرر إلى سبب أجنبي لا يد له فيه. انظر في ذلك فريحة كمال، مرجع سابق، ص145 علاء الدين خميس، مرجع سابق، ص109.

الفرع الأول

دور السلطة القضائية في إثبات الخطأ الطبي

ذكرنا سابقاً أن النيابة العامة هي جهة الادعاء المختصة في إثبات الخطأ الطبي بكافة وسائل الإثبات المشروعة وللمحكمة تقدير وسائل الإثبات المقدمة لديها بناء على نصوص القانون.

ولقد أعطى القانون للمحكمة صلاحيه تقدير شهاده الشهود فأجاز لها أن تشير إلى سلوكهم وتصرفهم[28]، وعن كيفيه تقدير المحكمة في حالة اعتراف الطبيب، أعطى القانون للقاضي كامل الحرية في التقدير بناء على نص المادة (215)[29] من قانون الإجراءات الجزائية الفلسطيني رقم 3 لسنه 2001وليس بناء علمه الشخصي، وهذا ما أكدته المادة (205) من ذات القانون[30]، بل يحكم على حسب القناعة التي تكونت لديه بكامل حريته ولا يجوز أن يبنى الحكم على أي دليل لم يطرأ بالجلسة أو تم التوصل له بطريق غير مشروع وفقا لنص المادة (273)[31] ،وهذا ما أكده القضاء الفلسطيني عندما قضت محكمه النقض أنه" لمحكمه الموضوع سلطة تقديريه مطلقه في الإثبات المادي للوقائع ولها الحق في تكيف التهمه بما يتفق والتطبيق السليم للقانون على وقائع الدعوى".[32]

وقضت في السياق نفسه بأن "الاعتراف شأنه شأن باقي الأدلة في المواد الجزائية التي تخضع لتقدير المحكمة وقناعتها بصحتها عملاً بأحكام المواد (205)، (206 فقره1)، م(215) والمادة (273 فقره 1) وان القانون المذكور يخول المحكمة الاكتفاء بالاعتراف لإدانة المتهم أمام المحكمة أو أمام النيابة العامة الذي يشكل دليلا صالحا للإثبات اعتماد محكمه الموضوع [33].

---

(28) نصت المادة (234) من قانون الإجراءات الجزائية على أنه"–تقدر المحكمة قيمة شهادة الشهود ويجوز لها أن تشير إلى سلوكهم وتصرفهم في المحضر. وعن كيفية وضع الحكم نصت المادة

(29) نصت المادة (215) على أنه") الاعتراف من طرق الإثبات التي تخضع لتقدير المحكمة

(30) نصت المادة (205) على أنه" لا يجوز للقاضي أن يحكم بعلمه الشخصي

(31) نصت المادة (273) على أنه" القانون تحكم المحكمة في الدعوى حسب قناعتها التي تكونت لديها بكامل حريتها ولا يجوز لها أن تبني حكمها على أي دليل لم يطرح أمامها في الجلسة أو تم التوصل إليه بطريق غير مشروع.

(32) حكم محكمة النقض المنعقدة في غزة ـ الدعوى الجزائية رقم (294) ـ تاريخ الجلسة 31–10–2004 وحكم محكمة النقض المنعقدة في غزة ـ الدعوى الجزائية رقم (365) ـ تاريخ الجلسة 13–4–2005.

(33) حكم محكمه النقض المنعقدة في رام الله ـ الدعوى رقم 143. تاريخ الجلسة 2012\2\10

حيث قضت محكمة النقض المصرية في حكم لها "أن الأدلة في المواد الجزائية إقناعية و لمحكمه الموضوع أن تلتفت عن دليل النفي ولو حملته أوراق رسمية، ما دام يصح في العقل والمنطق أن يكون غير ملتئم مع الحقيقة التي تثبت لديها من باقي الأدلة القائمة في الدعوى، وهى غير ملزمه من بعد الرد صراحة على دفاع المتهم الموضوعي القائم على أساس نفي التهمة ما دام الرد عليه مستفاد ضمنا من قضائها بإدانته استناد إلى أدله الثبوت التي أوردتها في حكمها "وأكدت بأنه "لمحكمة الموضوع أن تأخذ بما تطمئن إليه من عناصر الإثبات ولو كان ذلك من محاضر الاستدلالات ما دامت مطروحة للبحث أمامها كما أنها غير ملزمة بسرد روايات كل الشهود –وان تعددت– وبيان وجه أخذها بما اقتنعت به، بل حسبها التفصيلات التي لم يوردها الحكم، ذلك بان لمحكمة الموضوع في سبيل تكوين عقيدتها تجزئة أقوال الشاهد والأخذ منها بما تطمئن إليه وطرح ما عداهما دون أن يعد هذا تناقضا في حكمها".

وأشارت إلى أنه "من حق محكمة الموضوع أن تستخلص من أقوال الشهود وسائر العناصر المطروحة أمامها على بساط البحث والصورة الصحيحة لواقعة الدعوى حسبما يؤدى إليه اقتناعها، وان تطرح ما يخالفها من صور أخرى ما دام استخلاصها سائغا مستندا إلى أدلة مقبولة في العقل والمنطق، ولها أصلها في الأوراق، وهي في ذلك ليست مطالبة بالأخذ بالأدلة المباشرة بل لها أن تستخلص صورة الدعوى كما ارتسمت في وجدانها بطريق الاستنتاج والاستقراء وكافة الممكنات العقلية ما دام ذلك سليما متفقا مع حكم العقل والمنطق" [34].

ويستفاد من الحكم السابق أن المحكمة عندما تنظر في قضية لا تتقيد بدليل دون الآخر ولا بشهادة دون الأخرى، وتكون عقيدتها الجزائية وقناعتها من خلال مجموع هذه العناصر، وفى مجال الأخطاء المادية تعتمد على ثقافتها الطبية العامة كونها لا تحتاج إلى اختصاصيين.

---

(34) النقض الجنائي، الطعن رقم 9841، لسنه 70قضائية، تاريخ الجلسة 18-3-2002، مكتب فني 53 – رقم الجزاء 0، رقم الصفحة 485.

الفرع الثاني

دور الخبرة في إثبات الخطأ الطبي

قضت محكمة النقض الفلسطينية بأن " الخبرة من طرق الإثبات وتخضع لتقدير محكمة الموضوع ولا سلطة لمحكمة النقض عليها في ذلك ما دام أن استخلاصها كان سليماً وله ما يبرره"[35]

إلا أن القاضي مهما اتسع نطاق ثقافته ومعارفه، لا يمكنه أن يبلغ مبلغ الاختصاصين الفنيين في مجال تخصصهم، وهو أحوج ما يكون إلى تقنية الخبرة في قضايا المسؤولية الطبية الجراحية بالذات، والتي يتطلب تقديرها إلماما دقيقا بأصول الفن الطبي والجراحي وخصوصياته التقنية الدقيقة والمعقدة، وهذه القضايا التي تتطلب من الطبيب بذل العناية المطلوبة المتمثلة بالتزام الطبيب بالأصول الطبية في مهنته، وفى ذلك قضت محكمة النقض المصرية "أن مالا يحيط به علم القاضي في المسائل الفنية يرجع في فهمه وتقديره إلى ذوي الاختصاص والخبرة، وان تعارضت إفادتهم يستعين بأكثر من خبير"[36] .

إلا أن استعانة المحكمة بالاختصاصيين والخبراء لا يعنى أنهم هم من يقررون خطأ الطبيب من عدمه، بل كلمة الفصل فقط للمحكمة فهي غير ملزمة برأي الخبير وفى ذلك قررت محكمة النقض المصرية:" بقولها "لمحكمة الموضوع كامل الحرية في تقدير القوة التدليلية لتقارير الخبراء المقدمة في الدعوى والفصل فيها يوجه هذه التقارير من اعتراضات والمفاضلة بينها والأخذ بما ترتاح إليه وطرح ما عداه لتعلق هذا الأمر بسلطتها في تقدير الدليل فلا يجوز مجادلتها في ذلك أمام محكمة النقض"[37].

المطلب الرابع

الصعوبات التي تكتنف إثبات العمل الطبي من وجهة نظر الباحث

بعد الحديث عن إثبات الخطأ الطبي سواء من قبل ممثل الادعاء العام النيابة العامة أو تقدير إثباته من قبل المحكمة من قبل المحكمة التي تنظر قضايا الخطأ الطبي، فإن الباحث يجد أن عدم وجود تشريعات تنظم علاقة المريض بالطبيب وعدم وجود أطر قانونية تستطيع من خلالها تحديد الإهمال الطبي وإثباته وخلق صعوبات على أرض الواقع تكتنف إثبات الخطأ الطبي، وهذه الصعوبات تم التوصل إليها من خلال زيارة الباحث الميدانية للمؤسسات الصحية ومؤسسات حقوق الأنسان المهتمة بمتابعة الأخطاء الطبية، وهذه الصعوبات تواجه المجني عليه والنيابة العامة الممثلة عن المريض، كذلك المحكمة التي تنظر قضايا الخطأ

---

(35) حكم محكمة النقض المنعقدة في رام الله في الدعوى الحقوقية رقم 470 تاريخ الجلسة 2013/1/31.

(36) النقض الجنائي–الطعن رقم 248 لسنة 22 قضائية تاريخ الجلسة 27–10–2001مكتب فني 23 رقم الجزء 2 رقم الصفحة 768

(37) النقض الجنائي–الطعن رقم 1566 لسنة 42 قضائية تاريخ الجلسة 11–2–1973 مكتب فني 24 رقم الجزء 1 رقم الصفحة 180.

الطبي، وهذه الصعوبات تتلخص في تضامن أصحاب المهن الطبية مع بعضهم البعض، وعدم تعاون المؤسسة الصحية وهيمنة السرية على الأعمال الطبية التي يقوم بها الأطباء أثناء ممارستهم لعملهم على جسم المريض، كذلك الاعتماد على اللجنة المشكّلة من المؤسسة الصحية؛ لإثبات الخطأ الطبي من عدمه، مما يصعب إثبات خطأ الطبيب في أي مرحلة من مراحله، وعلى ذلك سيقوم الباحث بتقسيم هذا المطلب إلى ثلاثة فروع على النحو الآتي:

الفرع الأول: تضامن أصحاب المهن.

الفرع الثاني: عدم تعاون المؤسسة الصحية وهيمنة السرية على الأعمال الطبية.

الفرع الثالث: الاعتماد على اللجنة المشكّلة من المؤسسة الصحية لإثبات الخطأ الطبي من عدمه.

الفرع الأول
تضامن أصحاب المهن

من الصعوبة بمكان إثبات الخطأ الطبي المهني بشكل خاص، إلا من خلال الاستعانة باهل الخبرة من القطاع الطبي، كونه عملاً يحتاج إلى تخصص وخبرة طبية، فالطبيب وحده يعلم ما ينبغي القيام به وما لا ينبغي القيام به، وأدري بالسلوك الطبي المتفق مع الأصول الطبية الفنية والسلوك الذي يعتبر انحراف عن الأصول الطبية المهنية، لذلك كان يجب انتداب أهل الخبرة من المهنة نفسها من أطباء ومتخصصين لتفحص السلوك الذي مارسه الطبيب المهتم بارتكاب سلوك خاطئ.

إلا أن الصعوبة تكمن في تضامن أصحاب المهنة بدافع الزمالة مما لا يؤتمن على حياديتهم، وكثيراً ما يميلون إلى زميلهم خصوصاً بأنهم أطباء ممارسون ومن الممكن في أي وقت أن يكونوا في وضع هذا الطبيب المتهم بارتكاب سلوك طبي خاطئ، مما يجعلهم يسعون إلى تخليص زميلهم من المسؤولية.

وفى هذا السياق يجد الباحث أنه أحيانا لا يوجد استعداد لدى أي طبيب للاستجابة إلى أي دعوة أو طلب خبرة، فمنهم من يعتذر منعا للإحراج أو يضعون مبررات أغلبها غير صحيحة تخفى تهربا من الخبرة أو أنهم يسوفون ويماطلون في تلبية أمر المحكمة أو النيابة العامة إلى حد يصل إلى ضياع فرصة إثبات ما يطلب إثباته، أو أنهم يقدمون تقريرا غالبا ما يكون عاما دون تفصيلات وتعليلات أو مبهما في كثير من الأحيان، فلا يجدي في إظهار الحقيقة، وكان هناك اتفاقا ضمنيا بين الأطباء على محاباة ومجاملة

زملائهم الأطباء، وكل هذا مما يجعل صعوبة العثور على طبيب موضوعي يرتكز على تقريره أو شهادته مما يعيق جهد وعمل النيابة العامة والمحكمة في القدرة للوصول إلى الحقيقة.

ويلاحظ أن أغلب الردود الصادرة من اللجنة الطبية المشكلة من وزارة الصحة في غزة أو الضفة الغربية بالتحقيق في الشكاوى المقدمة من المرضى ومن ذويهم بخصوص وقوع خطأ طبي أثناء التدخل الطبي نجد أن أغلب الردود تأتي بهذه الصياغة: " أن الأضرار التي نتجت لم تكن أخطاء طبية أنما هي مضاعفات طبيعية ليس إلا [38]، دون أن يتم تحديد ما هي هذه المضاعفات، وهذا مما يدل على تضامن وتسامح الأطباء مع زملائهم، وعدم الالتزام بالحيادية.

الفرع الثاني

عدم تعاون المؤسسة الصحية وهيمنة السرية على الأعمال الطبية

السبب الثاني الذي يكتنف صعوبة إثبات الخطأ الطبي من وجهة نظر الباحث هي عدم تعاون المؤسسة الصحية واحاطة الإعمال الطبية بالسرية من قبل المؤسسة الصحية، الأمر الذي يترتب عليه وجود صعوبات في مواجهة ذوي المرضى أو المؤسسات الخاصة بمتابعة الأخطاء الطبية.

حيث أن ذوي المريض يعانون من عدم قدرتهم على الاطلاع على ما حدث مع ابنهم المريض، وكيفية سير العمل الطبي، وما هي الإجراءات الطبية التي اتخذت على جسم مريضهم وذلك برفض المستشفى تسليم ذوي المريض صورة مصدقة من الملف الطبي الخاص بالمريض، مما يسمح لهم بإقامة الإجراءات القانونية ضد من ارتكب سلوك مخالف للقانون من قبل الأطباء الذين أشرفوا على علاج ابنهم المريض.

ويتضح ذلك من الشكاوى المقدمة لدى مؤسسات حقوق الإنسان بامتناع المستشفى عن إعطاء المريض صورة مصدقة من ملفه الطبي والفحوصات التي أجراها أو تقريرا طبيا دقيقا بحالته الصحية[39] والأصل بان القانون أعطى للمريض وذويه حق التبصر المستنير عن حالته الصحية، وما سيقوم به الطبيب قبل التدخل الطبي، ونذهب إلى ضرورة تبصير المريض وذويه عما هي أسباب عدم شفاء المريض، واسباب

---

(38) معن إدعيس، كتيب الأخطاء الطبية سلسلة تقارير قانونيه رقم (77)، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، ص 35.

(39) معن إدعيس، مرجع سابق، ص 34.

سوء حالته أكثر، وكذلك عرض جميع التقارير والفحوصات والأسلوب الذي يستخدمه الطبيب أثناء التدخل الجراحي، والنتيجة التي حدثت من خلال أوراق كاملة ومصدقة حتى يتسنى للمريض أو ذويه باتخاذ الإجراءات القانونية[40] التي تنصف المريض والطبيب أيضا، فعدم تعاون المؤسسة الصحية ورفضها تسليم التقارير الخاصة يثير الشبهة والتشكك، وتجعل استحالة القدرة على إثبات الخطأ الطبي المرتكب، وكيف سيقوم المريض أو النيابة العامة بإثبات الخطأ الطبي دون أي دليل إثبات.

الفرع الثالث

الاعتماد على اللجنة المشكّلة من المؤسسة الصحية لإثبات الخطأ الطبي من عدمه

السبب الثالث الذي يجد الباحث أنه يكتنفه الصعوبة لإثبات الخطأ الطبي هو الاعتماد على لجنة التحقيق المشكّلة من قبل المؤسسة الصحية نفسها لتحديد وجود خطأ من عدمه كما تحدثنا سابقا بان هذه اللجنة عبارة عن أطباء هم زملاء الطبيب الذي أنحرف بسلوكه عن الأصول الطبية وهم ممارسون. وايضا من الممكن أن يكون أحدهم في وضع هذا الطبيب، لذلك لا يجب الاعتماد على تقرير اللجنة واعتبارها لجنة داخلية ليس لها حجية أمام النيابة العامة أو القضاء كونها لا تتمتع بالاستقلالية ولا يؤمن على حياديتها. ومن خلال الاطلاع على بعض الشكاوى تبين أن النيابة العامة تعتمد تقرير اللجنة في السير في هذه الدعوى من عدمه، وتعتمد قرار اللجنة أيضا في تحقيقاتها، وهذا مخالف للقانون حيث أن هذه اللجنة تقوم مقام الخصم والحكم في أن واحد.

وبناءً على ذلك يجد الباحث أنه يجب أن يكون للنيابة العامة أو القضاء لجنة مختلفة تحدد أفرادها من خارج وزارة الصحة بشروط تضمن الحيادية والاستقلالية تماما ويكون أحد أفردها من النيابة العامة، كذلك بطء التحرك من قبل النيابة العامة في التحقيق بواقعة انحراف السلوك الطبي يؤدى إلى ضياع الأدلة وصعوبة إثباتها خصوصا إذا نتج عن الخطأ الطبي وفاة المريض واعطاء ترخيص بدفنه دون تشريحه لمعرفة سبب الوفاة بشكل طبي، فلا يتبقى للنيابة العامة أو اللجنة سوى أوراق الملف الطبي وتقرير الطبيب المعالج الذي ينظمه كيفما شاء دون أي رقابة، لكي يبحث على دليل فيه، وهذا يشكل قصوراً وصعوبة لإثبات الخطأ الطبي.

خاتمة

---

(40) محمد عبد الله ملا أحمد، ممارسه العمل الطبي بين الإباحة والتجريم" دراسة مقارنة"، دار المطبوعات الجامعية، 2012، ص 89.

بعد الانتهاء من هذه الدراسة بتوفيقٍ من الله عز وجل فقد خلصنا فيها إلى مجموعة من النتائج والتوصيات، وهي على النحو التالي:

أولاً-النتائج:

1- وجود فراغ قانوني في القواعد المنظمة لمهنة الطب بشكل عام وكيفية إثبات الخطأ الطبي بشكل خاص.
2- عدم وجود أطر قانونية تنظم أحكام المسؤولية الطبية أدى إلى صعوبة التحقيق في الجرائم الناتجة عن سلوك الطبيب الخاطئ واثباته، وصعوبة إثبات الخطأ الطبي أمام المحاكم.
3- عدم وجود محاكم خاصة ومختصة بنظر قضايا الخطأ الطبي أدى إلى صعوبة إثبات الخطأ الطبي.
4- أن الطبيب في معظم الحالات التزامه غالبا ببذل العناية لا بتحقيق نتيجة وإذا كانت الالتزامات ببذل عناية هي التزامات غير محددة، فإن ذلك لا يمنع من وجود التزامات محددة يكون تنفيذها لا مجال فيه لفكرة الاحتمالية التي تبرر قصر التزام الطبيب على مجرد العناية.

ثانياً-التوصيات:

1-اقتراح على المستوى التشريعي:

- سن قانون خاص بالمسؤولية الطبية يعالج الفراغ التشريعي على أن يتم معالجة تتعلق بما يلي:
- تحديد التزامات الأطباء والمؤسسات الصحية العامة والخاصة وعلاقتها بالمريض منذ دخوله المؤسسة الصحية حتى شفائه.
- إفراد نصوص تشريعية خاصة بتنظيم المراكز والعيادات الخاصة ووضع آلية متابعة ومراقبة تسهل إثبات الخطأ الطبي في حالة وقوعه وحتى لا يكون المريض بعيدا عن أعين رقابة الإدارة الصحية بالدولة.
- إفراد نصوص خاصة باللجنة التي تشكل من قبل وزارة الصحة واعطائها صفة الضبطية القضائية بعد تقييدها بضوابط خاصة يضمن حياديتها.

2-اقتراح على مستوى تطوير القضاء الطبي:

- إنشاء محاكم خاصة للنظر بقضايا الخطأ الطبي يكون من ضمن تكوينها مستشارون أطباء وتكريما للأطباء ولضمان عدم احتكاك الأطباء بباقي المجرمين.

- إنشاء نيابة خاصة للتحقيق بجرائم الإخطاء الطبية يتم تطوير أداء وكلاء النيابة على المستوى الطبي بما يضمن قدرتهم على التحقيق في مثل هذا الجرائم.

3-اقتراح على مستوى المؤسسة الصحية:

- رصد الأخطاء الطبيّة والبحث الدقيق لمعرفة أسباب هذه الأخطاء ووضع إحصاءات دقيقة علميا وعمليا لمعالجتها للحدّ من حدوثها مع التأكيد على عدم التشهير أو التساهل.

المراجع

أولاً–القرآن الكريم.

ثانياً–الكتب العامة:

1– إيمان محمد الجابري، المسؤولية القانونية عن الأخطاء الطبية دراسة مقارنة للقوانين (الإماراتية – المصرية–الأمريكية – اليابانية)، دار الجامعة الجديدة، 2011، بالإسكندرية، بدون سنة نشر.

2– سمير عبد السميع الأذون، مسئولية الطبيب الجراح وطبيب التخدير ومساعديهم، منشاة المعارف بالإسكندرية، 2004.

3– عبد الرازق أحمد السنهوري، الوجيز في النظرية العامة للالتزام، منشاة المعارف بالإسكندرية 2004.

4– عبد القادر الحسيني إبراهيم محفوظ

- المسؤولية الجزائية للأشخاص المعنوية في المجال الطبي "دراسة مقارنة"، دار النهضة العربية القاهرة، 2009.

5– علاء الدين خميس، المسؤولية الطبية عن فعل الغير" دراسة مقارنة"، دار الكتاب القانوني، بدون سنة نشر.

6– عبد الله خليل الفرا، يوسف الغرباوي، شرح قانون البينات في المواد التجارية، الطبعة الأولى

7– محمد عبدا لله ملا أحمد، ممارسة العمل الطبي بين الإباحة والتجريم" دراسة مقارنة"، دار المطبوعات الجامعية، 2012.

8– منير رياض حنا:

- الخطأ الطبي الجراحي في الشريعة والقانون والقوانين العربية والأوربية والأمريكية، دار الفكر الجامعي الإسكندرية، الطبعة الأولى، 2008.
- النظرية العامة للمسؤولية الطبية في التشريعات المدنية ودعوى التعويض الناشئة عنها، دار الفكر الجامعي الإسكندرية، الطبعة الأولى، 2011.

9– هشام عبد الحميد فرج، الأخطاء الطبية سلسلة في الطب الشرعي، مطابع الولاء الحديثة، 2007.

ثالثاً–الرسائل العلمية:

1- بوخرس بلعيد، الخطأ الطبي أثناء التدخل الطبي، رسالة ماجستير، جامعة مولود معمري، 2011.

2- سايكي وزنه، إثبات الخطأ الطبي أمام القضاء المدني، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جامعة مولود، رسالة ماجستير، 2011.

3- عبد القادر تيشه، الخطأ الشخصي للطبيب في المستشفى العام، دار الجامعة الجديدة–الإسكندرية، رسالة ماجستير، 2011.

4- عميرة فريد، مسؤولية المستشفيات في المجال الطبي، رسالة ماجستير، جامعة مولود معمري، بدون سنة نشر

5- فريحة كمال، المسؤولية المدنية للطبيب، رسالة ماجستير ' جامعة مولود معمري، 2012

6- وائل عساف، المسؤولية المدنية للطبيب، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير.

7- يوسف أديب، المسؤولية الجزائية للطبيب عن أخطائه المهنية، رسالة ماجستير ' جامعة المولى إسماعيل، 2011.

رابعاً–الأبحاث العلمية:

1–فوزي عمران

- المسؤولية الجزائية عن الأخطاء الطبية مجلة دبي القانونية، العدد (10) إبريل، الجزء الثاني، 2012.
- المسؤولية الجزائية عن الأخطاء الطبية، مجلة دبي القانونية، العدد (9) أكتوبر، الجزء الأول، 2011.

2–معن إدعيس، كتيب الأخطاء الطبية سلسلة تقارير قانونيه رقم (77)، الهيئة المستقلة لحقوق الأنسان.

خامساً–مجموعة الأحكام القضائية:

- مجموعة أحكام النقض المصرية، شبكة قوانين الشرق، أحكام غير منشورة **www.eastlaws.com**
- منظومة التشريع والقضاء في فلسطين —**http://muqtafi.birzeit.edu/welcome.aspx**.

سادساً–القوانين الفلسطينية:

- قانون الإجراءات الجزائية رقم (3) لسنة 2001.
- قانون العقوبات رقم (16) لسنة 1960.
- قانون العقوبات رقم (74) لسنة 1936.
- المذكرة التمهيدية لمشروع المهن الصحية 2013.

المسئولية المدنية للطبيب عن أخطائه المهنية

د. شرين محمد خضر القاعود

ملخص: يحدث في الحياة العملية أن يقوم الطبيب بارتكاب خطأ سواء أكان ذلك في تشخيص الأمراض أو في علاجها، ويكون هذا الخطأ موجب للمسئولية المدنية، فهل تطبق الأحكام العامة للمسئولية المدنية على مسئولية الطبيب عن أخطائه المهنية؟ لقد تناولت الدراسة الإجابة عن هذا التساؤل من خلال بيان مفهوم الخطأ الطبي وأنواعه وصوره، وتناولت الدراسة نوع المسئولية المدنية الواجبة التطبيق على الطبيب في حالة إخلاله بواجبه، وتوصلنا إلى أن الفقه والقضاء يجمعان على أن مسئولية الطبيب تكون عقدية كلما تولى الطبيب علاج المريض بناءً على طلبه، لوجود عقد بين الطبيب ومريضه، وأن إخلال الطبيب يؤدي إلى مساءلته عقدياً، وتوصلنا إلى أن المشرع لم يضع نصوصاً خاصة بمسئولية الطبيب، بل يقيم المسئولية المدنية عن الأخطاء الطبية طبقاً للقواعد العامة.

Compensation for Damage

Happens in real life that the doctor of wrongdoing, whether in the diagnosis of diseases or to treat, and this error is plus civil liability, does the general provisions of civil liability applicable to the responsibility of the doctor for professional mistakes? The study dealt with the answer to this question by demonstrating the concept of medical error and forms and manifestations, the study examined the type of applicable civil liability of the doctor in case of breach of duty and we determined that jurisprudence and the law agree that the responsibility of the doctor to be dogmatic when it comes to treating the patient at his request due to the existence of a contract between the doctor and his patient. The doctor negligence leads to accountability. We have determined that the legislature did not put into law the responsibility and liability of a private doctor, but assesses a civil liability of medical errors or malpractices, according to the general rules.

مقدمة

الطب مهنة إنسانية وأخلاقية وعلمية مقدسة، لها أهميتها الدائمة وينشأ عنها علاقة ما بين المريض والطبيب، هي إنسانية بطبيعتها وقانونية تحتم على الطبيب الاهتمام بالمريض وعمل كل ما يلزم لعلاجه وبذل العناية التي تقتضيها مهنة الطب. ولقد اتسع نطاق المسئولية الطبية نظراً للتوسع والتقدم في جميع الآفاق الطبية الذي اقترن بالتطور الهائل في مجال المخترعات الحديثة من معدات وأجهزة طبية وانتشار الأبحاث الطبية وسهولة الاتصال بالدول المتقدمة في مجال العلوم الطبية والتطور الكبير المتسارع في مجال العمليات الطبية، لذا كان من الطبيعي أن توجد في جميع الدول قوانين منظمة لمهنة الطب والكفيلة بالمحافظة على

سلامة الإنسان وحمايته من تجاوزات الأطباء وأخطائهم الطبية التي قد ترتكب بحق مرضاهم، مع التسليم بأن مهنة الطب شأنها في ذلك شأن باقي المهن من المتوقع أن يحدث فيها أخطاء وتجاوزات منسجماً ذلك مع طبيعة الإنسان غير المعصومة من الخطأ. والمشرع الفلسطيني لم يتعرض كغيره في معظم الدول العربية للمسؤولية الطبية إنما طبق عليها القواعد العامة للمسؤولية المدنية، وهي غير واضحة المعالم وخاصة في ظل التطور العلمي الحديث، وظهور الاختراعات والاكتشافات العلمية والطبية. ولأهمية موضوع الأخطاء الطبية والمسؤولية الناتجة عنها، فسينصب الحديث حول المقصود بالخطأ الطبي وأنواع المسؤولية التي تترتب على الطبيب حيال ارتكابه لهذا الخطأ.

موضوع البحث: يتمثل موضوع البحث في المسئولية المدنية للطبيب عن أخطائه المهنية، تعتبر المسئولية الطبية صورة من صور المسئولية المدنية إلا أنها اكتسبت أهمية خاصة نظراً للطبيعة الخاصة لهذه المهنة، ولحجم الأخطاء وكذلك الدعاوي التي تتعلق بالمسئولية الطبية أمام القضاء، ومن أهم المشاكل التي يواجهها هذا الموضوع عدم وجود قانون خاص بالمسئولية الطبية، بل يتم تطبيق القواعد العامة للمسئولية المدنية، وتطبيق هذه القواعد بطريقة مجردة يؤدي إلى وجود خلافات كبيرة في وجهات النظر القانونية لطبيعة مهنة الطب، وبالتالي اختلاف المعايير بين مختلف القوانين العربية للفصل في هذا الموضوع، ولذلك فإن هناك حاجة ماسة وواضحة لحسم هذه الإشكالية القانونية، وحاجة للبحث بها من ناحية الطبيعة القانونية لمسئولية الطبيب المدنية، وطبيعة التزامه اتجاه المريض، وكذلك شروط قيام المسئولية المدنية للطبيب، والخطأ الطبي والضرر وعلاقة السببية بينهما، بالإضافة إلى الآثار المترتبة عن المسئولية المدنية للطبيب، وآلية تعويض المريض.

أهمية البحث: تكمن أهمية البحث في دراسة الحلول التشريعية والفقهية والقضائية لضمان حصول المتضرر على حقه في التعويض الناتج عن خطأ الطبيب، وتوضيح المسئولية التي يتعرض لها الطبيب إذا أهمل أداء واجبه، إذ إن هذا الإهمال قد يؤدي إلى فقد المريض لأعز ما يملك وهو الحياة.

هدف البحث: يهدف البحث للوصول إلى الطريقة التي من خلالها يواكب المشرع التطورات الحديثة التي حصلت في المجال الطبي، ووضع نصوص قانونية وضوابط لهذه المهنة.

مشكلة البحث: تكمن مشكلة البحث في مسئولية الطبيب عن خطئه المهني واتساقاً مع هذه المشكلة طرحنا التساؤلات الآتية: ما هو الخطأ الطبي الموجب للمسئولية؟ ما نوع المسئولية المدنية الواجبة التطبيق على الطبيب؟ أهي المسئولية العقدية أم المسئولية التقصيرية؟ وما هي طبيعة التزام الطبيب؟ أهو التزام ببذل عناية أم التزام بتحقيق نتيجة؟ وما هي شروط قيام مسئولية الطبيب؟

منهجية البحث: في هذا البحث سيتم استخدام المنهج التحليلي من خلال تحليل الآراء والأحكام والقواعد التي تعني بهذه المسئولية، والعمل على تأصيلها في وحدة فكرية تمثل جوانب متكاملة لنظرية قانونية متناسقة.

هيكلية البحث: اقتضت طبيعة البحث أن نقسمه إلى ثلاث مباحث وخاتمة على النحو الآتي:

المبحث الأول: ماهية الخطأ الطبي.

المبحث الثاني: الطبيعة القانونية للمسئولية المدنية للطبيب.

المبحث الثالث: أحكام المسئولية المدنية عن خطأ الطبيب.

خاتمة.

المبحث الأول

ماهية الخطأ الطبي

نتناول في هذا المبحث بيان تعريف الخطأ الطبي وأنواعه، ثم نبين صور الخطأ الطبي في التشخيص، وصوره في كتابة روشتة العلاج، وأخيراً الخطأ الطبي في رفض علاج المريض، على النحو الآتي.

المطلب الأول

تعريف الخطأ الطبي وأنواعه

يعتبر الخطأ الطبي الركيزة الأساسية لتحقق المسؤولية الطبية، ولا بد من وقوعه من الطبيب المعالج للمريض، سنتناول في هذا المطلب مفهوم الخطأ الطبي، وأنواعه على النحو الآتي:

الفرع الأول

مفهوم الخطأ الطبي

لم يضع المشرع في قوانين مزاولة مهنة الطب تعريفاً للخطأ الطبي، تاركاً ذلك لاجتهاد الفقه والقضاء، فعرفه البعض بأنه " ذلك الانحراف في سلوك الطبيب المحترف الحريص والمثابر والمؤهل، لو وضع في نفس الظروف التي كان فيها الطبيب مرتكب الضرر فأي اختلاف بين مسلك الشخصين يظهر وجود الخطأ[1].

وكذلك هو" إخلال من الطبيب بواجبه في بذل العناية الوجدانية اليقظة الموافقة للحقائق العلمية المستقرة "[2].

---

1 المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمهنيين المسؤولية الطبية ج 1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، ص145.

2 د. منذر الفضل، الخطأ الطبي، مجلة القانون نقابة المحامين الأردنيين، 1999م، ص13.

ونري من جانباً بأن الخطأ المهني هو " إخلال بواجب قانوني عام، يقترن بإدراك المخل بهذا الواجب" وبالتالي يمكن معرفة انحرافه عن مهنته أو واجبه المهني بالاستناد إلى الأصول والمبادئ الثابتة والمستقرة لمهنة الطب، وكذلك قواعد وعادات هذه المهنة المتعارف عليها، ويكون

الطبيب مخطئاً إذا لم يقم ببذل العناية الوجدانية اليقظة، ولم يف بواجباته اتجاه المريض بشكل عام، وأن تكون عنايته مخالفة للحقائق العلمية، لأن من واجبه متابعة التطور العلمي الحديث باستمرار، ونظراً لعنصر الاحتمال الكامن في كل علاج نتيجة عدم اكتمال هذا العمل الطبي، وخاصة بسبب الاكتشافات الحديثة فإنه يتطلب التمييز بداية بين الخطأ المهني والخطأ العادي عند تناول مدي مسؤولية الأطباء عن الأخطاء التي تصدر عنهم عند مزاولتهم مهنتهم.

الفرع الثاني

أنواع الخطأ الطبي

ينقسم خطأ الطبيب من حيث طبيعته إلى خطأ عادي، وخطأ فني، ومن حيث درجة الخطأ إلى خطأ جسيم، وخطأ يسير.

أولاً: الخطأ العادي والخطأ الفني

الخطأ العادي هو الخطأ الخارج عن ميدان المهنة التي يمارسها الشخص الذي نسب إليه الخطأ، وهو الإخلال بالالتزام المفروض على الناس كافة باتخاذ الحيطة والعناية اللازمة عند القيام بسلوك معين، لتفادي ما قد يؤدي إليه هذا السلوك من نتيجة ضارة وغير مشروعة، فالأخطاء العادية إذا هي التي تصدر من أي شخص ولا علاقة لها بصفة الطبيب وتسمي أخطاء مادية، ومن أمثلة الأخطاء المادية التي يقترفها الطبيب أن ينسي إحدى أدوات الجراحة في بطن المريض، أو إذا لم يراع الطبيب قواعد النظافة أثناء عمله أو قيامه بعملية جراحية مع كون يده اليمني مصابه بعجز عن الحركة[1].

أما الخطأ الفني أو الخطأ المهني فهو الخطأ الداخل في نطاق المهنة التي يزاولها الشخص صاحب تلك المهنة، فالخطأ الفني إذا هو إخلال رجل الفن كالطبيب بالقواعد العلمية والفنية التي تحددها وتفرضها عليه الأصول والأحكام القانونية العامة لمباشرة مهنته، ومن أمثلة الأخطاء الفنية التي ارتكبها ذوو المهن الطبية

[1] أحمد محمود سعد، مسؤولية المستشفى الخاص عن أخطاء الطبيب ومساعديه، رسالة دكتوراه جامعة القاهرة، 1983م، ص272.

الخطأ في تشخيص المرض، أو أن يقوم طبيب غير مختص في الجراحة بإجراء عملية جراحية لمريضه، أو ألا يقوم الطبيب بأمر المريض بأمر معين تحتم قواعد مهنة الطب ضرورة القيام بذلك[1].

ثانياً: الخطأ الجسيم والخطأ اليسير

لقد كان الهدف من تقسيم الخطأ الذي يرتكبه الأطباء إلى خطأ مهني جسيم وخطأ عقدي يسير هو إعفاء الأطباء من المسؤولية عن الخطأ المهني إلا إذا كان جسيماً، ويعرف الخطأ الجسيم قانوناً أنه ذلك الخطأ الغير عمدي والذي لا تتوافر فيه نية الإضرار بالغير، ولكن كون هذا الخطأ جسيماً وكبيراً فإن ذلك دفع بفقهاء الرومان إلى تشبيهه بالخطأ العمدي أو الخطأ التدليسي، فالخطأ الجسيم بصفة عامة هو ذلك الخطأ الذي لا يصدر إلا من أقل الناس تبصراً[2].

ويسأل الطبيب عن كل خطأ يصدر منه بلا تفرقة بين خطأ فني وخطأ عادي ولا بين خطأ جسيم أو خطأ يسير. ومن ثم يخضع الطبيب للمعيار العام أو بعبارة أخري يسأل الطبيب كلما كان الخطأ الذي أتاه لا يأتيه طبيب من مرتبته وجد في ذات الظروف الخارجية التي أحاطت بالطبيب المسؤول، فالطبيب الاختصاصي مسؤوليته أشد في مجال تخصصه من الممارس العام، وكان بعض الفقهاء يقول للتيسير على الأطباء بالتفرقة بين الخطأ الفني الذي يتصل بالمهنة والخطأ العادي الذي لا يتصل بالمهنة وفي صدد الأول لا يسأل إلا عن خطئه الجسيم، أما بصدد الثاني فيعامل الطبيب كأي شخص آخر[3].

المطلب الثاني

صور الخطأ الطبي

يتخذ الخطأ الطبي في العلاج عدة صور: منها الخطأ في تشخيص المرض، رفض الطبيب علاج المريض، الخطأ في كتابة روشتة العلاج، نبين في هذا المطلب صور الخطأ الطبي هذه على النحو الآتي:

---

[1] مصطفي مرعي، المسئولية المدنية في القانون المصري، دار النهضة العربية، 2005م، ص68.

[2] د. جلال العدوى، مبادئ الإثبات في المسائل المدنية والتجارية، بدون تاريخ نشر، جامعة القاهرة، ص13.

[3] د. محسن البيه، نظره حديثة إلى خطأ الطبيب الموجب للمسئولية المدنية في ظل القواعد القانونية التقليدية، مكتبة الجلاء الجديدة، 1993م، ص161

الفرع الأول

مسئولية الطبيب عن الخطأ في تشخيص المرض

لقد اختلف الفقه والقضاء في تقرير مسئولية الطبيب عن الغلط في التشخيص، فقضت بعض المحاكم بإعفاء الطبيب من المسئولية عن أغلاط التشخيص، والبعض الآخر اعتبره مثل الخطأ يسأل عنه الطبيب مسئولية مدنية وجنائية حسب الأحوال.

الاتجاه الأول: إعفاء الطبيب من المسئولية عن الغلط في التشخيص

المستقر عليه بين القضاء الفرنسي والفقه المصري[1] أن الغلط في التشخيص بذاته لا تقوم به – من حيث المبدأ–مسئولية الأطباء، وإعمالاً لهذا المبدأ قضت محكمة ليون بأن الغلط في التشخيص لا يعد بذاته خطأ جنائياً معاقباً عليه. فلا تثار مسئولية الطبيب في الحالات التي لا تساعد فيها الأعراض الظاهرة للمريض عن كشف حقيقة الحالة، كوجود التهابات يصعب معها تبين طبيعة الجرح أو مصدره، وكذلك إذا تعلق التشخيص بحالة من الحالات التي كثيراً ما تقع بشأنها الأخطاء كصعوبة اكتشاف مرض السل في بدايته في الوقت الذي يكون فيه المصاب في صحة جيدة يصعب معها التخوف أو الشك حول إصابته.

الأستاذ السيد عبد الوهاب عرفه، المسئولية المدنية والجنائية والتأديبية للطبيب، المكتب الفني للموسوعات القانونية، دون تاريخ نشر، ص59.

ونري أن هذا الاتجاه في الفقه والقضاء قديماً كان نتاح ظروف ومعطيات عملية تختلف عنها هذه الأيام التي تقدم فيها العلم الطبي وتطورت الوسائل والأجهزة الطبية التي يستطيع من خلالها الطبيب تشخيص المرض تشخيصاً دقيقاً، وبالتالي فإن خطأ الطبيب في التشخيص في ظل هذا التطور العلمي الكبير قد أصبح غير مقبول.

الاتجاه الثاني: مسئولية الأطباء عن الغلط في التشخيص

لئن كان المستقر عليه في الفقه والقضاء هو إعفاء الأطباء من المسئولية عن الغلط في التشخيص، فإن ذلك لا يعد قاعدة مطلقة فإذا أظهر غلط التشخيص جهلاً واضحاً أو إهمالاً جسيماً أو خطأ لا يغتفر أو مخالفة صراحة للأصول العلمية الثابتة والسائدة في علم الطب، فإنه يسأل عنه الأطباء مسئولية مدنية

---

[1] Lyon.1.Dec.1981.D.1982.1.R.27.

الأستاذ السيد عبد الوهاب عرفه، المسئولية المدنية والجنائية والتأديبية للطبيب، المكتب الفني للموسوعات القانونية، دون تاريخ نشر، ص59.

وجنائية، وهذا ما تواترت عليه أحكام القضاء الفرنسي وأيده الفقه فيسأل الطبيب إذا كان خطؤه في التشخيص راجعاً إلى عدم استعمال الوسائل العلمية الحديثة التي اتفق على استخدامها في مثل هذه الأحوال، كالسماعة والأشعة والفحص الميكروسكوبي. ولا يعفي الطبيب من المسئولية في هذه الحالة إلا إذا كانت حالة المريض لا تسمح باستعمال الوسيلة المتبعة أو كانت الظروف الموجود بها المريض لا تؤهل لذلك كوجوده في مكان منعزل[1].

الفرع الثاني

مسئولية الطبيب بصدد كتابة روشتة العلاج

تقوم أيضاً مسئولية الطبيب بصدد كتابة روشتة العلاج ووصف العلاج بإهماله، مثلاً في اختيار الدواء المناسب، أو وصفه جرعة العلاج، كالطبيب الذي يوصى بتناول الديجوكسين المقوي لعضلة القلب والسام في نفس الوقت، حيث إن جرعة ومدة العلاج يجب ألا تزيد عن يومين، ثم يوقف العلاج يومين أو ثلاثة آخرين، ثم تكرر نفس الجرعة والمدة حتى يتم الشفاء نظراً لسميته الشديدة فيجب عليه بيان ذلك للمريض، وكمثال آخر كتابة الدواء للمريض بخط غير مقروء فيقوم الصيدلي بصرف دواء آخر يترتب عليها وفاة المريض، فإذا قام الطبيب بتقديم الدواء للمريض بعيادته فإنه إلى جانب التزامه ببذل العناية يقوم عليه التزام آخر بالسلامة فلا يعطي المريض دواء ضار أو فاسد، ولا يجوز للطبيب تركيب دواء لأن ذلك من صميم عمل الصيدلي ولو كانت ثقافته العلمية تمكنه من ذلك[2].

لذلك على الطبيب مراعاة الحد اللازم من الحيطة في وصفه العلاج، فيجب عليه ألا يصف العلاج بطريقة مجردة دون الأخذ في الاعتبار حالة المريض وسنه وقوة مقاومته وبنيته ودرجة احتماله للمواد الكيماوية الداخلة في الدواء ومدي حساسيته له، فإذا لم يراع ما سبق أو الخطأ في تركيب الدواء بإعطاء المريض جرعة أزيد من اللازم فإنه يسأل جنائياً ومدنياً في تلك الحالة.

الفرع الثالث

مسئولية الطبيب في حالة رفض علاج المريض

مع أن الطبيب حر في مزاولة مهنته إلا أن عليه واجب إنساني وأدبي تجاه المرضى والمجتمع تفرضه عليه أصول ومقتضيات مهنته، وإلا كان متعسفاً في استعمال حقه، إلا أن هذا الالتزام محدد بنطاق معين، وفي ظروف معينة فعليه الالتزام إذا كان في مكان ناء وبعيد ولا يوجد فيه سواه، أو وجد المريض في حالة خطرة

[1] عصام عابدين، الأخطاء الطبية بين الشريعة والقانون، رسالة دكتوراه، معهد البحوث والدراسات العربية، 2005، ص58.

[2] المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمهنيين المسؤولية الطبية، مرجع سابق، ص161

تستدعي التدخل السريع والفوري من قبل الطبيب المتخصص أو تأخره عن الحضور فتأخرت حالة المريض، غير أن هناك أحوال له حق الامتناع عن علاج المريض كامتناع المريض عن دفع الأجرة في مواعيدها ولكن هذا مقيد بشرط هو ألا يكون في ظروف غير مناسبة للمريض وإلا تحمل الطبيب مسئولية التخلي عنه إذا ما نشأ عن ذلك ضرر للمريض. إلا أن الطبيب يستطيع دفع المسئولية بإثبات القوة القاهرة أو الحادث الفجائي كعطل في المواصلات أو ظروف مرضيه[1].

المبحث الثاني

الطبيعة القانونية للمسئولية المدنية للطبيب

على الرغم من تطور القوانين والأنظمة التي تحكم شروط مزاولة مهنة الطب، فلم ينص المشرع الفلسطيني على نصوص خاصة بمسئولية الأطباء، بل يقيم المسئولية المدنية عن الأخطاء الطبية طبقاً للقواعد العامة، وتقيم المسئولية المدنية على أساس الخطأ الصادر من إنسان وسبب ضرراً للغير، وتنصرف إلى الفعل القصدي أو مجرد الإهمال وعدم الاحتراز بغض النظر عن مهنته، سواء ارتكب فعلاً إيجابياً أم سلبياً، ومنها نص المادة 179 من القانون المدني الفلسطيني والتي تقضي بأن " كل من ارتكب فعلاً سبب ضرراً للغير يلزم من ارتكبه بالتعويض"[2].

ويعتبر العمل الطبي ذو طبيعة فنية خاصة، من حيث معرفة مدي التزام ومقدار العناية المبذولة من الطبيب القائم بالعمل الطبي، وطبيعة المسئولية، وشروط قيام المسئولية، والآثار المترتبة عليها، لذلك سنوزع الدراسة في هذا المبحث على مطلبين الأول المسئولية العقدية والمسئولية التقصيرية والثاني يتناول طبيعة التزام الطبيب.

المطلب الأول

المسئولية العقدية والمسئولية التقصيرية

تعرف المسئولية المدنية أنها التي تتمثل في تعويض المتضرر عما حال به من أضرار مادية أو أدبية بسبب الخطأ الطبي، والدعوى المدنية التي يرفعها المضرور أو ذووه هي وسيلة الحصول على التعويض، وأن الأخطاء الصادرة من الجراحين في مزاولة مهنهم هي من طبيعة خاصة، مما يثير النقاش حول كيفية تحديدها وماهيتها وما يترتب عليها من نتائج، فكل مسؤولية تنشأ عن إخلال بالتزام سابق فهي تشتمل على

[1] د. عبد الرشيد مأمون، المسئولية المدنية للأطباء عن أعمالهم الطبية، ط2، مطبعة عبير للكتاب، 1996م، ص213.

[2] القانون المدني الفلسطيني رقم 4 لسنة 2012م، مطبق فقط في قطاع غزة، دون الصفة الغربية.

خطأ وضرر وعلاقة سببية بين الخطأ والضرر فيختلف نوعها باختلاف مصدر هذا الالتزام ما إذا كان التزاماً عقدياً أو تقصيرياً، لذلك ستناول أحكام كلاً من المسئولية العقدية والتقصيرية على النحو الآتي:

الفرع الأول

المسئولية العقدية

المسئولية العقدية هي القوة الملزمة للعقد تفرض على أطرافه تنفيذ الالتزامات الواردة في العقد، فإذا لم يقم المدين بتنفيذ التزامه، ولم يكن من الممكن التنفيذ العيني للالتزام، ولم يقم باستعداده للقيام بالتنفيذ عندها يحكم القاضي بالتعويض للدائن إذا توفرت شروط التعويض[1].

ويميل الفقه الغالب في مصر نحو تأسيس المسئولية الطبية على النظرية العقدية، فيرى أن" مسئولية الأطباء تكون في أكثر الأحوال مسئولية عقدية لا مسئولية تقصيرية، لأنهم – أي الأطباء –يرتبطون بعقود مع عملائهم في تقديم خدماتهم الفنية"[2].

ويميل الفقه في فلسطين نحو تأسيس المسئولية الطبية على النظرية العقدية كقاعدة عامة، ويكون الاستثناء تأسيسها–في حالات محدودة –على النظرية التقصيرية، ويقرر "إنه في حالة تدخل الطبيب للقيام بالعمل الطبي دون اتفاق مع المريض، فلا يوجد خلاف في أن مسئولية الطبيب تكون تقصيرية عن الخطأ الذي يقع أثناء القيام بالعمل الطبي"[3].

ويشترط لقيام المسئولية العقدية للطبيب الشروط الآتية:

أولاً–أن يكون هناك عقد بين المريض والطبيب:

وعلى ذلك فإنه إذا ما باشر الطبيب علاج المريض دون أن يسبق ذلك وجود العقد الطبي، فإن مسئوليته تقصيرية، وليست عقدية، فلابد من إبرام العقد قبل مباشرة العلاج [(3)]، كما لو عولج المريض في مستشفى عام تابع لوزارة الصحة.

---

[1] د. عبد الرزاق السنهوري، الوسيط في شرح القانون المدني الجديد، نظرية الالتزام بوجه عام، الجزء الأول، مؤسسة الأمل تحديث وتنقيح المستشار أحمد مدحت المراغي، سنة 2007م، ص 550.

[2] د. بسام محتسب بالله، المسئولية الطبية المدنية والجزائية، دمشق دار الإيمان،1984م، ص79.

[3] د. موسى أبو ملوح، المسئولية عن خطأ الفريق الطبي، بحث تم المشاركة به في مؤتمر في كلية الحقوق بجامعة جرش الأردن سنة 1998، ص15.

ثانياً–أن يكون ذلك العقد الطبي صحيحاً، وذلك بأن يكون مستوفياً كافة أركانه، وشروط صحته:

لأن العقد الباطل لا يترتب عليه أي التزام، والمسئولية عنه تكون تقصيرية، ومن الأمثلة التي يبطل فيها العقد، إذا لم يؤخذ رضا المريض، أو إذا كان مستنداً إلى سبب غير مشروع، أو كان مخالفاً للآداب، كما لو كان الغرض من العقد إجراء تجربة طبية لا تحتاج إليها حالة المريض الصحية[1]، أو يكون العقد قابلاً للإبطال بسبب الغلط أو التدليس أو الاكراه الذي يؤثر على المريض لحمله على تحمل العملية التجميلية.

ثالثاً–أن يكون المضرور هو المريض في العقد الطبي:

فإذا كان المضرور غير المريض بأن كان من الغير، فإن المسئولية تكون تقصيرية وليست عقدية، ويتحقق ذلك في حالة ما إذا كان المضرور مساعد الطبيب، الذي يصيبه الجراح أثناء إجراء العملية فإن المسئولية هنا تكون تقصيرية وليست عقدية، لأنه لا يوجد عقد طبي بين المساعد والجراح[2].

رابعاً–أن يكون الخطأ المنسوب إلى الطبيب نتيجة لعدم تنفيذه لالتزاماته المترتبة أو الناشئة عن عقد العلاج الطبي

وعلى ذلك، فإنه إذا كان الخطأ المنسوب إلى الطبيب لا يمت بأية صلة إلى الرابطة التعاقدية، فإن مسئوليته تكون تقصيرية، ويسأل وفقاً لأحكام وقواعد هذه المسئولية على أنه يلاحظ أن الخطأ العقدي لا ينهض فقط في حالة عدم القيام بتنفيذ الالتزام العقدي، وإنما توجد هناك حالات أخرى أو صور مغايرة يشكل وجودها خطأ عقديًا، سواء أكان ذلك في نطاق العقود الطبية، أم في نطاق العقود الأخرى، وذلك كعقد البيع وعقد المقاولة وعقد الايجار.

وفي جميع حالات العقد الطبي، يعتبر التأخير في تنفيذ الالتزام العقدي الطبي، وكذلك حالة التنفيذ المعيب للعقد، وكذلك حالة التنفيذ الجزئي للالتزام العقدي، بمثابة أخطاء تقيم المسئولية العقدية للطبيب[3].

خامساً–أن يكون المدعى صاحب حق في الاستناد إلى ذلك العقد الطبي[4]:

فإذا كان المريض أو من ينوب عنه هو الذي اختار الجراح فإن الدعوي تقام على أساس أحكام المسئولية العقدية.

---

[1] د. وديع فرج، مسئولية الأطباء والجراحين المدنية، مجلة القانون والاقتصاد العدد الأول والاقتصاد العدد الأول، السنة 12.

[2] د. وفاء حلمي أبو جميل، الخطأ الطبي، دراسة تحليلية فقهية وقضائية في كل من مصر وفرنسا، دار النهضة العربية، 1991، ص3.

[3] د. محمد فائق الجوهري، المسئولية الطبية في قانون العقوبات، دار المعارف القاهرة،1992م، ص200.

[4] أ. سمير أورفلى، مدى مسئولية الطبيب المدنية في الجراحة التجميلية، دون دار نشر،2000، ص20.

ولكن إذا توفي المريض نتيجة خطأ الطبيب فالوضع لا يخرج عن أمرين:

الأمر الأول: رفع الدعوي للمطالبة بالتعويض من قبل الورثة، وتكون هنا المطالبة على أساس أحكام المسئولية العقدية، إذا ما تمسكوا بالعقد المبرم بين الطبيب ومورثهم، وهنا تدخل مصلحة الورثة المعالين من قبل المريض المتوفى لفقدانهم معيلهم، أو التعويض عن الضرر المعنوي الذي أصابهم، وهنا تكون المطالبة على أساس المسئولية التقصيرية، **الأمر الثاني:** رفع الدعوي للمطالبة بالتعويض من غير الورثة للدائنين عند رفعهم الدعوي غير المباشرة، وتكون هنا المطالبة على أساس أحكام المسئولية التقصيرية[1].

أما بالنسبة للخيرة بين اللجوء لقواعد المسئولية العقدية أو قواعد المسئولية التقصيرية، فإن الفقه والقضاء **ينقسم في بيان ذلك إلى فريقين:**

الفريق الأول يرى أن الدائن "المريض" عليه أن يختار اللجوء إلى قواعد إحدى المسئوليتين، وذلك عند رفع دعوى المسئولية. وبذلك يمكن القول إنه في حالة توافر شروط المسئولية العقدية والتقصيرية – معاً –في العمل الطبي، فإنه يجوز للدائن "المريض" أن يختار اللجوء إلى قواعد المسئولية العقدية أو قواعد المسئولية التقصيرية، ويتحقق ذلك في حالة ما إذا قامت الرابطة التعاقدية بين الجراح ومريضه في عيادة الجراح الخاصة، أو في مستشفى خاص، ثم نفذت العملية في مستشفى حكومي، أو قامت تلك الرابطة بين الطبيب ومريضه في المستشفى الحكومي ثم قام الجراح بإجراء تلك الجراحة المتفق عليها في عيادته الخاصة أو مستشفاه الخاص، ففي هذه الحالة يجوز للمريض أن يختار اللجوء إلى قواعد المسئولية العقدية أو قواعد المسئولية التقصيرية، ويجوز له الخيرة بين هاتين المسئوليتين عند رفع دعوى المسئولية[2].

أما الفريق الثاني فيذهب إلى أنه لا يجوز للدائن "المريض" أن يختار بين قواعد المسئولية العقدية أو التقصيرية عند رفع دعوى المسئولية[3].

الفرع الثاني

المسئولية التقصيرية

استقر الفقه والقضاء على أن المسئولية الطبية هي في الأصل مسئولية عقدية، والاستثناء أن تكون تقصيرية والتي تترتب في حالة الإخلال بالتزام أصلي مصدره نص القانون.

---

[1] المستشار منير رياض حنا، المسئولية المدنية للأطباء والجراحين في ضوء القضاء والفقه الفرنسي والمصري، دار الفكر الجامعي، سنة 2007م، فقرة 121، ص113.

[2] د. جمال الدين زكي، مشكلات المسئولية المدنية، دار النهضة العربية،1991م، فقرة 60.

[3] د. حسن زكي الإبراشي، مسئولية الأطباء والجراحين المدنية في التشريع المصري والقانون المقارن، ص66.

فإذا ما أخل الطبيب بالواجب العام الذي يفرضه قانون مزاولة مهنة الطب على كل طبيب، وهو ضرورة أخذ واجب الحيطة والحذر في سلوكه نحو المرضى والتزامه بالقواعد المهنية والفنية، ثم سبب ضرراً للمريض، فإنه يكون ملتزماً بتعويضه وفقاً لأحكام وقواعد المسئولية التقصيرية. فالمسئولية التقصيرية تنشأ نتيجة خطأ ارتكبه شخص، فسبب به ضررا لآخر، فالطبيب أثناء أدائه لعمله إذا أخطأ، وسبب هذا الخطأ ضرراً للمريض، فإن مسئوليته تكون تقصيرية بسبب عدم وجود عقد بينهما[1].

يترتب على ذلك أنه إذا اختل أي شرط من الشروط السابقة واجبة التوافر لاعتبار مسئولية الطبيب مسئولية عقدية تكون مسئوليته عن أعماله تقصيرية، لذلك تكون مسئولية الجراح تقصيرية استثناءً وتخضع لأحكامها، وذلك في بعض الحالات، **من أهمها:**

الحالة الأولى: عندما تأخذ مخالفة الطبيب لالتزامه طابعاً جنائياً، بمعنى أن فعله يشكل جريمة جنائية ويكون القضاء الجنائي عندئذ مختصاً بنظر الدعوتين الجنائية والمدنية[2].

الحالة الثانية: حالة الخدمة الطبية المجانية، حيث يمكن أن يثار التساؤل التالي حول ما إذا كان عقد العلاج بالمجان ينشئ التزاماً على عاتق الطبيب بحسن العلاج، أم إن المسألة تظل في دائرة المجاملات الاجتماعية، فلا تنشأ عنها علاقة عقدية؟

لقد اختلف الفقه في ذلك، فذهب معظم الشراح إلى انتفاء الصفة العقدية عن الخدمات المجانية، وذلك لأن العقد يستلزم من طرفي التعاقد توافر نية الالتزام به، وعلى ذلك فالطبيب حينما يقوم بخدمة مجانية لمريض ما، فإنه لم يقصد ترتيب التزام للمريض في ذمته مع علم المريض بهذه النية، وهذه الالتزامات المترتبة على الخدمة المجانية لا تلقى على عاتق الطبيب إلا واجباً أدبياً، ولا يترتب على مخالفتها إلا مسئولية الطبيب وفقاً لأحكام المسئولية التقصيرية، وذلك في حالة وقوع خطأ من الطبيب أو المريض [(2)].

المطلب الثاني

طبيعة التزام الطبيب

يفرق رجال القانون عادة بين نوعين من الالتزامات العقدية: الالتزام بتحقيق نتيجة، والالتزام ببذل عناية، وفي النوع الأول لابد لمن يقع عليه الالتزام بتحقيق نتيجة معينة أن يحققها، فإذا لم تتحقق النتيجة التي التزم بها يكون قد أخل بالتزامه ولا حاجة إلى إثبات خطئه في هذه الحالة إنما يكفي عدم تحقق النتيجة دليلاً

[1] د. منصور عمر المعايطة، المسئولية المدنية والجنائية في الأخطاء الطبية، 2004، ص36.

[2] المستشار عز الدين الدناضوري، ود. عبد الحميد الشواربي، المسئولية المدنية، دار المطبوعات الجامعية 1992، ص1397.

على ثبوت الخطأ في جانبه ما لم يثبت هو أن عدم تحقق النتيجة ناجم عن سبب أجنبي لا يد له فيه. وأما في النوع الثاني الذي يلزم المتعاقد ببذل عناية فقط فلا يثبت خطأ المتعاقد أو إخلاله بالتزامه بمجرد عدم تحقق الغاية المنشودة، لأنه لم يلتزم أصلاً بتحقيق غاية معينة، وإنما لابد لاعتباره مخلاً بالتزامه ومخطئاً من إثبات أنه لم يبذل العناية اللازمة[1].

والسؤال المطروح: هل التزام الطبيب بصفة عامة التزام بتحقيق نتيجة أم هو التزام ببذل عناية؟ للإجابة عن هذا التساؤل ارتأينا تقسيم هذا المطلب على النحو التالي:

الفرع الأول

الالتزام ببذل عناية

من المقطوع به أنه لا يعد من الضرر الموجب لمسئولية الجراح أن يخيب في علاج مريضه، سواء أكان عدم الشفاء تاماً أم جزئياً، لأن الجراح في عقد العلاج لا يتعهد بإيصال المريض إلى الشفاء، بل إن ما يلتزم به هو أن يبذل عناية جراح يقظ من مستواه المهني للوصول إلى الشفاء ولا يلتزم إطلاقاً بشفاء المريض، إذ إن الشفاء يتوقف على عوامل واعتبارات لا تخضع دائماً لسلطان الجراح كمناعة جسم المريض ودرجة استهدافه وحالته من حيث الوراثة وحدود العلوم والفنون الطبية التي تقف عند حد معين في العلاج[2].

إن كان التزام الطبيب بالحرص والعناية واليقظة التزاماً عاماً في جميع الحالات وفي كافة الظروف، فذلك يوجب على الطبيب أن يفحص مريضه بعناية ودقة فائقة، وأن يجري كافة الفحوص السابقة على إجراء العملية ملتزماً في كل ذلك وبحذر بكافة مقتضيات السلامة والأمان بالنسبة للمريض، وإن مسئولية الطبيب الذي اختاره المريض أو نائبه لعلاجه هي مسئولية عقدية، والطبيب وإن كان لا يلتزم بمقتضي العقد الذي ينعقد بينه وبين مريضه بشفائه أو بنجاح العملية التي يجريها له، لأن التزام الطبيب ليس التزاما بتحقيق نتيجة وإنما ببذل عناية، فيسأل الطبيب عن كل تقصير في سلوكه الطبي لا يقع من طبيب يقظ في مستواه المهني وجد في نفس الظروف الخارجية التي أحاطت بالطبيب المسؤول.

---

[1] د. محمد هشام القاسم، المسئولية الطبية من الوجهة المدنية، ص84، مرجع سابق.

[2] د. محمد فائق الجوهري، المسئولية الطبية في قانون العقوبات، ص349، مرجع سابق.

الفرع الثاني

الالتزام بتحقيق نتيجة

القاعدة العامة تقضى بأن التزام الطبيب هو التزام ببذل عناية، وإن هذا الالتزام تهيمن عليه فكرة الاحتمال المسيطرة على نتائج مهامه التي تتدخل فيها عدة عوامل لا تخضع لسيطرته، فالطبيب يعالج والله يشفي، إلا أن الأمر لا يمنع من قيام التزامات محددة خارج نطاق مهمته، بمعناها الدقيق يكون تنفيذها لا مجال فيه لفكرة الاحتمال التي تبرر قصر التزام الطبيب على مجرد العناية كما هو الشأن في عمليات نقل الدم أو في التحاليل الطبية، أو في الأجهزة المستخدمة، حيث يبرز التزاماً محدداً على عاتق الطبيب وهو الالتزام بضمان السلامة لحماية مرضاه، فيكون الطبيب ملزماً بسلامة المريض لا من عواقب المرض، فالتزام الطبيب في استخدام الآلات والأجهزة السليمة التي لا تحدث ضرراً بالمريض التزاماً بتحقيق نتيجة، وهذه النتيجة تتمثل في حسن استخدام تلك الأجهزة وبشكل لا يأتي بمردود، وأيضاً التزام الطبيب في تركيب العضو الصناعي التزاماً بتحقيق نتيجة، وهي ضمان سلامة الجهاز، ومناسبته لجسم المريض، وبالتالي فإن مسئولية الطبيب تقوم إذا كان العضو ردئ الصنع، أو لا يتفق مع مقياس الجسم[1].

المبحث الثالث

أحكام المسئولية المدنية عن خطأ الطبيب

سوف نتناول هذا الموضوع من خلال ثلاثة مطالب: المطلب الأول: شروط قيام مسئولية الطبيب، والمطلب الثاني: الآثار المترتبة على قيام مسئولية الطبيب، والمطلب الثالث: الإعفاء من المسئولية على النحو الآتي:

المطلب الأول

شروط قيام المسئولية المدنية للطبيب

المسئولية المدنية تتطلب لقيامها ثلاثة شروط هي الخطأ والضرر وعلاقة السببية بين الخطأ والضرر وفي المسئولية المدنية للطبيب يجب أن تتوافر هذه الشروط وعلى من يدعي حصول ضرر له أن يثبت أن هناك خطأ قد وقع من الطبيب وألحق به ضرراً وأن الخطأ هو سبب الضرر ونشأ عنه مباشرة. بناء على ما سبق سنتناول شروط المسئولية المدنية للطبيب على النحو الآتي:

---

[1] د. أسامة عبد الله القايد، المسئولية الجنائية للأطباء، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، 1990م، ص159.

الفرع الأول

الخطأ

تقوم المسئولية المدنية للطبيب على أساس الخطأ الواجب الإثبات (أي يتوجب على المريض المتضرر أن يثبت خطأ الطبيب والضرر الذي أصابه نتيجة ذلك الخطأ والعلاقة السببية أي أن الضرر وقع نتيجة لخطأ الطبيب حيث إن التزام الطبيب هو التزام ببذل عناية[1]، بعد ما كانت في البداية قائمة على الخطأ المفترض (أي أن المضرور كان معفي من إثبات الخطأ إذا كان التزام الطبيب هو تحقيق نتيجة فكلما تخلف تحقق تلك النتيجة افترض أن الطبيب قد أخطأ)

والخطأ الموجب للمسئولية هو أي خطأ يثبت من جانب الطبيب أو الجراح سواء تعلق الأمر بالخطأ المهني أو كان الخطأ عادياً غير متعلق بمهنة الطب وهذا دون مراعاة لمقدار هذا الخطأ من حيث كونه جسيماً أو يسيراً فلا عبرة بجسامة الخطأ وإنما المهم أن يكون هذا الخطأ عبارة عن إخلال الطبيب أو الجراح بواجبه في بذل عناية الوجدانية اليقظة الموافقة للحقائق العلمية[2].

ويقع على الطبيب التزامان الأول المتعلق بأخلاقيات مهنته والالتزام الثاني المتعلق بالقواعد العلمية والتقنية حيث يعد الواجب الأخلاقي من صميم مهنة الطب، وأي إخلال بهذا الالتزام يرتب مسؤولية الطبيب وهنا تقوم مسؤولية مشددة نوعاً ما تختلف عما إذا كان الخطأ متعلق بالقواعد العلمية، ويرجع التشديد في الالتزام إلى انتفاء عنصري الضرورة والسرعة.

ويتوقف عبء إثبات الخطأ بوجه عام على تحديد مضمون الالتزام، وهل يعد التزاماً ببذل عناية أم التزاماً بتحقيق نتيجة.

إذا كان التزام الطبيب ببذل بعناية فإنه يجب على المريض إثبات خطأ الطبيب المتمثل في بذل العناية المطلوبة، وكذلك يجب عليه أن يثبت على الطبيب إهمالاً معيناً أو انحرافاً عن أصول المهنة فإذا أثبت ذلك كان هذا إثباتاً للخطأ، وعلى المريض بعد ذلك أن يثبت الضرر وعلاقة السببية ليستحق التعويض ما لم يثبت الطبيب أن عدم بذل العناية المطلوبة يرجع إلى سبب أجنبي لا يد له فيه، فتنعدم علاقة السببية ولا تتحقق مسئولية الطبيب[3].

---

[1] د. محمود جمال الدين زكي، المبادئ العامة في نظرية الإثبات في القانون الخاص المصري، 2001، مطبعة جامعة القاهرة، ص11.

[2] د. حسن عبد الباسط جميعى، الخطأ المفترض في المسئولية المدنية، دار التعاون للطباعة، 2007م، ص58.

[3] د. وفاء حلمى أبو جميل، الخطأ الطبي، ص86، مرجع سابق.

أما إذا كان التزام الطبيب التزاماً بتحقيق نتيجة فإنه يكون مسئولاً في حالة فشل العملية، وليس على المريض أن يثبت أن الجراح قد ارتكب إهمالاً معيناً، إذ قد يثبت الركن المادي للخطأ بمجرد عدم تحقق النتيجة، ويفترض القانون أن ذلك راجع إلى فعل الطبيب فيلتزم بالتعويض ما لم يسقط

هذه القرينة، بإقامة الدليل على أن سبباً أجنبياً لا يد له فيه، قد جعل تنفيذ الالتزام على الوجه المرضى مستحيلاً، كإثبات الطبيب أن الخطأ من المريض، وهو السبب فى حصول الضرر لأنه لم يتبع تعليماته، أو أن الضرر ينسب إلى قوة قاهرة أو خطأ الغير (جراح آخر) كما لو كان المريض قد راجع جراحاً آخر ارتكب خطأ مما ينبغي أن ينسب إلى الجراح الثاني لا الأول[1].

لما كانت الأركان الثلاثة (الخطأ والضرر والعلاقة السببية) التي يجب إثباتها لتحقيق مسئولية جراح التجميل جميعها وقائع مادية، فإن إثبات أية واقعة منها يجوز بجميع الطرق، وخاصة البينة والقرائن، وفى أكثر الأحوال يثبت الضرر وعلاقة السببية بتقرير الخبراء، أما الخطأ فأكثر ما يثبت بالتحقيق الجنائي، وبالقرائن القضائية والقانونية [2].

الفرع الثاني

الضرر

تعد إصابة المريض بضرر من جراء عمل الطبيب نقطة البداية للحديث عن المسؤولية المدنية للطبيب، فهو ضروري إذ به تتحدد المسؤولية، ولا شك أن القواعد العامة التي تحكم ركن الضرر في المسؤولية المدنية هي التي تطبق في هذا الشأن، فتقرير وقوع الضرر يبقى مسألة موضوعية لا رقابة للقاضي فيها، ولكن الشروط الواجب توافرها في الضرر هي مسألة قانونية تخضع لسلطة القاضي التقديرية، والضرر في المجال الطبي بصفة عامة لا يتمثل في عدم الشفاء، فلا يتعهد الجراح بشفاء المريض من علته، بل عليه أن يبذل كل العناية كي يتوصل إلى هذه النتيجة، أي أن الضرر يتمثل في أثر خطأ الطبيب أو الجراح، وإهماله بالقيام بواجباته والحرص أثناء ممارسته لعمله الطبي، وذلك كون التزامه هو التزام ببذل عناية وليس التزام بتحقيق غاية[3].

وللضرر أنواعه مادي ومعنوي وتفويت الفرصة، فالضرر المادي هو ما يصيب الشخص من ضرر يتمثل في المساس بجسده أو ماله أو بانتقاص حقوقه المالية أو بتفويت مصلحة مشروعة له تقدر فائدتها مالياً. أما الضرر المعنوي فهذا النوع من الضرر يلحق بما يسمى الجانب الاجتماعي للذمة المعنوية أو الأدبية،

---

[1] د. محسن البيه، نظرة حديثة إلى خطأ الطبيب الموجب للمسئولية المدنية، ص248، مرجع سابق.

[2] د. عبد الرزاق السنهوري، الوسيط في شرح القانون المدني، ص809، مرجع سابق.

[3] حسين محمد منصور، المسئولية الطبية، دار الفكر الجامعي، 2000م، ص162.

فقد يكون مقترناً بأضرار مادية، فيلحق العاطفة أو الشعور بالآلام التي يحدثها في النفس والأحزان، وقد يستقل عن الضرر المادي فيلحق أموراً أخرى غير ذات طبيعة مالية كالعقيدة الدينية أو الأفكار الخلقية فهو الضرر الذي لا يصيب الشخص في ماله وإنما يصيب مصلحة غير مالية[1].

أما تفويت الفرصة، فقد يدخل في عناصر الضرر ما يسمى بتفويت الفرصة التي يجب التعويض عنها، فالفرصة وإن كانت أمر محتملاً فإن تفويتها أمر محقق، ويظهر مبدأ تفويت الفرصة بالنسبة للمريض من عدة وجوه منها ما كان أمامه من فرصة للكسب أو النجاح في حياته العامة، أو سعادته، كما تبدو حالة تفويت الفرصة في الشفاء أو الحياة للمريض لو لم يرتكب الخطأ الطبي، فكلاهما يمثل ضرراً مؤكداً ويلزم في مثل هذه الحالات إقامة الدليل على أن حالة المريض كانت غير ميؤوس منها أو أنها في سبيل التحسن أو على الأقل ليست نحو الاتجاه الأسوأ [2].

الفرع الثالث

علاقة السببية

إن مجرد وقوع الضرر للمريض وثبوت الخطأ في جانب الطبيب أو المستشفى غير كاف، بل يلزم وجود علاقة مباشرة بين الخطأ والضرر وهو ما يعرف عنه بركن السببية كركن ثالث من أركان المسؤولية ويستقل عن ركن الخطأ [3].

وتحديد رابطة السببية في المجال الطبي يعد من الأمور الشاقة والعسيرة نظرا لتعقد الجسم الإنساني وتغير حالته وخصائصه وعدم وضوح الأسباب للمضاعفة الظاهرة، فقد ترجع أسباب الضرر إلى عوامل بعيدة وخفيه مردها تركيب جسم المريض واستعداده مما يصعب معه تبينها، حيث إنه كان لزاما على عاتق الطبيب التأكد من حالة المريض واستعداده الأولي وضعفه وما لديه من حساسية خاصة قبل التدخل، ولا يعفي الطبيب إلا إذا أثبت النتائج الضارة، لذلك أقام القضاء المصري مبدأ مقتضى "متى أثبت المضرور الخطأ والضرر فإن القرينة قائمة على توفير العلاقة السببية بينهما تقوم لصالح المضرور، وعلى المسؤول نفي تلك القرينة بإثبات أن الضرر نشا عن سبب أجنبي لا يد له فيه ويقصد بالسبب الأجنبي الحادث الفجائي القوة القاهرة" خطأ المريض، خطأ الغير[4].

أحمد محمود سعد، مسؤولية المستشفي الخاص عن أخطاء الطبيب ومساعديه، ص471، مرجع سابق.

[2] د. عبد الرزاق السنهوري، الوسيط، ص574، مرجع سابق.

[3] د. منذر الفضل، النظرية العامة للالتزامات، مصادر الالتزام، ص303، مرجع سابق.

[4] د. سليمان مرقس، الوافي في شرح القانون المدني المصري، ص482.

المطلب الثاني

الآثار المترتبة على قيام المسؤولية المدنية للطبيب

سوف نتناول هذا الموضوع من جبر الضرر والتأمين عن المسئولية المدنية للطبيب على النحو الآتي:

الفرع الأول

جبر الضرر

إذا ما ثبتت مسئولية الطبيب عما لحق المريض من ضرر فإنه يتعين على القاضي أن يلزم المتسبب في حدوث الضرر تعويضاً للمضرور وهذا هو المعني الذي قصدته المادة 179 من القانون المدني الفلسطيني ولكن السؤال الذي يطرح نفسه في هذا المجال هو كيف يتم التعويض؟ وما مدي حرية القاضي في تقدير التعويض؟ وما هو وقت تقدير التعويض؟

طريقة تقدير التعويض

أشارت المادة 189 من القانون المدني الفلسطيني والتي تنص على " 1-يقدر التعويض بالنقد. 2-يجوز للمحكمة تبعاً للظروف وبناء على طلب المضرور أن تأمر بإعادة الحالة إلى ما كانت عليه أو تحكم بأمر معين متصل بالفعل الضار. 3-يجوز أن يكون التعويض مقسطاً أو مرتباً دورياً ويجوز في هاتين الحالتين إلزام المدين بأن يقدم تأميناً تقدره المحكمة".

بناء على ما سبق يستفاد من النص أن التعويض إما أن يكون عينياً وإما أن يكون نقدياً وإما أن يكون غير نقدي وسنوضح ذلك على النحو الآتي:

- **التعويض العيني:**

التعويض العيني هو إعادة الحال إلى ما كانت عليه قبل وقوع الفعل الضار وذلك كأن يأمر القاضي بعلاج المضرور على نفقة المسؤول عن الضرر أو يأمر بإعادة إجراء العملية الجراحية من نفس الجراح أو غيره، والقاضي ليس ملزماً أن يحكم بالتنفيذ العيني ولكن يتعين عليه أن يقضي به إذا كان ممكناً وطالب به الدائن فلا يجوز إكراه مريض على أخذ علاج ما أو الخضوع لعملية جراحية ما، ولكن نظراً لأن التعويض العيني يبدو أمراً عسيراً في مجال المسؤولية الطبية فإن الغالب هو أن يكون التعويض نقدياً[1].

[1] د. محمود دودين، مسئولية الطبيب الفردية والمدنية عن أعماله المهنية، رسالة ماجستير، جامعة بيرزيت، 2006م، ص138.

- **التعويض غير النقدي**

إذا لم يكن التنفيذ أو التعويض العيني ممكناً يلجأ القاضي للحكم بالتعويض غير النقدي إذا كان ذلك ممكناً، وعليه يجوز للقاضي أن يحكم في دعاوي السب والقذف بنشر الحكم بإدانة المدعي عليه في الصحف حيث يعتبر ذلك تعويضاً للمضرور عن الضرر الأدبي الذي أصابه[1]. ولكن من المستحيل تصور هذا التعويض عن مسئولية الطبيب لأن من المستحيل تصور إدانة الطبيب بالنشر بالصحف حيث غالباً ما يكون التعويض النقدي للمريض عن الضرر الذي لحقه.

- **التعويض النقدي**

ويتمثل في البدل النقدي الذي يقدره القاضي لجبر الضرر الذي لحق المريض، فكل ضرر يمكن تقييمه بالنقد، والأصل أن يكون التعويض النقدي مبلغاً مجملاً يدفع للمضرور دفعة واحدة أو أقساطاً، وإما أن يكون إيراداً مرتباً له مدي الحياة أو مدة معينة.

ويتولى القاضي تحديد التعويض على قدر الضرر الذي لحق المريض فلا يزيد عن الضرر ولا يقل عنه[2].

ب-تقدير التعويض:

إن عملية تقدير التعويض عن المسئولية الطبية تنطوي على نواحي دقيقة وقتية ليس في مقدرة القاضي معرفتها لأنها بحاجة إلى الأطباء وأهل الخبرة من ذوي المهنة، لأن القاضي لا يفترض به أن يلم بالأمور الطبية وليس من السهل عليه أن يعرف الخطأ في سلوك الطبيب المعالج[3].

ج-وقت تقدير التعويض

إن كان الحق في التعويض ينشأ منذ استكمال شروط المسئولية وبصفة خاصة منذ وقوع الضرر، إلا أن هذا الحق لا يتحدد إلا بصدور حكم القاضي، فهذا الحكم لا ينشئ الحق بل يكشف عنه، والحكم وإن لم يكن مصدر الحق في التعويض إلا أنه يحسم هذا الحق فهو الذي يحدد عناصره وطبيعته ويجعله مقوماً بالنقد.

---

[1] د. حسين محمد منصور، المسئولية الطبية، ص187، مرجع سابق.

[2] د. منير رياض حنا، الأخطاء الطبية في الجراحات العامة والتخصصية، ط1 دار الفكر الجامعي،2013، ص530.

[3] وائل تيسير عساف، المسئولية المدنية للطبيب، راسة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، 2008م، ص 45.

الفرع الثاني

التأمين عن المسئولية المدنية للطبيب

لتوفير الهدوء والاطمئنان المطلوبين في النشاط الطبي والتعويض المناسب والمضمون للمريض، بات من الضرورة الأخذ بنظام التأمين من المسئولية الطبية وهو ما يسمح بتجاوز المسئولية القائمة على أساس الخطأ، وترجيح الأخذ بالمسئولية بدون خطأ، وبتعبير أخر مسئولية طبية قائمة على أساس التأمين[1]. وتحقيقاً لهذا الغرض ولكفالة حصول المضرورين على التعويض المناسب وحماية للأطباء وصوناً لممارسة المهنة الطبية فقد ألزم بعض المشرعين الأطباء التأمين على المسئولية المدنية لهم.

المطلب الثالث

الإعفاء من المسئولية المدنية عن خطأ الطبيب

تنص المادة 181 من القانون المدني الفلسطيني أن " إذا اثبت الشخص أن الضرر قد نشأ عن سبب أجنبي لا يد له فيه، كقوة قاهرة أو خطأ من المضرور أو خطأ من الغير كان غير ملزم بتعويض هذا الضرر ما لم يوجد نص أو اتفاق يقضي بغير ذلك".

بناء على ذلك فإن صور انعدام السببية وقطعها بتوافر السبب الأجنبي هي ثلاث صور: الحادث المفاجئ أو القوة القاهرة، وخطأ الغير والمضرور.

الفرع الأول

الحادث الفجائي أو القوة القاهرة

يشترط في الحادث المنتج للضرر لاعتباره قوة قاهرة أو حادث فجائي توافر الشروط التالية:

1- عدم إمكانية التوقع: فإذا كان الطبيب يتوقع حدوث الضرر ولم يتخذ الاحتياطات الضرورية اللازمة لتلافي وقوع الضرر فإنه يكون مقصراً، أما إذا كان غير متوقع لما سيحدث تكون قد انتفت العلاقة السببية بين الضرر والخطأ، مثل نشوب حريق في غرفة العمليات أثناء العملية الجراحية مما يؤدي إلى إلحاق الضرر بالمريض.

---

[1] خطر مزاولة المهن الطبية دون التأمين ضد المسئولية عن الأخطاء، بحث لكمال فريحة، دون دار نشر، ص8.

2- استحالة الدفع: بمعني أنه يستحيل على الطبيب دفع الحادث الذي أدي إلى الضرر بالمريض، وهنا الاستحالة هي الاستحالة المطلقة، سواء أكانت مادية أم معنوية لإنتفاء العلاقة السببية مثل موت المريض بسكتة قلبية أثناء العملية الجراحية نتيجة زلزال مفاجئ[1].

الفرع الثاني

خطأ المضرور والغير

خطأ المريض يؤدي إلى قطع علاقة السببية إذا كان وحده هو السبب في حدوث الضرر، ويعتبر في حكم السبب الأجنبي ويعفي الطبيب من المسئولية عن الخطأ الحاصل، مثلاً إذا أخفى المريض معلومات حساسة عن وضعه الصحي تؤدي إلى خطأ الطبيب في التشخيص، ولكن إذا ساهم المريض نفسه في إحداث الضرر مع خطأ الطبيب فإن النتيجة ليست إعفاء الطبيب من المسئولية بشكل كامل، بل تخفيض قيمة التعويض المحكوم به على الطبيب[2].

فقد تنتفي الرابطة السببية أيضاً نتيجة لخطأ الغير، أي أن الضرر قد وقع بفعل الغير، وهو السبب الوحيد في إحداث الضرر ويجب أن لا يكون الغير من الأشخاص الذين يسأل عنهم الطبيب، سواء أكان مكلفا بالرقابة عليهم، أم كان الطبيب بالنسبة لهم في مركز المتبوع، فإذا كان كذلك امتنع عليه الاحتجاج بفعل من هو تحت رقابته أو بفعل تابعيه، وقد استقر القضاء على أن خطأ الغير يقطع الرابطة السببية متى استغرق خطأ الطبيب المدعي عليه، أما إذا كان خطأ الطبيب مستغرق لفعل الغير فلا يعتد بفعل الغير، وتقوم مسئولية الطبيب كاملة، فإذا ثبت أن خطأ الطبيب صادر من طبيب آخر أو من أحد العاملين بالمستشفى أو في عدم تنفيذ تعليمات الطبيب فلا تقوم مسئولية هذا الأخير[3].

الخاتمة

إن موضوع المسئولية المدنية للطبيب عن أخطائه المهنية ما زال خصباً، وما زالت الأفكار فيه متجددة بقدر ما يكشف عنه واقعة المتغير من تطورات وأساليب مستحدثة، إلا أن هناك حقيقة ثابتة يمكن أن نلاحظها من خلال هذه الدراسة وهي فشل جميع المحاولات التي بذلت لوضع الطبيب بمنأى عن المساءلة، وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج والتوصيات نختار من بينهما:

---

[1] د. سليمان مرقس، الوافي في شرح القانون المدني المصري، ص482، مرجع سابق.

[2] د. حسن الإبراشي، مسئولية الأطباء، ص205، مرجع سابق.

[3] د. حسن الإبراشي، مسئولية الأطباء، ص205، مرجع سابق.

1-أن الفقه والقضاء يجمعان على أن مسئولية الطبيب تكون عقدية كلما تولى الطبيب علاج المريض بناءً على طلبه أو طلب من ينوب عنه قانوناً، لوجود عقد بين الطبيب ومريضه، وأن إخلال الطبيب يؤدي إلى مساءلته عقدياً، أما إذا لحق بالمريض ضررا ما وكان تدخل الطبيب في علاجه بسبب ظروف معينة تلزمه القوانين والأنظمة بالتدخل وعلاج المريض فإن مسئولية الطبيب تكون مسئولية تقصيرية.

2-أن التزام الطبيب التزام لا يخرج عن القواعد العامة، فهو التزام ببذل عناية يتمثل في بذل الجهود الصادقة اليقظة التي تتفق والظروف القائمة والأصول العلمية الثابتة بهدف شفاء المريض وتحسين حالته الصحية وأن في الإخلال بذلك يشكل خطأ طبياً يترتب عليه مسئولية الطبيب ومعيار ذلك الخطأ موضوعي يقاس بسلوكه على سلوك طبيب آخر.

3-لم يفرد المشرع نصوصاً خاصة بمسئولية الطبيب، بل يقيم المسئولية المدنية عن الأخطاء الطبية طبقاً للقواعد العامة والتي قوامها توافر ثلاثة أركان هي: الخطأ والضرر وعلاقة السببية بين الضرر.

4-نوصي بوضع تنظيم تشريعي خاص بالأخطاء الطبية والمسئولية المترتبة عنها.

5-نوصي بوضع ميثاق تنظيم أو دستور لآداب مهنة الطب، وضبط العقوبات التأديبية لكل من يخل ويشين إلى المهنة.

6-تفعيل المادة الثالث من قانون التأمين المتعلقة بالأخطاء المهنية.

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع العامة:

1- د. أسامة عبد الله القايد، المسئولية الجنائية للأطباء، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، 1990م.

2- د. بسام محتسب بالله، المسئولية الطبية المدنية والجزائية، دمشق دار الإيمان، طبعة1984.

3- د. جلال العدوى، مبادئ الإثبات في المسائل المدنية والتجارية، جامعة القاهرة، بدون تاريخ نشر.

4- د. جمال الدين زكي، مشكلات المسئولية المدنية، دار النهضة العربية، 1991م.

5- د. حسن زكي الإبراشى، مسئولية الأطباء والجراحين المدنية فى التشريع المصري والقانون المقارن، دار النهضة العربية، 1995.

6- د. حسن عبد الباسط جميعى، الخطأ المفترض في المسئولية المدنية، دار التعاون للطباعة، 2007م.

7- د. حسين محمد منصور، المسئولية الطبية، دار الفكر الجامعي، 2000م.

8- أ. السيد عبد الوهاب عرفه، المسئولية المدنية والجنائية والتأديبية للطبيب، المكتب الفني للموسوعات القانونية، دون تاريخ نشر.

9- أ. سمير أورفلى، مدى مسئولية الطبيب المدنية فى الجراحة التجميلية، دار النهضة العربية،2000م.

10- د. سهير المنتصر، المسئولية المدنية عن التجارب الطبية، دار النهضة العربية، 1990م.

11- د. عبد الرزاق السنهورى، الوسيط في شرح القانون المدني الجديد، نظرية الالتزام بوجه عام، مؤسسة الأمل تحديث وتنقيح المستشار أحمد مدحت المراغى، الجزء الأول سنة 2007م.

12- د. عبد الرشيد مأمون، المسئولية المدنية للأطباء عن أعمالهم الطبية، ط2، مطبعة عبير للكتاب القاهرة، 1996م.

13- المستشار عز الدين الدناضوري، ود. عبد الحميد الشواربي، المسئولية المدنية، ط2، دار المطبوعات الجامعية، 1992م.

14- د. محسن البيه، نظره حديثة إلى خطأ الطبيب الموجب للمسئولية المدنية في ظل القواعد القانونية التقليدية، مكتبة الجلاء الجديدة،1993م.

15- د. محمود جمال الدين زكي، المبادئ العامة في نظرية الإثبات في القانون الخاص المصري، مطبعة جامعة القاهرة، 2001م.

16- د. محمد فائق الجوهري، المسئولية الطبية في قانون العقوبات، دار المعارف القاهرة،1992م.

17- مصطفي مرعي، المسئولية المدنية في القانون المصري، دار النهضة العربية، 2005م.

18- د. منصور عمر المعايطة، المسئولية المدنية والجنائية في الأخطاء الطبية، الرياض، 2004م.

19- المستشار منير رياض حنا، المسئولية المدنية للأطباء والجراحين في ضوء القضاء والفقه الفرنسي والمصري، دار الفكر الجامعي، 2007م.

20- د. منير رياض حنا، الأخطاء الطبية في الجراحات العامة والتخصصية، ط1، دار الفكر الجامعي، 2007م.

21- د. وفاء حلمى أبو جميل، الخطأ الطبي، دراسة تحليله فقهية وقضائية في كل من مصر وفرنسا، دار النهضة العربية، 1991م.

ثانياً: الرسائل والمجلات:

1- أحمد محمود سعد، مسؤولية المستشفى الخاص عن أخطاء الطبيب ومساعديه، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة،1983م.

2- عصام عابدين، الأخطاء الطبية بين الشريعة والقانون، رسالة دكتوراه، معهد البحوث والدراسات العربية،2005م.

3- المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمهنيين المسؤولية الطبية ج 1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، 2000م.

4- د. منذر الفضل، الخطأ الطبي، مجلة القانون نقابة المحامين الأردنيين، 1999م.

5- د. موسى أبو ملوح، المسئولية عن خطأ الفريق الطبي، بحث تم المشاركة به فى مؤتمر فى كلية الحقوق بجامعة جرش الأردن سنة 1998م.

6- د. وديع فرج، مسئولية الأطباء والجراحين المدنية، مجلة القانون والاقتصاد العدد الأول والاقتصاد، العدد الأول، السنة 12.

7- وائل تيسير عساف، المسئولية المدنية للطبيب، دراسة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، 2008م.

المسئولية المدنية للصيدلي عن أخطائه المهنية

د. أنور الطويل

مقدمة

التطور الكبير الذي طرأ في مجال صناعة الأدوية والتركيبات المعقدة للدواء وشيوع تداوله بين الناس أفرز الكثير من الاشكاليات المتعلقة بمسئولية الصيدلي عن الضرر الذي يسببه استعمال الدواء من قبل المريض، مما يستدعي بحث القواعد التي تحكم المسئولية المدنية للصيدلي عن أخطائه التي تسبب ضرراً للمريض ومدى انطباق قواعد المسئولية المدنية التقليدية عليها.

ملخص البحث

يقوم الصيدلي أثناء صرفه للدواء أو أثناء تركيبه للدواء بالتعامل مع مواد قد تشكل خطراً مباشراً وكبيراً على صحة الإنسان إذا لم يتخذ هو ومن في حكمه الإجراءات المناسبة والحيطة والحذر اللازمين والضروريين عند التعاطي مع هذه المواد باعتبارها مواد خطرة. لذلك فإن مهنة الصيدلية والمسئولية المدنية عن أي ضرر يقع للمريض أو متعاطي الدواء تمتاز بخصوصية خاصة يجب تنظيم قواعدها القانونية وضوابطها بشكل مستقل إلى حد كبير عن القواعد العامة للمسئولية المدنية التي تنظم الأضرار التي تستحق التعويض عنها ضمن القانون المدني.

وفي هذا الإطار تتناول الدراسة الخطأ التي يرتب مسئولية الصيدلي في حالاته المتعددة وذلك ضمن شقين، أحدهما مسئولية الصيدلي المدنية أثناء صرفه للدواء، والثاني مسئولية الصيدلي المدنية أثناء تركيبه للدواء. وقد تحدد نطاق الدراسة في المسئولية المدنية المهنية والشخصية للصيدلي دون الحديث عن مسئولية مساعديه أو من يتبعه. وكذلك تتناول هذه الدراسة مسئولية الصيدلي أثناء تركيبه للدواء بصفته الشخصية وليس باعتباره شركة منتجة للدواء.

يرتب القانون والفقه والقضاء التزامات على الصيدلي تجاه المرضى ومشتري الدواء باعتباره متخصصاً وليس بائعاً عادياً لسلعة معينة. حيث يكون على الصيدلي مراقبة الروشته الطبية من حيث مصدرها ومحتواها وجرعتها وخصائص الأدوية ومناسبتها للمرضى. وعليه واجب تبصير المريض بمخاطر الدواء وآثاره الجانبية. وكذلك الأمر حين يقوم الصيدلي بتركيب الدواء فيلتزم بمطابقة التركيب للوصفة الطبية ومقاديرها ومناسبتها للمريض. ويكون على عاتق الصيدلي واجب عدم افشاء سر المريض ومراعاة القواعد القانونية في ذلك. وفي حالة مخالفة الصيدلي لالتزاماته قد يرتب القانون عليه مسئولية مدنية او جنائية أو تأديبية بحسب الحال. وتكون مسئولية الصيدلي عقدية في حالة وجود عقد

بينه وبين المريض أو مستهلك الدواء وقد تكون تقصيرية في حالة عدم وجود عقد وأدى فعل الصيدلي لوقوع الضرر للمريض أو مستهلك الدواء.

Research Summary

Civil liability of a pharmacist for professional mistakes

During dispensing or composing of drugs, the pharmacist deals with materials that may pose a direct and significant threat to human health if it is not dealt with in proper and necessary procedures and precautions required when dealing with such materials as hazardous materials. Therefore, the pharmacy profession civil liability for any damage occurring to the patient or the dealer of the drug has its distinct stipulations and must be regulated to a large extent independently from the general rules of civil liability that regulate the other damages which deserve compensation under civil law.

In this context, this study will focus on the pharmacist faults which results in civil liability in multiple cases. First of them the civil liability during dispensing the drug to the patient, and the second civil liability during the composition of the drug. The scope of the study will cover the professional and personal civil liability of a pharmacist not including the responsibilities of his aides or followers. As well as this study addresses the responsibility of the pharmacist during the composition of the drug in his personal capacity and not as a producing company of the drug.

Law, jurisprudence and the judiciary pose many obligations on the pharmacist towards patients and dealers of the drugs, as a specialist seller of drugs and not an ordinary salesman for a particular commodity. The pharmacist should monitor the medical prescription in terms of its source, content and dosage and the characteristics and suitability of medicines to patients. He has a duty to enlighten the patient about the risk of medication side effects. The same applies when the pharmacist will comply with the composition of the medication by matching the composition of medical prescription and their amounts and their suitability for the patient. It shall be the responsibility of the pharmacist and his duty not to violate the confidentiality of the patient and taking into account the legal rules governing those duties. In case of violation of his obligations pharmacist law may put civil or criminal liability or disciplinary, according to the case. The responsibility of the pharmacist is contractual when a contract exists between him and the patient or the consumer, and could be tort or negligence liability in the absence of a legal contract and as consequences of the pharmacist conduct which results in damage to the patient or consumer.

أهمية البحث:

لم يحظ الصيدلي بما حظي به الطبيب عند معالجة المسئولية المدنية في النطاق المهني رغم أهمية وخطورة دور الصيدلي بصفته الشخص الذي يصرف الدواء للمريض وقد يتدخل في تركيب الدواء استناداً لوصفة الطبيب أو بدونها. ولم تنظم النصوص القانونية في التشريعات المختلفة مثل هذه المسئولية ضمن قواعد محددة خاصة بها، وكذلك لم نلحظ أحكاماً قضائية عالجت مثل هذه المسئولية.

لذلك برزت أهمية البحث لمعالجة فقهية لهذه القواعد قد تسهم في وضع أسس واضحة المعالم لمسئولية الصيدلي عن أخطائه المهنية.

اشكالية البحث

يحاول هذا البحث الإجابة على التساؤل التالي: إلى أي مدى تقوم مسئولية الصيدلي بصفته المهنية عن الضرر الذي يقع للمريض نتيجة تناوله او استخدامه للدواء الذي اشتراه أو استلمه من الصيدلي، سواء كان الصيدلي معداً للدواء أم كان مجرد بائع أو موزع؟

منهج البحث:

سيعتمد البحث الدراسة التحليلية المقارنة حيث سيتطرق للنصوص القانونية في القانون الفلسطيني وبعض القوانين المقارنة العربية خصوصاً القانون المصري والعراقي والقوانين الأجنبية خاصة القانون الأمريكي والفرنسي والتشريعات الأوروبية، إضافة لآراء الفقهاء وأحكام القضاء.

خطة البحث ونطاقه:

سيعالج البحث بشكل أساسي الخطأ المهني للصيدلي ومسئوليته المدنية عن الضرر الذي يسببه للمريض نتيجة صرف الدواء للمريض بروشته أو بغير روشته الطبيب، وكذلك في حالة تركيب الدواء من قبل الصيدلي بروشته أو بغير روشته أيضاً. وسيدرس البحث الطبيعة القانونية لمسئولية الصيدلي المدنية في النطاق العقدي والنطاق التقصيري.

وفق ما تقدم سيتم تقسيم البحث إلى مبحثين، ويتضمن كل مبحث مطلبين:

المبحث الأول: واجبات الصيدلي المهنية

المطلب الأول: التزامات الصيدلي في حالة صرف الدواء

المطلب الثاني: مسئولية الصيدلي في حالة تركيب الدواء

المبحث الثاني: الطبيعة القانونية للمسئولية المدنية للصيدلي

المطلب الأول: مسئولية الصيدلي عقدياً

المطلب الثاني: مسئولية الصيدلي تقصيريا

المبحث الأول: واجبات الصيدلي المهنية

تمهيد:

مهنة الصيدلة

لم يعرف القانون الفلسطيني بشكل صريح مهنة الصيدلة ولكنه ذكر أن مزاولة المهنة تتضمن "تحضير، أو تركيب، أو تجهيز، أو تصنيع، أو تعبئة، أو تجزئة، أو استيراد، أو تخزين أو توزيع، أو الشراء بقصد البيع، أو صرف أي دواء، أو تخليق مواده الأولية، أو القيام بالإعلام الدوائي لمقاصد تعريف الأطباء بالدواء"(1). بينما عرفها القانون المصري بأنها "تجهيز أو تركيب أو تجزئة دواء أو عقار أو نبات طبي هو مادة صيدلية تستعمل من الباطن أو الظاهر أو بطريق الحقن لوقاية الانسان أو الحيوان من الأمراض أو علاجه منها أو توصف بن لها هذه المزايا"(2).

وقد عرف القانون العراقي الصيدلة تعريفاً أوسع وأشمل بأنها" تركيب أو تجزئة أو تجهيز أو حيازة أي دواء أو عقار أو أي مادة يقصد بيعها واستعمالها لمعالجة الانسان أو الحيوان أو وقايتها من الأمراض أو توصف بأن لها هذه المزايا، أو تدريس العلوم الصيدلانية والاشتغال في مصانع مستحضرات التجميل أو القيام بالإعلام الدوائي وبوجه عام مزاولة الأعمال التي تخولها شهادة الصيدلة الجامعية للصيدلي"(3). والصيدلي هو الشخص الذي يقوم بتجهيز وصرف وتركيب الأدوية أو المستحضرات الطبية استناداً لوصفة الطبيب أو وفق قواعد التركيب الدوائي. وقد عرفت المادة رقم (2) تعريفات من نظام مهنة الصيدلة الفلسطيني الصيدلي بأنه "كل شخص يحمل شهادة بكالوريوس في علوم الصيدلة من إحدى كليات الصيدلة المعترف بها في فلسطين" ولم تحدد المادة المذكورة نطاق عمل الصيدلي تاركة ذلك للفقه القانوني. وينظم القانون قواعد ممارسة مهنة الصيدلة ونطاق عمل الصيدلي والشروط اللازمة لممارسة هذه المهنة من حيث الشخص المسئول والمكان المخصص لذلك والذي يطلق عليه غالباً الصيدلية، ويطلق القانون الفلسطيني على هذه المؤسسات بشكل عام تسمية "المؤسسة الصيدلانية" والتي تشمل الصيدليات العامة والخاصة ومصانع الأدوية أو مراكز تجارة الأعشاب الدوائية (4).

1) المادة رقم (3) من نظام مزاولة مهنة الصيدلة في فلسطين، صدر بمدينة غزة بتاريخ 2006/12/6م.
2) المادة رقم (1) من قانون مهنة الصيدلة المصري رقم (127) لسنة 1955.
3) المادة (1) من قانون مزاولة مهنة الصيدلة العراقي رقم (40) لسنة 1970م المعدل.
4) المادة رقم (2) تعريفات من نظام مزاولة مهنة الصيدلة الفلسطيني.

الخطأ المهني للصيدلي:

يتضمن الخطأ الموجب للمسئولية الصيدلانية ركن التعدي والإدراك، فإذا ارتكب الصيدلي فعلاً يتضمن تجاوزاً للأصول المهنية المقررة لمهنة الصيدلة، أو إذا أهمل في توخي الحذر والاحتياط في اتباع هذه الأصول من حيث إعلام المريض وتبصيره بالتعليمات الواجب اتباعها لاستخدام الدواء أو لم يقم الصيدلي بالتوضيح للمريض مخاطر الدواء وآثاره الجانبية الضارة أو توضيح حساسية الدواء لأدوية أخرى قد يستعملها المريض، أو حساسية المريض لمثل هذا الدواء، فإن الصيدلي يكون قد أخطأ خطئاً يوجب المسئولية (5). وتختلف صور الخطأ المهني للصيدلي في حالة صرفه للدواء عنه في حالة تركيب الدواء، وبكل الأحوال يوجد التزامات عامه للصيدلي بصفته المهنية بشأن طبيعته الخاصة المتعلقة بالمادة المتداولة وهي الدواء بما تمثل من خطورة على صحة المريض بالذات. لذلك سيتم دراسة التزامات الصيدلي المهنية من خلال دراسة التزامات الصيدلي في حالة صرفه للدواء في مطلب أول ثم يتم دراسة هذه الالتزامات في حالة تركيبه للدواء وذلك في مطلب ثاني.

المطلب الأول: التزامات الصيدلي عند صرفه الدواء

إذا كان التزام الطبيب هو الالتزام ببذل عناية أثناء القيام بعمله، فإن التزام الصيدلي هو التزام بتحقيق نتيجة، حيث هو ملتزم بالتزام محدد يتمثل في تزويد أو بيع أو انتاج أدوية صالحة للاستعمال أو التعاطي (6). فقد يمتنع الصيدلي عن بيع الدواء أو قد يبيع الصيدلي الدواء بسعر أعلى من السعر المقرر، في مثل هذه الحالات نكون أمام خطأ عام كأي بائع يخضع فيه الصيدلي للمسئولية المدنية أو الجنائية أو التأديبية في حالة شغله لوظيفة عامة، ويدرس في عقود البيع وأنظمته. غير أن الصيدلي قد يمتنع عن صرف روشتة دواء إذا وجد فيها عيب يمنع صرفها أو يمتنع عن بيعها مؤقتاً لحين التحقق من بياناتها من قبل الطبيب الذي حررها (7)، في مثل هذه الحالات لا تقوم مسئولية الصيدلي. ويوجد التزام عام على الصيدلي بتبصير المريض بطريقة استعمال الدواء والتنبيه بمخاطر الدواء وأعراضه الجانبية وحساسيته تجاه أدوية أخرى أو تجاه المريض استناداً لسنه أو وزنه أو طبيعة جسمه. وهناك التزام عام أيضاً بحفظ السر المهني ويتضمن عدم افشاء ما يتعلق بمرض المريض.

---

[5]) أنظر: مسئولية الصيدلي عن أخطائه المهنية؛ خصوصية التزام بائعي ومنتجي الدواء؛

[6]) د. محمود عبد ربه محمد القبلاوي، المسئولية الجنائية للصيدلي، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2010، ص 24.

[7]) على محمد الحسيني، مسئولية الصيدلي عن أخطائه المهنية، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 1999، ص 107.

الفرع الأول: التزام الصيدلي بضمان السلامة في مجال الدواء

يعد هذا الالتزام التزاماً بتحقيق نتيجة، وهو يعني أن يكون الدواء صالحاً بذاته من حيث عناصر تكوينه ولا يشكل خطراً عند تعاطيه من قبل المريض (8). فإذا لم لكن الدواء صالح للاستعمال أو كان فاسداً لعدم حفظه بالطرق السليمة، أو كان منتهي الصلاحية تقع على الصيدلي مسئولية أي ضرر يحدث للمريض نتيجة شراؤه منه أو استخدامه. وأساس مسؤولية الصيدلي في هذه الحالة هو العيب الخفي الذي شاب الدواء عند بيعه، ويخضع الصيدلي في هذه الحالة لمسئولية البائع العادي والبائع المهني الذي يضمن العيوب الخفية التي لا يستطيع المشتري اكتشافها أو معرفتها نظراً لخصوصية السلعة في هذه الحالة ولكون الخطأ الذي يقع فيه الصيدلي يعد من قبيل الخطأ المهني الذي يختلف فيه الصيدلي عن البائع العادي. فالمريض قد لا يدرك ما يترتب على سوء حفظ وتخزين الدواء مثل الصيدلي حتى لو كان تاريخ صلاحية الدواء سارياً. ولذلك لا يتعين على مستهلك الدواء المضرور أن يثبت علم الصيدلي بالعيب وقت البيع، لأن مهنية الصيدلي واحترافه تقتضي افتراض علمه بالعيب الذي يلحق بالدواء لأي سبب كان، ولذلك يقع على عاتق الصيدلي تعويض المريض عن أي ضرر اصابه جراء استهلاكه لدواء به عيب خفي، ولذلك يعتبر البعض أن صفة الاحتراف هي قرينة قاطعة على علم الصيدلي بعيب الدواء، بينما يقرر البعض أنه قاعدة موضوعية لا تقبل إثبات العكس (9). والتزام الصيدلي بتسليم دواء صالح للاستعمال يشمل الدواء الجاهز من صناعة شركات منتجة أو الذي يقوم الصيدلي بتركيبه، لأن من واجب الصيدلي أن يقوم بمراقبة ومتابعة صلاحية الأدوية في صيدليته وبحكم خبرته عليه أن يعرف الدواء الفاسد من الصالح (10). وتضمن التشريع الفلسطيني التزاماً على الصيدلي بحفظ الأدوية بطريقة سليمة ومراقبة صلاحيتها (11)، ويرتب القانون المدني الفلسطيني مسئولية تقصيرية تستوجب التعويض على كل من سبب ضرراً للغير، يشمل ذلك الصيدلي في حال ارتكابه فعلاً أو خطأً أدى للإضرار بالغير (12).

وقد تنازع الفقه وجهتا نظر بشأن تأسيس مسئولية الصيدلي في هذه الحالة، فذهب جانب من الفقه (13) إلى أن أساس مسئولية الصيدلي في هذه الحالة تستند إلى العيب الخفي، حيث يجب أن

---

[8]) د. محمود عبد ربه محمد القبلاوي، المسئولية الجنائية للصيدلي، مرجع سابق ص 29.

[9]) د. محمد محمد القطب مسعد، خصوصية التزامات منتجي وبائعي الدواء، مجلة القانون والاقتصاد، جامعة المنصورة، 2011، ص33 من البحث. القرينة القانونية قد تقبل إثبات العكس لكن القاعدة الموضوعية لا تقبل اثبات العكس مطلقاً.

[10]) د. أحمد السعيد الزقرد، الروشته "التذكرة" الطبية بين المفهوم القانوني والمسئولية المدنية للصيدلي، دار الجامعة الجديدة، 2007، الاسكندرية، ص 124.

[11]) المواد (20) ، (21) من نظام مزاولة مهنة الصيدلة الفلسطيني.

[12]) المادة (179) من القانون المدني الفلسطيني.

[13]) د. أسامة أحمد بدر، ضمان مخاطر المنتجات الطبية "دراسة مقارنة"، دار الكتب القانونية، مصر، 2008، ص 107 وما بعدها.

تتوافر فيه شروط الخفاء الذي لا يعله المشتري أو من الصعب أن يعلمه، وأن يكون العيب مؤثراً ينقص من قيمة أو فائدة الدواء أو يعدمها، وأن يكون العيب الخفي موجوداً قبل شراء المريض للدواء أو يكون العيب قديماً. بينما ذهب جانب آخر من الفقه إلى أن أساس المسئولية في هذه الحالة هو إخلال الصيدلي بالالتزام بالتسليم، حيث أن فساد الدواء يؤدي إلى تغير مواصفات الدواء وتأثيره بشكل كبير مما يعني تسليم سلعة غير السلعة المطلوبة أو تسليم سلعة غير مطابقة للمواصفات وبالتالي يكون ذلك إخلالاً بالتسليم (14).

ونرى من جانبنا أن الأمر ليس بهذه البساطة في تقدير أي من الرأيين يمكن الأخذ بهما. فإنه في حالة تأسيس المسئولية على فكرة ضمان العيوب الخفية يتعين على المضرور أن يثبت وجود العيب الخفي في المنتج الدوائي الذي سبب له ضرراً، ويجب عليه أن يثبت كذلك أن العيب قديماً أي أنه لم يوجد وقت التسليم، وأن يثبت أن العيب مؤثراً ومن شأنه أن ينقص من قيمة المبيع أو تحقق المنفعة منه على الوجه المناسب، وعلي المضرور أيضاً أن يثبت علم الصيدلي بالعيب الخفي وقت البيع وذلك للحصول على تعويض كامل عن الضرر الذي أصابه من استعمال الدواء، حيث يتم تقدير التعويض بحسب حسن او سوء نية البائع، فيتم التعويض عن الضرر المتوقع أو غير المتوقع بحسب كل حالة(15). وقد لا يشفع للمضرور كون الصيدلي محترفاً أي يجب عليه أن يعلم بالعيب الموجود في الدواء عند بيعه رغم أننا قررنا سابقاً أن قرينة علم الصيدلي بالعيب المؤثر هو قرينة قاطعة موضوعية لا يمكن تكذيبها، ويمكن اثبات خفاء العيب من خلال الفحص الظاهري للدواء من قبل المريض، حيث لا يمكن معرفة العيب إلا من خلال فحص فني متخصص عندها يعد العيب خفياً في هذه الحالات (16). إلا أنه قد لا يستطيع الصيدلي كشف العيب نظراً لصعوبة ذلك من الناحية الفنية والعليمة وقصور التطور العلمي وقت البيع عن معرفة مخاطر الدواء وقد لا تظهر آثار الدواء الضارة إلا بعد وقت طويل مما يحد من إمكانية تعويض المريض نظراً لإمكانية إعفاء الصيدلي من مخاطر التطور العلمي الذي تقرره بعض التشريعات الأوروبية (17). لذلك قد يتعذر على المريض مستهلك الدواء القيام بعبء إثبات كل ذلك للحصول على التعويض المناسب والكامل، نظراً للطابع الفني، الدقيق والمعقد للدواء واثبات العيب فيه، وما تؤدي إليه دعوى ضمان العيوب الخفية من إمكانية فسخ العقد أو إنقاص الثمن هو أمر ثانوي بالنسبة لما قد يتعرض له المريض من مخاطر وأضرار نتيجة

---

[14]) د. أحمد السعيد الزقرد، الروشته "التذكرة" الطبية بين المفهوم القانوني والمسئولية المدنية للصيدلي، مرجع سابق ص 127 وما بعدها.

[15]) د. محمد شريف عبد الرحمن، ضمان البائع للعيوب الخفية في الشيء المبيع، دار النهضة العربية، القاهرة، 2009، ص 130.

[16]) د. اسامة أحمد بدر، مرجع سابق، ص 112.

(17) Fouassier (E), Responsabilité civile liée au médicament industriel : la nouvelle donne, RDSS no 2 1998, p 296 et., p 297.

استخدام الدواء الفاسد. ويقرر بعض الفقه أنه من الأفضل للمريض الحصول على التعويض وفق القواعد العامة للمسئولية التقصيرية دون اللجوء لدعوى العيوب الخفية (18).

لذلك نتفق مع ما ذهب إليه غالبية الفقه الحديث من عدم ملائمة تأسيس دعوى المسئولية للصيدلي على فكرة ضمان العيوب الخفية [19]. ولذلك أصبح الالتزام بالسلامة مسئولية قانونية تقع على عاتق المنتج. وقد قرر المشرع الفلسطيني مسئولية المزود النهائي للسلعة عن الضرر الناجم عن استخدام أو استهلاك المنتج المحلي أو المستورد الذي لا تتوافر فيه شروط السلامة أو الصحة للمستهلك أو عدم الالتزام بالضمانات المعلن عنها أو المتفق عليها (20). ويدخل ضمن هذا النطاق الصيدلي الذي يصرف الدواء للمريض أو المستهلك. وقد رتب المشرع الفلسطيني مسئولية تقع على عاتق الصيدلي باعتباره المزود النهائي للدواء في حالة بيعه أو صرفه للروشته وذلك في حالة وجود أي عيب خفي قد يكتشفه الصيدلي (21)، حيث يجب عليه الابلاغ عن الدواء المعيب وعدم بيعه بل واتلافه على نفقته الخاصة. وقد صدر في ذلك التوجيه الأوروبي الصادر عام 1985 وسارت عليه القوانين الأوروبية ومنها تعديل القانون المدني الفرنسي المسمى قانون 19 مايو 1998(22)، وذلك ضمن الحق في السلامة حماية للمستهلك، خصوصاً في مجال المنتجات الطبية والخطرة. حيث يجب على منتج الأدوية متابعة التطورات الحديثة في مجال الدواء فلا يقتصر ذلك على المعرفة العلمية وقت الطرح للتداول بل وجوب متابعة التطورات العلمية حتى يمكن تلافي آثارها الضارة (23). وقد قررت محكمة استئناف Ex province الفرنسية بأن الطبيعة الخطرة في المنتجات الدوائية وما ثبت من احتوائها على مواد مسببة للمرض يؤدي إلى قيام مسؤولية المنتج أو البائع ولا يمكن دفع هذه المسئولية بعدم معرفته بوجود هذه المواد المسببة للمرض حيث لم يكن بالإمكان اكتشافها في ضوء المعرفة العلمية والتكنلوجية المتاحة وقت انتاج الدواء (24).

وقد أنشأ القضاء هذه الفكرة في البداية تلافياً لإشكاليات الالتزام بضمان العيوب الخفية وصعوبة تحقيق مسئولية الصيدلي أو منتج الدواء من قبل المريض أو المضرور، ولم يعد القضاء الفرنسي بالخصوص يعترف بالمدة المحددة لرفع دعوى ضمان العيب تأسيساً على فكرة ضمان

---

[18]) د. أحمد عبد العال أبو قرين، ضمان العيوب الخفية وجدواه في مجال المنتجات الصناعية، القاهرة، 1992، ص 45.

[19]) Dumery (A), La responsabilité du fait des médicaments, mémoire, DEA aix-marseille,2002,p71.

[20]) المادة رقم (10) من قانون حماية المستهلك رقم (21) لسنة 2005.

[21]) المادة رقم (11) من قانون حماية المستهلك رقم (21) لسنة 2005.

[22]) Les articles (1985-1-16) du Code Civil Français.

[23]) د. شحاتة غريب محمد شلقامي، خصوصية المسئولية في مجال الدواء، دار النهضة العربية، القاهرة، 2008، ص 26.

[24]) د. حسن عبد الباسط جميعي، مسئولية المنتج عن الضرر الذي تسببه منتجاته المعيبة، دار النهضة العربية، القاهرة، 2000، ص 84–وما بعدها.

السلامة، ولذلك أدرج المشرع الفرنسي نصوصاً قانونية في تعديل القانون المدني لكي يضمن حماية المستهلك خصوصاً في مجال المنتجات الطبية والخطرة (25).

ويلتزم الصيدلي قبل صرف الدواء المحرر في الروشته بأن يتحقق من صفة الطبيب الوارد اسمه فيها وبذل العناية اللازمة في ذلك. ويلتزم الصيدلي كذلك بتسليم دواء مطابق للروشته الطبية، وعليه تقوم مسئولية الصيدلي في حالة تسليم دواء بديل عن الدواء المدون فيها، أو ممارسة سلطته في تقدير قوة الدواء أو مدى فعاليته، فيقوم بتغيير مقادير الجرعة أو قوة المادة الفعالة (26). ويسأل الصيدلي عن أي غلط يتعلق بالأدوية التي يسلمها للمريض مقارنة بما هو مدون في الروشته الطبية، حيث يعد ذلك خطأً جنائيا ً(27).

الفرع الثاني: التزام الصيدلي بالتبصير والإعلام

يقع على البائع عموماً والصيدلي بشكل خاص التزام يتضمن الإفضاء للمشتري عن الصفة الخطرة للمبيع مع توضيح كافة ما يتعلق بتحقيق المنفعة منه مثل كيفية استعماله والتعليمات التي تضمن تحقيق ذلك (28). وكما هو الحال بشأن واجب الإعلام المقرر على الطبيب المعالج أو الذي يقوم بعملية جراحية للمريض من ضرورة إعلام المريض بكافة مخاطر العملية وآثارها الجانبية (29)، فيكون قياساً مقبولاً أن يلتزم الصيدلي بإعلام المستهلك للدواء بمخاطر الدواء وآثاره الجانبية ويعد منتج الدواء الملتزم الأول والأساسي بالإعلام والتبصير حيث هو أعلم الناس بخصائص الدواء والأكثر قدرة على إعطاء المعلومات اللازمة عن تأثيرات الدواء وكيفية استخدامه على الوجه الصحيح (30).

ويقع على عاتق الصيدلي بائع الدواء أو منتجه التزام بإعطاء المعلومات الكافية والضرورية الخاصة باستعمال الدواء وإعلام المشتري المريض بالمخاطر المترتبة على استخدامه وأي معلومات

---

[25] أنظر: د. محمد محمد القطب مسعد، خصوصية التزامات منتجي وبائعي الدواء، مرجع سابق، ص 37–وما بعدها.

[26] د. محمود عبد ربه القبلاوي، المسئولية الجنائية للصيدلي، مرجع سابق، ص25 وما بعدها.

[27] د. احمد السعيد الزقرد، التذكرة الطبية، مرجع سابق، ص 117.

[28] أنظر: د. عبد الكريم سالم علي العلوان، الالتزام بالتبصير بالصفة الخطرة في المبيع، دراسة مقارنة في القانون الفرنسي والمصري والأردني، رسالة دكتوراه، 2007؛ جهاد بني يونس، التامات المنتج بالإدلاء بالبيانات قبل التعاقد مع المنتج ومن في حكمه، دراسة فقهية مقارنة في القانون الفرنسي والمصري والأردني، رسالة دكتوراه، 2007؛ عبد الله عبد المهدي ضيف الله، الحماية القانونية للمستهلك من المنتجات المعيبة، مقارنة في القانون الفرنسي والمصري والاردني، رسالة دكتوراه، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، 2008.

[29] منير رياض حنا، المسئولية المدنية للأطباء والجراحين، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2011، ص 352.

[30] د. عدنان سرحان، التزام المحترف بتزويد المستهلك بالمعلومات، مجلة الحقوق للبحوث القانونية والاقتصادية، كلية الحقوق جامعة الاسكندرية العدد الثاني 2007، ص 333؛ د. السيد محمد عمران، الالتزام بالإخبار، دراسة مقارنة، المجلة العلمية للبحوث القانونية، دار المطبوعات الجامعية، الاسكندرية، 1999، ص 110. د. محمود عبد ربه القبلاوي، المسئولية الجنائية للصيدلي، مرجع سابق، ص 30.

تتعلق بآثار الدواء الجانبية أو حساسية المريض تجاه هذا النوع من الأدوية (31). ولم يرد في قانون مزاولة مهنة الصيدلة أي اشارة إلى التزام الصيدلي بالإعلام وتبصير المريض أو مستهلك الدواء بمخاطر هذه السلعة، لكن قانون حماية المستهلك وضمن اللائحة التنفيذية الصادرة عن مجلس الوزراء سنة 2009 قد أوجب على المزود وهنا ينطبق الأمر على الصيدلي عندما يقوم بصرف أو بيع الدواء، أو جب عليه إعلام المستهلك بمخاطر وأضرار الدواء وأن يوفر للمستهلك المعلومات الأساسية حول تقدير المخاطر المرتبطة باستعمال السلعة أو الخدمة وعليها أن ينبهه إلى المخاطر التي تلحق به جراء استعمالها بشكل مخالف أو خطر اقتراب الأطفال منها إذا كانت طبيعتها تستلزم ذلك، وأن يزوده بكيفية الوقاية من الأضرار المحتملة للدواء وكيفية علاجها في حال حدوثها(32). وقد أسس القضاء الفرنسي هذا الالتزام على عاتق البائع المهني استناداً لنص المادة 1135 من القانون المدني الفرنسي (33). مما يتطلب استعلام الصيدلي من المريض عما يتعاطاه المريض من أدوية أخرى أو حساسيته الخاصة تجاه نوع معين من الدواء.

ويرى جانب من الفقه أن يحصر الالتزام بالإعلام على منتج الدواء والطبيب دون الصيدلي أو الوسيط مستندين في ذلك إلى مجموعة من الأحكام القضائية الأمريكية [34] التي تنفي مسئولية الصيدلي عن واجب الإعلام والتبصير عن مخاطر الأدوية التي لا تصرف إلا بموجب تذكرة طبية. وقد واجه مثل هذا الاتجاه نقداً من قبل جانب آخر من الفقه حيث يرى أنه يجب أن يكون المريض على بصيرة من أمره بشأن مخاطر الدواء واستعمالاته الصحيحة، لذلك فإن الفرق العلمي والمهني بين المريض والصيدلي يحتم على الصيدلي كمهني متخصص أن يقوم بتبصير المريض كمستهلك، فضلاً عن أن الكثير من الحالات لا يتم صرف الدواء استناداً لتذكرة طبية من الطبيب مما يفرض على الصيدلي واجب القيام ببيان التعليمات وتبصير المريض بكيفية استعمال الدواء وبيان مخاطرة الطبية (35). ويتمثل الالتزام بالإعلام والتبصير في تبيان الأمور التي تحقق المنفعة التامة من الدواء وكيفية استعماله من حيث عدد الجرعات وكمية الجرعة في المرة الواحدة ومواعيد تناول الدواء وطريقة تناوله (36) وتبيان صفات الدواء المختلفة إذا لزم الأمر (37). ويلزم أيضاً التبصير والتحذير من المخاطر

---

[31]) انظر: محمد محمد القطب مسعد، مرجع سابق، ص 12.

[32]) المادة رقم (11) من اللائحة التنفيذية لقانون حماية المستهلك رقم (13) لسنة 2009.

[33]) تنص المادة 1135 مدني فرنسي على "العقد لا يقتصر على الزام المتعاقد بما ورد فيه ولكن يتناول أيضاً ما هو من مستلزماته وفقاً للقانون والعرف والعدالة". وكذلك نص المادة 1602 بضرورة لأن يشرح المتعاقد للآخر بصورة واضحة مدى التزامه في العقد.

[34]) Nicholas V. Central merchandise Inc. 16 Kan. App. 2d 65 1131(Kan. App. 1991) ; Walker V. Jack Crop. 209 Ga. App. 517(1993).

[35]) انظر: محمد محمد القطب مسعد، مرجع سابق، ص 14.

[36]) د. احمد السعيد الزقرد، مرجع سابق، ص 135.

المحتملة التي تصاحب استعماله وآثاره الجانبية (38)، وكذلك تبصير المريض المستهلك بكافة الاحتياطات الواجب اتخاذها لتفادي أضرار المنتوج، وليس للصيدلي الاحتجاج بصمت المشتري أو مستخدم الدواء أو عدم طلبه معلومات أو بيانات عن الدواء لكي يتخلص من المسئولية عن إخلاله بالالتزام بتقديم المعلومات للمريض (39).

وثار جدل فقهي حول نطاق الالتزام بالإعلام هل يشمل تبصير المريض المستهلك بالمخاطر العادية المتوقعة أم يجب على الصيدلي تبصير المريض أيضاً بالمخاطر غير المتوقعة. فذهب جانب من الفقه إلى أن التبصير يشمل كافة المخاطر المتوقعة وغير المتوقعة والكشف للمريض عن حالته الصحية وإخباره بالحقيقة مهما كانت مرة (40). ويرى جانب آخر من الفقه أن واجب التبصير يجب أن يتجنب الإعلام بالنتائج الشاذة أو النادرة للعلاج، حيث يقتضي العلاج أيضاً التعامل مع نفسية المريض الذي يعيش حالة قد تؤدي إلى تضخيم المخاطر الشاذة في ذهنه وتضعف الثقة في جدوى العلاج (41).

ونرجح الاتجاه الأول في وجوب توعية المريض بكافة النتائج والآثار العادية والشاذة مع مراعاة حالة كل مريض على حدة والأخذ بعين الاعتبار مدى خطورة مثل هذه الآثار، فالمريض العادي يمكن إخباره بكل ما يترتب على الدواء من أعراض عادية أو غير عادية تبصيراً له بما يمكن أن يتجنبه من أدوية أو مأكولات تؤثر في ظهور مثل هذه الآثار، أما المريض المتوهم أو الطاعن في السن فلا يمكن إخباره بآثار غير متوقعة أو نادرة الحدوث لأن ذلك قد يؤثر في جدوى العلاج وقد يؤثر سلباً على صحة المريض وقد لا يفيد معرفة المريض بهذه الآثار الشاذة لكونه لا يعرف كيف يتعامل معها أو يتجنبها.

ويرى بعض الفقه أنه يمكن إخفاء مثل هذه الحقائق عن المريض وأن هناك من يرى اباحة الكذب للطبيب أو الصيدلي بشأن الإدلاء بمعلومات قد تؤثر فعلاً على نفسية وصحة المريض وتؤخر

---

37) د. نزيه محمد الصادق المهدي، الالتزام قبل التعاقدي بالإدلاء بالبيانات المتعلقة بالعقد وتطبيقاته على بعض أنواع العقود، دار النهضة العربية، القاهرة، 1990، ص 106؛ د. مصطفى أحمد أبو عمرو، الالتزام بالإعلام في عقود الاستهلاك، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية، 2010، ص 114.

38) د. محمد عبد الكريم كرشيد، المسئولية الطبية المدنية، مطبعة سوجيك، صفاقس– تونس، 2011، ص 88.

39) د. ثروت عبد الحميد، الأضرار الصحية الناشئة عن الغذاء الفاسد أو الملوث وسائل الحماية منها ومشكلات التعويض عنها، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية، 2007، ص 85– وما بعدها.

40) د. محمد حسين منصور، المسئولية الطبية، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2006، ص 43؛ د. عبد الفتاح بيومي حجازي، المسئولية الطبية بين الفقه والقضاء، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2008، ص 175.

41) د. حمدي عبد الرحمن، معصومية الجسد، دون دار نشر، 1987، ص 35؛ د. محمد محمد القطب مسعد، مرجع سابق، ص 20.

علاجه (42). أما الآثار التي قد تحدث فيها نتائج تسبب الوفاة أو آثار خطيرة قد تصاحب علاجاً لا بد من تعاطيه وتحتاج موافقة متلقي العلاج، في هذه الحالة يجب إخبار المريض بتلك النتائج ولو كانت نادرة الحدوث (43). ويميز بعض الفقه بين المخاطر المتوقعة والتي قد تكون عادية أو جسيمة للدواء حيث يكون الالتزام بالإعلام والتبصير بها واجباً على الصيدلي أو الطبيب، وبين المخاطر الاستثنائية أو غير المتوقعة أو التي يصعب توقعها وفقاً للمعطيات العلمية القائمة في هذه الحالة لا يلتزم الصيدلي أو الطبيب الإعلام بها (44).

الفرع الثالث: الالتزام بعدم افشاء السر المهني

أساس التزام الصيدلي بعدم افشاء السر المهني يكمن في العلاقة بينه وبين المريض التي تقوم على الثقة، فالصيدلي يقدم للمريض خبرته الفنية والمهنية مقابل أن يطلع المريض الصيدلي على حالته الصحية راغباً في الإفادة من خبرة الصيدلي في إعطائه الدواء المناسب بما يحقق الغرض الذي يقتضي منح المريض ثقته للصيدلي. ويعتبر الالتزام بعدم افشاء السر المهني واجب أخلاقي فضلاً عن كونه قد يرتب مسئولية مدنية أو جنائية في حال افشائه (45).

وتحديد ماهية السر المهني ومتى تكون الوقائع سرية يتحتم المحافظة عليها وعدم افشائها، كل ذلك يعد أمراً ينطوي على صعوبة، ولذلك عزفت التشريعات عن إيراد تعريف للسر المهني، حيث تولى القضاء والفقه تحديده وتعريفه وبيان نطاقه (46). وقد اختلف الفقه الفرنسي في تحديد الوقائع التي تعتبر سراً مهنياً حيث يرى جانب منه أن السر المهني يقتضي وجود وقائع يؤدي إفشائها إلى الإضرار بسمعة المريض أو كرامته، وهناك من يرى أن الوقائع المتعلقة بمرض وحالة المريض الصحية هي تعتبر أسراراً لا يجوز إفشائها ولو كانت غير مشينة بصاحبها (47). وقد شملت نصوص التشريعات

---

(42) د. منير رياض حنا، المسئولية المدنية للأطباء والجراحين، مرجع سابق، ص 355. د. محمد عبد الكريم كرشيد، المسئولية الطبية المدنية، مرجع سابق ، ص 86.

(43) قضت محكمة نيم الفرنسية سنة 1964 في قضية توفيت فيها سيدة إثر حقنها بمصل، فرفع ورثتها دعوى يطالبون بالتعويض وأسسوا دعواهم على إخلال الطبيب بالتزامه بالتبصير بمخاطر العملية، حيث كانت المخاطر تصل لحد الوفاة رغم ان نسبة حدوثها لم تتجاوز حالة من كل 300,000 حالة وذلك احتمال نادر جداً. Trib-Civ. de Nimes, 19-10-1964. D. 1965. Somm.31. انظر: محمد محمد القطب مسعد مرجع سابق، ص 20.

(44) انظر في الأحكام القضائية الفرنسية التي ترفض الالتزام بالإعلام في حالة المخاطر النادرة: Cass. Civ. 4 mai 1970 B. Civ. 8952, p. 223; ass. Civ. 1, 9 Octobre 2001 J.C.P. 2002 II. 10045, note O. Cachard. مشار إليها لدى: محمد محمد القطب مسعد، مرجع سابق، هامش (1) ص 21. وانظر أيضاً: د. عبد الفتاح حجازي، مرجع سابق، ص 177.

(45) د. منير رياض حنا، المسئولية المدنية للأطباء والجراحين، مرجع سابق، ص 363. د. طالب نور الشرع، مسئولية الصيدلي الجنائية، دار وائل للنشر، عمان–الأردن، 2008، ص98.

(46) عباس على الحسيني، مرجع سابق ص 125.

(47) د. منير رياض حنا، المسئولية الجنائية للأطباء والصيادلة، دار المطبوعات الجديدة، الاسكندرية، 1989، ص 163.

الصيادلة باعتبارهم وسطاء ضروريين بين الطبيب والمريض فهم يعلمون نوع المرض من خلال الوصفة الطبية والدواء الذي يتعاطاه المريض (48). ويعتبر الصيدلي مسئولاً عن افشاء سر المريض ولا يشترط أن يكون السر وصل إلى الصيدلي من خلال المريض نفسه، فقد يصل علم الصيدلي بمرض المريض من خلال الطبيب المعالج أو من خلال صيدلي آخر زميل له، وكذلك يعد الصيدلي مسئولاً عن الأسرار التي تصل إليه من خلال الاستنتاج من مختلف الظروف والقرائن، حتى ولو كان المريض يجهل نوع المرض الذي أصابه (49). وقد تدخلت قوانين العقوبات المختلفة وجرمت إفشاء السر المهني وشملت بذلك إفشاء السر من قبل الصيادلة باعتبارهم من أصحاب المهن التي تتضمن أسرار يتوجب كتمانها، حيث اعتبر القانون الفلسطيني أن كل من اؤتمن على معلومات سرية بحكم مهنته أو وظيفته وافشى تلك المعلومات في غير الأحوال التي يقضي فيها القانون بإفشائها، يعتبر أنه ارتكب مخالفة (50). وتتحقق مسئولية الصيدلي ولو لم يذكر كافة المعلومات والوقائع التي تكشف سر المريض كله بل يكفي مثلاً أن يذكر الصيدلي أن المريض يتردد على صيدليته منذ زمن طويل ويتعاطى نوعاً من الأدوية أو يستخدم دواء معيناً، يعتبر إفشاء للسر أيضاً في حالة ذكر وقائع لأصدقاء المريض أو معارفه أو حتى للمارة أو من لا يعرف المريض، ويتحقق الإفشاء أيضاً لو تم ذلك لصيدلي زميل آخر دون موافقة وعلم المريض كما لو لم يوجد الدواء المطلوب عند الصيدلي المعني بالأمر وطلب من المريض البحث له عن الدواء لدى صيدلية أخرى، ويعلل الفقه ذلك لكون المريض قد ائتمن الصيدلي عما أدلى به من معلومات ولو لم يذكر له أنه سر يجب عدم إفشاؤه (51). ولا يشترط القانون توفر نية الإضرار بالمريض لكي تتحقق مسئوليته المدنية عن إفشاء السر، فيبقى الصيدلي ملتزماً بعدم إفشاء السر وتترتب مسئوليته في حالة إفشاء السر سواء توافرت نية الإضرار بالمريض أو كان ذلك نتيجة الإهمال وعدم الاكتراث (52). وفي حالات معينة يباح للصيدلي البوح بالسر بل قد يطالب بذلك إذا كان الأمر يتعلق بالإخبار عن جرائم أو منع ارتكابها أو كان ذلك بناء على طلب المريض نفسه، ولا يطالب الصيدلي أثناء الإدلاء بالشهادة بإفشاء سر المريض ويحترم القاضي هذه الخصوصية، ولكن قد يرى القاضي أن سير العدالة يقتضي لإفشاء السر المهني للمريض من قبل الصيدلي فيلزم الصيدلي بالإدلاء بالمعلومات اللازمة للمحكمة (53).

---

[48] عباس (128)

[49] عباس (126 وما بعدها)

[50] نصت على ذلك المادة (378) من قانون العقوبات الفرنسي والمادة (300) عقوبات الماني والمادة (458) عقوبات بلجيكي والمادة (622) عقوبات ايطالي والمادة (301) عقوبات جزائري والمادة (579) عقوبات لبناني والمادة (310) عقوبات مصري والمادة (437) عقوبات عراقي والمادة (387) من قانون العقوبات الفلسطيني.

[51] د. منير رياض حنا، مرجع سابق، ص 162.

[52] عباس الحسيني (133)

[53] عباس الحسيني (133)

وفي حالات أخرى يرى الفقه أنه يمكن افشاء السر المهني من قبل الصيدلي لأقارب المريض مثل زوجته أو والديه إذا كان قاصراً، ولم يكن من الممكن إخبار المريض به مراعاة لحالته النفسية او المرضية (54).

المطلب الثاني: مسئولية الصيدلي أثناء تركيبه للدواء

الأدوية التي يتناولها المرضى تنتجها شركات مصنعة للأدوية أو يقوم الصيدلي بتركيبها طبقاً للوصفة الطبية، أو يقوم الصيدلي بتحضيرها للبيع مسبقاً، كما هي الحال بالنسبة لأنواع من السموم أو المستحضرات الطبية المختلفة. ولن تتناول هذه الدراسة المنتجات الطبية التي تنتج في مصانع الأدوية، فهذا الموضوع له دراسته المستقلة ضمن مسئولية المنتج عن المنتجات الطبية، لكننا سنتناول بالدراسة مسئولية الصيدلي عن الأدوية والمركبات التي يقوم هو بتركيبها في الصيدلية. ونقسم هذا المطلب إلى فرعين، يدرس الفرع الأول مسئولية الصيدلي عن المواد الازمة لتركيب الدواء وتعبئته، والفرع الثاني سيتناول دراسة تبصير المريض بكيفية استعماله وبيان مخاطرة الكامنة.

الفرع الأول: مسئولية الصيدلي عن مواد الدواء وتعبئته

يتبع الصيدلي أثناء تركيبه للدواء دستور الأدوية التي يسمح له بتركيبها والمعتمد من الجهات المختصة (55). وهذا ما يسمى بالالتزام بالمطابقة عند انتاج الدواء من قبل الصيدلي، حيث يتم فيها إجراء الرقابة على جميع المواد الأولية والمنتجات النهائية وإجراء الاختبارات حسب المواصفات الدستورية والمواصفات الخاصة بالمنتج الصيدلي (56). والمقصود بالمطابقة هنا هو المفهوم الوظيفي لها والذي يتمثل في ضمان أن يكون المنتوج صالحاً للاستعمال وتحقيق الغرض الذي أنتج من أجله وضمان صلاحيته خلال المدة المقرر بحسب تركيب الدواء (57). وتحتوي الصيدلية عادة على المواد والتركيبات اللازمة لإعداد الأدوية، حيث يجب أن تحفظ بالطريقة الفنية المطلوبة. ويعد من التزامات الصيدلي بتسليم دواء صالح للاستعمال للمريض أن يقوم الصيدلي باتخاذ كافة الوسائل اللازمة لحفظ

---

54) د. منير رياض حنا، المسئولية المدنية للأطباء والجراحين، مرجع سابق، ص 368–وما بعدها.

55) أنظر: المادة رقم (2) من نظام مزاولة مهنة الصيدلة في فلسطين "دستور الأدوية (الفارماكوبيا) مجموعة رسمية تحتوي على المواصفات الكيميائية والحيوية والفسيولوجية والصيدلانية للأدوية الواردة فيها وطرق الكشف عنها (مطبوعة أو الكترونية) والتي يعتمدها الوزير". أنظر أيضاً المادة (28) من قانون مزاولة مهنة الصيدلة المصري. والبند رقم (7/1115) من قانون الصحة العامة الفرنسي.

56) د. محمد محمد القطب مسعد، مرجع سابق، ص 40.

57) د. احمد عبد العال ابو قرين، الازدواجية والتداخل بين الدعاوي المرتبطة بعقد البيع، دراسة تحليلية، مجلة العلوم القانونية والاقتصادية، كلية الحقوق جامعة عين شمس، العدد الثاني، السنة السابعة، والثلاثون، يوليو 1995، ص 41.

الأدوية بشكل صحيح كما لو تطلب الأمر حفظها في مكان بارد في درجة حرارة مناسبة. خصوصاً الأدوية المركبة (58).

والأدوية المركبة عادة يتم تحضيرها عند الطلب ولا يجوز الاحتفاظ بأدوية مركبة جاهزة نظراً لعدم تحقق الغاية المقصودة من تركيب الدواء، فالطبيب عندما يصف الدواء بشكله المركب يراعي أن الدواء المركب تنتهي مدة مفعولة الدوائية المؤثرة خلال فترة وجيزة لذلك لزم تركيبه عند الاستعمال، وقد أكد القضاء الفرنسي هذا المبدأ في أحكام قديمة. وفي إحدى الوقائع وصف طبيب دواء لطفل يلزم تحضيره من قبل الصيدلي، وعند تناول الطفل لهذا الدواء ظهرت على الطفل أعراض حروق وتقيحات أدت إلى وفاة الطفل، وتبين أثناء التحقيق أن الصيدلي قد أضاف مادة أكثر من التي حددها الطبيب مما أدى لوفاة الطفل [59].

ويقع على عاتق الصيدلي عندما يقوم بتركيب الدواء استناداً للتذكرة الطبية أن يراعي تنفيذ التذكرة الطبية بشكل دقيق، حيث تعتبر التذكرة من أهم مظاهر ممارسة العمل طبي للطبيب والصيدلي على السواء (60)، فمن خلال هذه الروشته يمكن للصيدلي أن يطمئن إلى أن هذا الدواء قد تم وصفه من خلال طبيب مختص حيث يتعين عليه أن يتحقق من ذلك ومن ختم الطبيب المختص، وأن هذا الدواء يتناسب مع حالة المريض الصحية، لذلك يتعين على الصيدلي مراقبة تنفيذ التذكرة بشكل دقيق حريص. ويلاحظ في العادة كتابة التذكرة الطبية بخط قد لا يستطيع غير الصيادلة فهمه مما يتعين على الصيدلي التدقيق أولاً في صحة صدور التذكرة عن الطبيب المختص خصوصاً إذا كان التوقيع والختم على الروشته مشوشاً، حيث يرى بعض الفقه في هذه الحالة أن التزام الطبيب بشأن التحقق من صحة صدور التذكرة من الطبيب المختص هو التزام بعناية وليس التزام بتحقيق نتيجة(61)، ونرى أنه يجب على الصيدلي بذل أقصى الجهد للتحقق من صحة صدور التذكرة من الطبيب المختص بشأن الأدوية التي تحتاج لتركيب والامتناع عن صرفها إلا بعد التحقق من ذلك إذا كان في ذلك متسع لمراجعة الطبيب الذي أصدرها، وإذا لم يسع الصيدلي الوقت للتحقق وكانت حالة المريض تستدعي صرف الدواء بسرعة فيكفي بذل العناية اللازمة للتحقق من صحة الروشته، مع مراعاة مدى خطورة الدواء ومهنية الصيدلي في معرفة درجة الخطورة التي يحتمل أن تقع على المريض إذا تم صرف الدواء.

---

[58] د. محمد شكري سرور، مسئولية المنتج عن الأضرار التي تسببها منتجاته الخطرة، دار الفكر العربي للطبع والنشر، الطبعة الأولى، القاهرة، 1984، ص 36-37.

[59] Crim 19 Mars 1903. Dalloz, report, Re De Droit 1949. No 70. Cir: seine 11 Oct: 1937 Corr. Lille, 9 Dec. 1929 Dalloz 1969 Op. Cit No. 212 .118، ص 117، (1) مشار إليه لدى عباس الحسيني هامش (3)،

[60] أحمد السعيد الزقرد، مرجع سابق، ص 4.

[61] محمد محمد القطب مسعد، مرجع سابق، ص 52.

ويجب على الصيدلي الالتزام بمراقبة محتوى التذكرة الطبية من حيث الدواء ومدى ملائمته للمريض. حيث يجب على الصيدلي مراقبة ما تحتويه الروشته من أدوية وخلوها من الغلط المادي الذي قد يقع فيه الطبيب أثناء كتابة الروشته، حيث لامت محكمة Blois الفرنسية الصيدلي على تقصيره في مراقبة مضمون التذكرة الطبية وإهماله الجسيم في اكتشاف خطأ بديهي كان من الممكن ان يتلافاه وهو أن الجرعة التي تحتويها الروشته لأمراض التهابات الروماتزم والنقرس هي أمراض لا يمكن أن يصاب بها الرضيع، وأنه زائدة عن الحد المطلوب لرضيع في سنه، وأن الصيدلي بما لديه من مؤهلات علمية لا تسمح له مطلقاً الوقع في مثل هذا الخطأ حتى لو كان الطبيب المعالج قد وقع في هفوة أو كانت الروشته لا تخص هذا المريض بالذات، والقول بغير ذلك يجعل الصيدلي مجرد بائع أدوية لا يختلف عن البقال(62).

ويجب على الصيدلي القيام بوضع الدواء المركب في أوعية خاصة مراعياً بذلك طبيعة الدواء فيما إذا كان سائلاً أم صلباً أم على شكل مرهم، ويجب على الصيدلي وضع الدواء في قناني أو أوعية نظيفة معقمة لم تستعمل من قبل، ويجب على الصيدلي مراعاة الكمية التي يسمح بوضعها في الوعاء المناسب مراعياً حجم الوعاء وما إذا كان يجب ترك فراغ غير مملوء بالوعاء أم لا. وتقتضي خبرة الصيدلي الفنية اختيار الوعاء المناسب الذي يتلاءم مع طبيعة الدواء المركب أو مدى تفاعل الدواء مع أوعية معينة، مما يؤدي لفسادها وضررها على المريض إذا تم استعمالها (63).

الفرع الثاني: مسئولية الصيدلي عن تبصير المريض ببيان طريقة استعمال الدواء ومخاطرة الكامنة

المنتجات الدوائية الجاهزة المتوفرة في الصيدليات تحتوي على نشرات تبين طريقة الاستعمال وآثار الدواء الجانبية، ورغم ذلك فإن الصيدلي يكون مسئولاً عن تبصير المريض بكيفية استخدام الدواء وبيان مخاطره وآثاره الجانبية وتأثيراته الضارة، حيث أن الصيدلي كبائع محترف يحتم عليه القانون ذلك كما رأينا فيما سبق. ويكون من باب أولى في حالة التركيبات الدوائية التي يقوم الصيدلي بتركيبها في صيدليته فتقع على الصيدلي مسئولية أكبر وأهم، حيث أن الدواء المركب يتم تصنيعه من قبل الصيدلي بناء على وصفة الطبيب المدونة في الروشته والتي لا تحتوي غالباً سوى كيفية تناول الدواء وجرعته، فيكون على الصيدلي بيان الطريقة الدقيقة لاستعمال الدواء وجرعته وبيان مخاطره المحتملة

---

(62) تتلخص وقائع القضية في أن طبيباً أخطأ خطأ مادي في كتابة اسم الدواء فكتب Indocid بدلاً من Indosil وذلك لطفل رضيع يعاني من نقض الوزن وكان العلاج الثاني الخطأ الذي صرفه الصيدلي مخصص لعلاج حالات الروماتزم ومرض النقرس، حيث قام الصيدلي بصرف الدواء، وكانت النتيجة توفي الطفل نتيجة تناول الدواء الخطأ، وقد أدانت المحكمة الطبيب المعالج والصيدلي الذي لم يراجع مضمون التذكرة الطبية. Trib corr Blois. 4 Mars. 1970, Bull Ordre pharm. 1970, No, 130, p. 1037.
مشار إليه لدى د. محمد محمد القطب مسعد، مرجع سابق، هامش (1) ص 53.

(63) انظر: د. محمد شكري سرور، مرجع سابق، ص 32 وما بعدها.

وآثاره الجانبية، ويلزم كتابة ذلك أيضاً على العبوة المستخدمة تعبئة الدواء المحضر، حيث ألزم المشرع الصيدلي بكتابة اسم المريض واسم الدواء واسم الصيدلية وجرعته وطريقة استعماله ودرجة خطورته بشكل واضح جلي(64).

والتزام الصيدلي ببيان طريقة استعمال الدواء هو في الأصل التزام أخلاقي قبل أن يكون التزام قانوني كما أشرنا. ويتم تنفيذ هذا الالتزام من خلال كتابة طريقة الاستعمال على غلاف علبة الدواء بشكل واضح ومفصل، على خلاف ما درج عليه الصيادلة من الاختصار مثل التأشير بثلاث خطوط على العلبة لتوضيح ان الجرعة اللازمة هي ثلاث مرات، بل يجب كتابة ذلك بالكلمات حتى لا يحصل أي لبس بعدد الجرعات أو كمية الجرعة المطلوبة. ويلتزم الصيدلي بهذه الكتابة حتى لو كان تحديد الدواء تم من خلال المريض كما في حالات أدوية (OTC)[65] إذ أن خطورة استعمال الدواء وخصوصية مهنة الصيدلي في التعامل مع المنتجات والمواد الخطرة يفرض على الصيدلي مزيداً من الحيطة والحذر ويتم محاسبة الصيدلي قانونياً على أساس معرفته المهنية والفنية بخطورة الدواء والمواد الدوائية، فضلاً عن أن الصيدلي في حالة صرف الدواء (OTC) يكون هو المرجع الطبي الوحيد للمريض فيما يتعلق باستعمال الدواء استعمالاً صحيحاً وفي بيان مخاطر وآثار الدواء المحتملة الخطر(66). ويستطيع الصيدلي دفع مسئوليته في حالة إصابة المريض بالضرر إذا لم يلتزم المريض بالتعليمات التي كتبها الصيدلي له بشأن استعمال الدواء بالطريقة الصحيحة.

ويلتزم الصيدلي بتبصير المريض بالمخاطر الكامنة في الدواء الذي تم تركيبه، حيث لا يتصور شخص آخر لديه القدرة على معرفة ذلك سوى الطبيب المعالج والصيدلي، أما الطبيب المعالج فقد يغفل عن بيان وتبصير المريض بمخاطر الدواء مكتفياً بكتابة العلاج المناسب للمريض سعياً وراء تحقيق شفائه، رغم عدم إعفاء الطبيب من المسئولية أيضاً في هذه الحالة، ويبقى على الصيدلي واجب التبصير بمخاطر الدواء وآثاره الجانبية وبشكل مكتوب على علبة الدواء خصوصاً الآثار الجانبية المصاحبة لتناول الدواء. ويتعين على الصيدلي أن يقوم بكتابة هذه التعليمات بطريقة مفهومة للمريض من توضيح ذلك له شفهياً وبشكل مباشر، فقد لا يتمكن المريض من قراءة الكلام المكتوب، أو يقصر فهمه عن معرفة مخاطر الدواء دون التوضيح المباشر من قبل الصيدلي، خاصة إذا كان الدواء

---

[64]) المادة (59) من نظام مزاولة مهنة الصيدلة الفلسطيني.

[65]) Over the Counter (OTC) Drugs, Nonprescription Drugs, see: Handbook of Nonprescription Drugs, Pharmacy Library, http://www.pharmacylibrary.com.ezproxy.roosevelt.edu:2048/popup.aspx?aID=785002&print=yes_chapter. 2015. P.4.

[66]) د. حسن أبو النجا، مسئولية الصيدلي المدنية عن تنفيذ التذكرة الطبية، بحث منشور في مجلة المحامي، جمعية المحامين الكويتيين، السنة (12) 1989، ص 137.

المصروف عبارة عن عينة مقدمة من شركة أدوية [67]. ويؤسس الفقه هذه المسئولية على عاتق البائع المحترف وهو يصدق على الصيدلي بخصوص بيع الأدوية أو تركيبها، باعتبار ذلك التزاماً يقتضيه العرف وقواعد العدالة، مضافاً إليه ما يحتويه المبيع من مواد تكتنفها خطورة لا يعلمها المشتري (68) المريض ولا يعرف خطورتها غير الصيدلي في هذه الحالة. وما يتمتع به الصيدلي من اختصاص يجعل منه عالماً بما لا يمكن للمريض أن يعلمه من تلقاء نفسه عن الدواء أو خطورته (69).

المبحث الثاني: الطبيعة القانونية لمسئولية الصيدلي المدنية

سيتحدد نطاق دراسة الطبيعة القانونية لمسئولية الصيدلي المدنية عن أخطائه المهنية في حالة صرفه للدواء وفي حالة تركيبه للدواء للمريض. وفي هذا الإطار سيتم تحديد مدى انطباق قواعد هذه المسئولية في نطاق المسئولية التقصيرية أو العقدية. في معظم الأحيان تقع التزامات الصيدلي ضمن النطاق العقدي، وذلك عندما يقوم بصرف الدواء من خلال روشته أو من غير روشته طبية، حيث يكون دور الصيدلي في هذه الحالة بائعاً تنطبق عليه الصفة التعاقدية بينه وبين المريض أو من يصرف له الدواء. وكذلك الحال عندما يقوم الصيدلي بتركيب الدواء بناء على روشته أو بغيرها فإن دوره يكون صانعاً وبائعاً للدواء في نفس الوقت، وتنطبق عليه قواعد عقد المقاولة أو البيع. لكن الأمر ربما يتجاوز النطاق التعاقدي إذا سبب الصيدلي للمريض ضرراً ولم تنطبق شروط العقد على العلاقة التعاقدية بينهما كما لو نتج الضرر عن إخلال الصيدلي بواجب قانوني بعدم الإضرار بالغير، كما لو كان العقد باطلاً أو في حالة عمل الصيدلي دون مقابل، أو عمل الصيدلي في مستشفى عام، أو قيام الصيدلي بعمل اسعافات أولية طارئة لمريض. في هذا المبحث سيتم تناول الصفة التعاقدية لتحقق المسئولية والصفة التقصيرية لتحققها، وذلك ضمن مطلبين.

---

[67])Vitanza V. Upjohn Co., 214 F.3d 73, 754 (2d. Cir. 2000). See: Susan Poser, Unlabeled Drug Samples and learned intermediary: the case for Drug company liability without preemption, Food and Drug Law Journal, m Vol. 62, No. 4, 2007 p. 653. In this case: Mr. Vitanza had a stiff neck and, he found Ansaid tablets in the medicine Cabinet of his house. Mr. Vitanza had been warned by his own physician that he was severely allergic to nonsteroidal anti-inflammatory drugs (Ansaid) and should not take them. The Ansaid blister card contained no warnings of this well-known allergy. Although the blister pack said "see insert," there was no package insert provided to Mrs. Vitanza when she received the samples from her physician when she had the same symptoms as her husband. He proceeded to take one Ansaid pill. Within two hours he was dead due to "a severe anaphylactic reaction to Ansaid. Michele Vitanza sued Upjohn Company for the wrongful death of her husband, claiming that Upjohn failed to warn about adverse reactions on its sample labels.

[68]) د. محمود جمال الدين زكي، مشكلات المسئولية المدنية، الجزء الأول في ازدواج المسئولية أو وحدة المسئولية، مطبعة جامعة القاهرة، 1978، ص 449.

[69]) د. حسن أبو النجا، مرجع سابق، ص 172 وما بعدها.

المطلب الأول: مسئولية الصيدلي عن أخطائه مسئولية عقدية

ذهب معظم الفقه إلى أن أصحاب المهن الحرة يرتبطون غالباً بعقود أثناء تعاملهم مع عملائهم أثناء تقديمهم الخدمات الفنية، لذلك تكون مسئولية هؤلاء مسئولية عقدية عن وقوع الضرر للمتعاملين معهم (70). ويشترط لتحقق المسئولية العقدية شرطان أساسيان: أولهما وجود عقد صحيح بين المريض والصيدلي، والثاني أن يكون الضرر ناتجاً عن إخلال الصيدلي بالتزاماته العقدية.

الفرع الأول: وجود عقد صحيح بين الصيدلي والمريض

يجب أن يكون عقد بيع الدواء أو تركيبه قد تم بين الصيدلي والمريض المضرور أو نائبه، لكي تترتب آثار العقد بين الطرفين في حالة إخلال أحدهما بشروط التعاقد (71)، حيث لا تنصرف آثار العقد إلا للمتعاقدين أو خلفهما العام، وبشكل نسبي إلى خلفهما الخاص (72). فإذا كان العقد باطلاً لا تترتب آثاره في حق المتعاقدين حيث لا وجود للعقد أصلاً، كما لو كان المقصود من العقد أن يقوم الصيدلي بإجراء تجارب دوائية على المريض لمعرفة آثار الأدوية التي قام الصيدلي بتركيبها (73). ويثور الشك في وجود عقد في حالة قيام الصيدلي بتقديم خدماته للمريض دون مقابل، مثل قيامه بمراجعة روشته طبية لمريض والتأكد من محتواها، حيث ذهب جانب من الفقه إلى ترتب مسئولية عقدية في حق الصيدلي رغم مجانية الخدمة (74)، بينما يرى جانب آخر من الفقه أنه يجب الرجوع لظروف الواقعة للتحقق من نية الطرفين، فإذا انصرفت نيتهما إلى انشاء التزام كانت المسئولية عقدية، وفي غير ذلك تكون مسئولية الصيدلي تقصيرية (75).

ونرى أن الخدمة المجانية لا تنفي نية التعاقد، فالصيدلي يقوم بمهمته في الصيدلية وهي بيع الدواء أو تقديم المشورة الطبية المتعلقة بالدواء مقابل الحصول على المقابل، فإذا قام بذلك بنية التبرع فلا ينفي ذلك نية التعاقد أو التزام الصيدلي بالقيام بالمهمة وهي تقديم المشورة الطبية وفق تخصصه المهني لمريض يريد التحقق من محتوى التذكرة. وعندما يقوم الصيدلي بذلك قد يطلب مقابل، ويتعين

---

(70) أنظر في ذلك: د. عبد الرزاق السنهوري، الوسيط في شرح القانون المدني، الجزء الأول، مصادر الالتزام، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان، 1998، فقرة 509، ص 847 وما بعدها؛ د. حسين عامر وعبد الرحيم عامر، المسئولية العقدية والتقصيرية، درا المعارف، الاسكندرية، 1979، ص 50.

(71) المواد (147) ، (148) ، (149) من القانون المدين الفلسطيني في بيان أن العقد شريعة التعاقدين ووجوب التزام المتعاقدين بتنفيذ الالتزامات الواردة فيه والجزاء المترتب على الإخلال بهذا الالتزام.

(72) أنظر: د. حسين عامر، المرجع السابق ص 82، المادة (152) من القانون المدني الفلسطيني.

(73) عباس الحسيني، مرجع سابق، ص 83.

(74) د. محمد حسين منصور، المسئولية الطبية، مرجع سابق، ص 137.

(75) د. حسن زكي الابراشي، مسئولية للأطباء والجراحين المدنية في التشريع المصري والقانون المقارن، دار النشر للجامعات المصرية، القاهرة، دون سنة نشر. ص 39.

على المريض إعطاؤه المقابل المطلوب إذا تم الاتفاق على ذلك، فإذا قام الصيدلي بذلك تبرعاً منه دون أن يطلب من المريض أي مقابل فلا ينفي ذلك نية التعاقد ويكون العقد الناشئ بينهما عقد تبرعي فيه التزام من جانب واحد وهو الصيدلي، لذلك يرتب جميع آثاره ومن ضمنها مسئوليته التعاقدية عن أي ضرر قد يحصل للمريض من جراء تقديمه للمشورة.

وإذا عمل الصيدلي في مستشفى عام أو حكومي، فهو يأخذ حكم الموظف، مما يثير الشك في وجود أي علاقة تعاقدية بينه وبين المريض الذي يصرف له الدواء. لكن الاشكال يبدو أكبر في حالة عمل الصيدلي في مستشفى خاص، فحيث أن الصيدلي يقوم بتجهيز الأدوية ويقدم خدمات للمرضى الذين لا تربطه بهم أي علاقة تعاقدية، إلا أن العقد المبرم بين الصيدلي والمستشفى هو عقد اشتراط لمصلحة المرضى، ولذلك تبقى مسئولية الصيدلي مع هؤلاء المرضى عقدية نتيجة عقد الاشتراط لمصلحة الغير (76).

وإذا قام الصيدلي بعمل اسعافات أولية لمريض في الطريق العام أو أثناء قيامه بعمل ما دون أن يكلفه ذلك المريض بشيء فإن هذه العلاقة تكون محكومة بفكرة الفضالة حتى لو كان تدخل الصيدلي نتيجة إلحاح الناس لعدم وجود من يسعف المريض كما لو كان المريض في حالة فقدان الوعي أو الصرع فيقوم الصيدلي بإعطائه حقنة أو علاجاً لإسعافه. في كل تلك الحالات نكون أمام مسئولية تقصيرية للصيدلي في وقوع الضرر نتيجة تدخله (77).

وقد رفض القضاء الفرنسي في بعض التطبيقات الأساس العقدي لمسئولية صانع الأدوية في مواجهة المستهلك استناداً للحظر الذي قررته المادة رقم(1/5115) من القواعد اللائحية لقانون الصحة العامة المتعلق بمصانع الأدوية (78). ونرى أن هناك خصوصية تتعلق بمصانع الأودية باعتبارها منتجاً على نطاق واسع وتتحمل مخاطر إنتاج الدواء بتكاليف تتضمن تلافي المخاطر والانفاق على البحث العلمي الدقيق الذي يهدف لمعرفة آثار الدواء المباشرة والجانبية، ولديه القدرة على التعويض حتى دون وجود علاقة مباشرة بينه وبين المستهلك، مما يعني قيام مسئولية المصنع التقصيرية حتى دون وجود علاقة عقدية، بينما يكون العقد متوفراً في حالة الصيدلي الذي يقوم بتركيب الدواء لشخص معين.

---

[76]) د. حسن زكي الابراشي، المرجع السابق، ص 73–وما بعدها.

[77]) د. محمد حسين منصور، مرجع سابق، ص 139.

[78]) آمال بكوش، نحو مسئولية موضوعية عن التبعات الطبية، در الجامعة الجديدة، الاسكندرية، 2011، ص 228.

الفرع الثاني: أن يقع الضرر نتيجة إخلال الصيدلي بالتزامه

يترتب على عقد بيع الدواء أو تركيبه التزامات على الصيدلي تتمثل في تسليم المريض الدواء المطلوب طبقاً للوصفة الطبية أو حسب طلب المريض إذا كان الدواء (OTC)، وكذلك يقتضي العقد التزام الصيدلي بالتأكد من أن الوصفة الطبية صادرة من طبيب مختص، ويضمن الصيدلي العيب الخفي في الدواء المباع، ويلتزم كذلك بالتحقق من عدم تعارض الدواء مع دواء آخر يتعاطاه المريض، ويلتزم الصيدلي مذلك بواجب التبصير وإعلام المريض بتعليمات الاستعمال وتبيان مخاطر الدواء وآثاره الجانبية للمريض، وكل هذه الالتزامات تمت دراستها في المبحث الأول من هذه الدراسة. للك تتحقق مسئولية الصيدلي عند وقوع ضرر نتيجة الإخلال بأي من هذه الالتزامات. ويرى بعض الفقه (79) أن مسئولية الصيدلي تكون تقصيرية إذا كان الخطأ المنسوب إليه لا يمت بصلة للعقد مثل حالة قيام الصيدلي بصرف الدواء دون التنبيه على وجود أخطاء مطبعية تحدد جرعة الدواء مما سبب وفاة المريض. وبينما يرى البعض أن هذه المسئولية وقد ارتقت لتصبح مسئولية تقصيرية ليس بسبب عدم وجود علاقة تعاقدية بشأن تبين الخطأ المطبعي بل بسبب الخطأ الجسيم الذي وقع فيه الصيدلي (80). غير أننا نرى أن مسئولية الصيدلي تبقى عقدية في هذه الحالة دون الحاجة لتبرير انتقالها إلى المسئولية التقصيرية، حيث يتضمن عقد بيع الدواء استناداً للروشته أو التذكرة الطبية التزاماً على الصيدلي بالمطابقة بصفته مهنياً وليس بائعاً عادياً، لذلك يكون من ضمن التزاماته العقدية التحقق من محتوى الروشته الطبية وملائمتها من الناحية الطبية للمريض، لكون الصيدلي خبيراً في مجال الأدوية وآثارها الأصلية أو الجانبية ومدى مطابقة الجرعة للمعايير الطبية. وهنا يكون واجب الصيدلي الالتزام بتحقيق نتيجة وهي صرف الدواء المناسب للمريض حسب الوصفة الطبية مع ملاحظة الأخطاء المادية الجسيمة التي تسبب ضرر للمريض والتي يمكن للصيدلي إدراكها بسهولة إذا دقق في الوصفة المكتوبة.

ويميز جانب من الفقه بين التزامات الصيدلي المرتبطة بشكل مباشر بالعقد ويعتبرها التزامات تعاقدية يؤدي الإخلال بها إلى المسئولية العقدية مثل اختلاف الدواء المبيع عن الدواء المسجل في الوصفة الطبية أو يكون الدواء المبيع غير صالح للاستعمال بسبب عدم مراعاة الأصول الفنية في حفظه أو بسبب انتهاء مدة صلاحيته أو خطأ الصيدلي في تقدير نسب تركيب الدواء في الصيدلية. كل هذه الأضرار ترتب المسئولية العقدية بحسب هذا الرأي، بينما يرى هؤلاء أن الأضرار الناشئة عن الالتزامات المرتبطة بالعقد بشكل تبعي تؤدي لتحقق المسئولية التقصيرية للصيدلي مثل وجود تعارض

---

[79]) د. حسن زكي الابراشي، مرجع سابق، ص 81.

[80]) عباس الحسيني، مرجع سابق، ص 87.

بين دوائين أو كانت الجرعة المرقومة في التذكرة الطبية لا تتنفق مع القواعد الطبية لخطأ فيها، في كل هذه الحالات يعتبر الإخلال بهذه الالتزامات إخلال بواجب الصيدلي كمهني، ويخرج عن نطاق عقد بيع الدواء (81). لكن جانباً آخر من الفقه يرى أن النطاق العقدي يشمل الالتزامات الجوهرية والثانوية الواردة في العقد وكذلك ما يعتبر من مستلزمات العقد وفقاً للعرف والقانون وقواعد العدالة، ولذلك تعتبر الإخلالات الأخيرة مشمولة في النطاق العقدي بوصفها من مستلزمات العقد التي يجب على الصيدلي المهني مراعاتها بحكم مهنته وخبرته، فتكون مسئوليته عقدية في كل الأحوال المذكورة (82).

المطلب الثاني: مسئولية الصيدلي تقصيرية

يرى جانب من الفقه أن مسئولية أصحاب المهن الحرة هي مسئولية عقدية بحسب ما تمت دراسته سابقاً، وذلك بسبب ارتباط هؤلاء بعقود مع عملائهم، إلا أن معظم الفقه والقضاء الفرنسي يرى أن طبيعة المسئولية لهؤلاء هي مسئولية تقصيرية (83). ويعتبر الأصل في المسئولية الطبية عموماً أنها مسئولية تقصيرية، حيث استقر القضاء الفرنسي حتى العام 1936 على اعتبارها كذلك، إلى أن ظهرت توجهات جديدة للمحاكم الفرنسية تميل إلى تبني فكرة المسئولية العقدية عن الأخطاء الطبية، حيث صدر 20 مايو 1936 حكماً عن محكمة النقض بناء على مطالعة المستشار جوسران حيث نقل مسئولية الطبيب بالذات للمسئولية العقدية بدل التقصيرية (84). وقد اعتبر القضاء الفرنسي بشكل خاص مسئولية الضرر الناتج عن المنتجات المعيبة والخطرة مسئولية تقصيرية تقوم على الخطأ الواجب الاثبات، وفي إطار حماية المضرور في حالة المنتجات الخطرة تمسك القضاء الفرنسي بتطبيق أحكام المسئولية عن فعل الأشياء، كما تبني فكرة تجزئة الحراسة على الشيء الواحد كي يتبقى جزء من المسئولية على عاتق منتج الشيء الخطر مثل الدواء (85). وقد اعتبر جانب مهم من الفقه

---

[81]) يميل القضاء الفرنسي إلى الأخذ بهذا الاتجاه في التفرقة بين المسئولية العقدية والمسئولية التقصيرية للصيدلي على اساس الالتزامات الناتجة عن البنود الواردة في العقد وتلك التي تعتبر بمناسبة العقد فيعتبرها تقصيرية. أنظر: Duneau, Le Pharmacien D'afficine face la resposabilite Civil et penales de droit comun Parism 1970, p. 22. مشار إليه لدى: د. حسن أبو النجا، مرجع سابق، ص 130 وما بعدها.

[82]) د. حسن أبو النجا، مرجع سابق، ص 133.

[83]) انظر في هذه الآراء: د. حسن أبو النجا، مرجع سابق، ص 135–وما بعدها.

[84]) انظر تفصيلاً في كيفية التحول للمسئولية العقدية والأحكام قبل 1936 وبعدها: د أسعد عبيد الجميلي، الخطأ في المسئولية الطبية المدنية، رسالة دكتوراه، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان – الأردن، 2009، ص 79 وما بعدها.

[85]) آمال بكوش، نحو مسئولية موضوعية عن التبعات الطبية، مرجع سابق، ص 227.

المصري إلى اعتبار المسئولية المدنية للطبيب هي مسئولية تقصيرية على اعتبار أن الطبيب يجب أن يأخذ جانب الحيطة والحذر أثناء أدائه لعمله، لذلك تطبق عليه قواعد المسئولية التقصيرية (86).

لكننا نرى أن لا يمكن قياس عمل الصيدلي على عمل الطبيب في هذه الحالة بالخصوص حيث ما يقوم به الصيدلي من بيع للدواء أو صرف له قريب من مهمة البائع، بينما قيام الصيدلي بتركيب الدواء هو فعل المنتج، وفي كلا الحالتين فالصيدلي لا يقوم بعمل بل يقوم بإنتاج سلعة أو بيعها أو تزويدها. ولمناقشة آراء من قال بهذه الطبيعة التقصيرية سيتم تقسيم البحث في هذا الموضوع إلى فرعين، يتناول الفرع الأول مدى اعتبار مسئولية أصحاب المهن الحرة مسئولية تقصيرية ومبرراتها، بينما يدرس الفرع الثاني مبررات كون المسئولية التقصيرية لهؤلاء أكثر حماية للمضرور.

الفرع الأول: الاخلال بالتزام مهني يرتب مسئولية تقصيرية

يرى أصحاب هذا الرأي أن الإخلال بهذا الالتزام يدخل في نطاق قواعد المهنة التي تخرج عن النطاق التعاقدي حيث يرى البعض أن المهن الحرة لا تخضع للاتفاقات التعاقدية مستنداً إلى فكرة النظام العام حيث أن التزامات أصحاب هذه المهن ترتبها وتنظمها قواعد يضعها المشرع بحيث تضمن حماية المجتمع كله وليس فقط العلاقة التعاقدية بين المتعاقد وصاحب المهنة فهذه القواعد هي قواعد تنظيمية يضعها المشرعون، وإذا تمت مخالفتها وترتب ضرر في حق المريض فيعتبر ذلك إخلالاً بواجب قانوني بعدم الإضرار بالغير، مما يعني وقوع خطأ تقصيري يدخل في نطاق المسئولية التقصيرية (87). ففي حالة قيام الصيدلي بإفشاء سر المريض المهني بعد إنهاء العلاقة التعاقدية، فإن هذا الإفشاء يخضع للمبادئ العامة للقانون وبالتالي تكون المسئولية المترتبة على ذلك تقصيرية (88). ويعتبر القضاء المصري أن الإخلال من قبل أصحاب المهن الحرة ومن ضمنهم الصيدلي بالتزاماتهم يخرج عن النطاق العقدي إذا شكل هذا الإخلال جريمة جنائية، ويترتب على ذلك مسئولية الصيدلي التقصيرية سواء كان متعاقداً أم غير متعاقد، كأن يقوم الصيدلي بصرف دواء غير الدواء الموصوف دون التأكد من ذلك (89).

---

(86) د. ماجد محمد لافي، المسئولية الجزائية الناشئة عن الخطأ الطبي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان – الأردن، 2009، ص 58. وانظر أيضاً: د. أحمد محمود سعد، مسئولية المستشفى الخاص عن أخطاء الطبيب ومساعديه، رسالة دكتوراه، 1983، القاهرة، ص 188.

(87) د. حسن زكي الابراشي، مرجع سابق، ص 47.

(88) د. محمود جمال الدين زكي، المرجع السابق، ص 161.

(89) نقض مصري جلسة 1968/4/16، مجموعة أحكام النقض، س 9، ص 762. مشار إليه لدى: عباس الحسيني، مرجع سابق، هامش (3) ص 93.

ويرى بعض الفقه أن الصيدلي في حالة تركيبه للدواء يتوجب عليه اتخاذ الاحتياطات الضرورية لتلافي وقوع خطأ أثناء التركيب، وهو ما يكون قبل إبرام عقد البيع للمريض وعليه تبصير المريض بمخاطر الدواء وآثاره الجانبية والأضرار المحتملة من استعماله وهو ما يقع ضمن واجبه القانوني بعدم الإضرار بالغير، ومخالفة ذلك ترتب مسئوليته التقصيرية (90).

ويعتبر آخرون أن الخطأ المهني لا يمكن إلا أن يكون جسيماً، فهو يشبه الخطأ العمد الذي يرتب المسئولية التقصيرية، حيث أن الخطأ الفني لو ارتكبه شخص عادي لكان خطأ غير جسيم نظراً لعدم معرفة الشخص العادي بخطورة الخطأ، لذلك يكون خطأ الصيدلي دائماً خطأً جسيماً، ومنها خطؤه بتنفيذ التذكرة الطبية، وخطؤه بتركيب الدواء، وخطؤه إذا صرف دواءً مغايراً للدواء الموصوف، أو زاد الجرعة الدوائية عن الحد المطلوب، وغيرها من الأخطاء، لما ينطوي عليه الدواء نفسه كمادة خطرة (91).

الفرع الثاني: المسئولية التقصيرية أكثر حماية للمضرور

تمكن قواعد المسئولية التقصيرية حماية أكبر للمضرور حيث يمكن للمضرور أن يحصل وفق قواعد هذه المسئولية على تعويض كامل، فالمسئولية العقدية تقصر التعويض على الأضرار المتوقعة بينما المسئولية التقصيرية تعطي للمضرور حق التعويض عن الأضرار المتوقعة وغير المتوقعة. ويمكن للمتعاقدين أن يتفقا على الاعفاء من المسئولية أو التخفيف منها في حالة المسئولية العقدية باستثناء حالة الغش أو الخطأ الجسيم، بينما يعتبر باطلاً الاتفاق على التخفيف أو الإعفاء من المسئولية التقصيرية بنص القانون ويعتبر هذا الاتفاق باطلاً ولو تم. وكذلك يعتبر مرتبو الفعل الضار مسئولون بالتضامن عن تعويض المضرور دون اتفاق بينما يشترط الاتفاق على التضامن في حالة المسئولية العقدية إذا تعدد المسئولون عن الضرر (92).

الخاتمة

تكتسب المسئولية المدنية للصيدلي أهمية كبرى بالنظر لما يقوم به الصيدلي من أعمال أثناء صرفه للدواء أو أثناء تركيبه للدواء حيث يعد الدواء من المواد التي تشكل خطراً مباشراً وكبيراً على صحة الإنسان إذا لم يتخذ الصيدلي ومن في حكمه الإجراءات والحيطة والحذر اللازم والضروري عند التعاطي مع هذه المواد باعتبارها مواد خطرة. لذلك فإن مهنة الصيدلية والمسئولية المدنية عن أي

---

(90) د. محمد شكري سرور، مرجع سابق، ص 15.

(91) أنظر: د. حسن أبو النجا، مرجع سابق، ص 138–وما بعدها.

(92) أنظر: د. حسين عامر وعبد الرحيم عامر، المسئولية العقدية والتقصيرية، مرجع سابق، ص 67–وما بعدها؛ عبد الرزاق السنهوري، الوسيط في شرح القانون المدني، الجزء الأول، مصادر الالتزام، ص 851؛ د. محمد حسين منصور، مرجع سابق، ص 144.

ضرر يقع للمريض أو متعاطي الدواء تمتاز بخصوصية خاصة يجب تنظيم قواعدها القانونية وضوابطها بشكل مستقل إلى حد كبير عن القواعد العامة للمسئولية المدنية التي تنظم الأضرار التي تستحق التعويض عنها ضمن القانون المدني.

في هذا البحث تناولنا الخطأ التي يرتب مسئولية الصيدلي في حالاته المتعددة وذلك ضمن شقين، أحدهما مسئولية الصيدلي المدنية أثناء صرفه للدواء، والثاني مسئولية الصيدلي المدنية أثناء تركيبه للدواء. وقد تحدد نطاق الدراسة في المسئولية المدنية المهنية والشخصية للصيدلي دون الحديث عن مسئولية مساعديه أو من يتبعه. وكذلك تمت دراسة مسئولية الصيدلي أثناء تركيبه للدواء بصفته الشخصية وليس باعتباره شركة منتجة للدواء. وقد توصلت الدراسة إلى بعض النتائج والتوصيات.

النتائج

أولاً: يرتب القانون والفقه والقضاء التزامات على الصيدلي تجاه المرضى ومشتري الدواء تمتاز بالخصوصية حيث يلتزم الصيدلي بأقصى درجات الحيطة والحذر باعتباره متخصصاً وليس بائعاً عادياً لسلعة معينة، وضمن هذا الالتزام على الصيدلي مسئولية مراقبة الوصفة الطبية (الروشته – التذكرة) من حيث الشكل وجهة الإصدار ومراعاة المحتوى وجرعة الدواء بصفته المهنية العالمة بصفات وخصائص الأدوية ومناسبتها للمرضى. وكذلك يلتزم الصيدلي بتبصير المريض بالمخاطر الكامنة في الدواء وآثاره الجانبية وتفاعله مع الأدوية الأخرى.

ثانياً: الغالب الأعم أن مسئولية الصيدلي تتسم بالطبيعة العقدية سواء في حالة صرف الدواء للمريض أو أثناء تركيب الدواء استناداً لوصفة طبية من الطبيب المختص أو بناء على طلب المريض، في كل الأحوال فإن قواعد المسئولية العقدية تحكم هذه العلاقة وتحدد الطبيعة القانونية لمسئولية الصيدلي. إلا أنه في بعض الأحيان تكون مسئولية الصيدلي تقصيرية في حالات عدم توافر شروط العقد أو بطلانه أو حالات عمل الصيدلي في مستشفى عام أو خطأ الصيدلي الجسيم أو غشه. وقد تبين أن قواعد المسئولية التقصيرية في كثير من الأحيان تحقق نتائج للمضرور أكثر من الاستناد لقواعد المسئولية العقدية، رغم أن الاثبات في المسئولية التقصيرية قد يكون أصعب منه في المسئولية العقدية.

التوصيات

1. يوصي الباحث المشرع الفلسطيني العمل على وضع قواعد خاصة تتعلق بالمسئولية المدنية للصيدلي خصوصاً ضمن الأنظمة واللوائح التنظيمية لكي تضمن درء المخاطر الكبيرة عن المرضى ومتعاطي الدواء أثناء صرف الدواء أو أثناء تركيبه. فقد تضمن القانون الفلسطيني قواعد

عامة تتعلق بالمسئولية العقدية والتقصيرية للمنتج والموزع والبائع والمزود للسلعة أو الخدمة بشكل عام ضمن القانون المدني وقانون حماية المستهلك، ولم يتضمن قواعد خاصة بمسئولية الصيدلي.

2. تحديد الأدوية التي يجوز صرفها (OTC) ضمن دستور الدواء، ومنع الصيادلة من ممارسة مهنة الطبيب عند بيع الأدوية، وعدم صرف الأدوية الخطرة إلا ضمن روشيه طبيب معتمدة وتشديد العقوبة في حالة المخالفة وذلك ضمن نظام مزاولة المهنة.
3. تفعيل دور نقابة الصيادلة في ممارسة الرقابة الفاعلة لتطبيق نظام مزاولة المهنة بشكل صارم وواضح.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

الكتب

1. أحمد السعيد الزقرد، الروشته "التذكرة" الطبية بين المفهوم القانوني والمسئولية المدنية للصيدلي، دار الجامعة الجديدة، 2007، الاسكندرية.
2. أحمد عبد العال ابو قرين، الازدواجية والتداخل بين الدعاوي المرتبطة بعقد البيع، دراسة تحليلية، مجلة العلوم القانونية والاقتصادية، كلية الحقوق جامعة عين شمس، العدد الثاني، السنة السابعة، والثلاثون، يوليو 1995.
3. أحمد عبد العال أبو قرين، ضمان العيوب الخفية وجدواه في مجال المنتجات الصناعية، القاهرة، 1992.
4. أسامة أحمد بدر، ضمان مخاطر المنتجات الطبية "دراسة مقارنة"، دار الكتب القانونية، مصر، 2008، ص 107 وما بعدها.
5. آمال بكوش، نحو مسئولية موضوعية عن التبعات الطبية، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية، 2011.
6. ثروت عبد الحميد، الأضرار الصحية الناشئة عن الغذاء الفاسد أو الملوث وسائل الحماية منها ومشكلات التعويض عنها، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية، 2007
7. حسن زكي الابراشي، مسئولية للأطباء والجراحين المدنية في التشريع المصري والقانون المقارن، دار النشر للجامعات المصرية، القاهرة، دون سنة نشر.
8. حسن عبد الباسط جميعي، مسئولية المنتج عن الضرر الذي تسببه منتجاته المعيبة، دار النهضة العربية، القاهرة، 2000.
9. حسين عامر وعبد الرحيم عامر، المسئولية العقدية والتقصيرية، درا المعارف، الاسكندرية، 1979.
10. حمدي عبد الرحمن، معصومية الجسد، دون دار نشر، 1987.
11. شحاتة غريب محمد شلقامي، خصوصية المسئولية في مجال الدواء، دار النهضة العربية، القاهرة، 2008.

12. طالب نور الشرع، مسئولية الصيدلي الجنائية، دار وائل للنشر، عمان–الأردن، 2008.
13. عبد الرزاق السنهوري، الوسيط في شرح القانون المدني، الجزء الأول، مصادر الالتزام، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان، 1998.
14. عبد الفتاح بيومي حجازي، المسئولية الطبية بين الفقه والقضاء، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2008.
15. على محمد الحسيني، مسئولية الصيدلي عن أخطائه المهنية، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 1999.
16. ماجد محمد لافي، المسئولية الجزائية الناشئة عن الخطأ الطبي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان – الأردن، 2009.
17. محمد حسين منصور، المسئولية الطبية، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2006.
18. محمد شريف عبد الرحمن، ضمان البائع للعيوب الخفية في الشيء المبيع، دار النهضة العربية، القاهرة، 2009.
19. محمد شكري سرور، مسئولية المنتج عن الأضرار التي تسببها منتجاته الخطرة، دار الفكر العربي للطبع والنشر، الطبعة الأولى، القاهرة، 1984.
20. محمد عبد الكريم كرشيد، المسئولية الطبية المدنية، مطبعة سوجيك، صفاقس–تونس، 2011.
21. محمد محمد القطب مسعد، خصوصية التزامات منتجي وبائعي الدواء، مجلة القانون والاقتصاد، جامعة المنصورة، 2011
22. محمود جمال الدين زكي، مشكلات المسئولية المدنية، الجزء الأول في ازدواج المسئولية أو وحدة المسئولية، مطبعة جامعة القاهرة، 1978.
23. محمود عبد ربه محمد القبلاوي، المسئولية الجنائية للصيدلي، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2010.
24. مصطفى أحمد أبو عمرو، الالتزام بالإعلام في عقود الاستهلاك، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية، 2010.
25. منير رياض حنا، المسئولية الجنائية للأطباء والصيادلة، دار المطبوعات الجديدة، الاسكندرية، 1989.

26. منير رياض حنا، المسئولية المدنية للأطباء والجراحين، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2011.

27. نزيه محمد الصادق المهدي، الالتزام قبل التعاقدي بالإدلاء بالبيانات المتعلقة بالعقد وتطبيقاته على بعض أنواع العقود، دار النهضة العربية، القاهرة، 1990.

رسائل الدكتوراه

1. أحمد محمود سعد، مسئولية المستشفى الخاص عن أخطاء الطبيب ومساعديه، رسالة دكتوراه، 1983، القاهرة.
2. أسعد عبيد الجميلي، الخطأ في المسئولية الطبية المدنية، رسالة دكتوراه، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان – الأردن، 2009.
3. جهاد بني يونس، التامات المنتج بالإدلاء بالبيانات قبل التعاقد مع المنتج ومن في حكمه، دراسة فقهية مقارنة في القانون الفرنسي والمصري والأردني، رسالة دكتوراه، 2007.
4. عبد الكريم سالم علي العلوان، الالتزام بالتبصير بالصفة الخطرة في المبيع، دراسة مقارنة في القانون الفرنسي والمصري والأردني، رسالة دكتوراه، 2007.
5. عبد الله عبد المهدي ضيف الله، الحماية القانونية للمستهلك من المنتجات المعيبة، مقارنة في القانون الفرنسي والمصري والاردني، رسالة دكتوراه، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، 2008.

ثانياً المراجع الأجنبية:

1. Dumery (A), La responsabilete du fait des medicaments, memorire, DEA aix-marseille, 2002
2. Fouassier (E), Resposabilite civile liee au medicament industriel : la nouvelledonne, RDSS no 2 1998.
3. Susan Poser, Unlabeled Drug Samples and learned intermediary: the case for Drug company liability without preemption, Food and Drug Law Journal, m Vol. 62, No. 4, 2007.

المسؤولية التأديبية للطبيب في الوظيفة العامة–دراسة تحليلية

الدكتور/شريف أحمد بعلوشة

دكتوراه في القانون العام– وكيل النائب العام

ملخص البحث:

تعتبر مهنة الطب من المهن الإنسانية والأخلاقية والعلمية السامية التي توجب على من يمارسها أن يحترم الإنسانية في جميع الظروف والأحوال، وأن يكون محافظاً على أرواح الناس وأعراضهم، وحافظاً لأسرارهم المرضية، وباذلاً كل جهد وعناية ممكنة في خدمتهم وعلاجهم، وعدم الإهمال في أداء عمله ومهامه، ويترتب على مخالفة ذلك سواء بإهمال الطبيب لواجبات وظيفته، أو ارتكابه خطأً طبياً نتيجة إهمال منه أثناء ممارسة عمله، أو عدم بذله العناية اللازمة قيام ثلاثة أنواع من المسئولية، وهي المسئولية الجزائية التي تستتبع توقيع العقاب الجزائي، والمسئولية المدنية التي تستوجب لجوء المتضرر نتيجة الخطأ الطبي للقضاء النظامي للمطالبة بالتعويض، والمسئولية الإدارية التي يتعرض لها الطبيب العامل في الوظيفة العامة وتوجب توقيع الجزاء التأديبي عليه، وقد تناولنا بيان مفهوم الجريمة التأديبية والإجراءات والضمانات المتعلقة بتأديب الطبيب المخالف والواردة في قانون الخدمة المدنية الفلسطيني، وخلصنا إلى ضرورة الأخذ بالنظام القضائي في تأديب الموظفين العاملين في المهن الطبية لخصوصية وطبيعة هذه المهن، وسن قانون خاص بتأديب العاملين في مجال المهن الطبية.

الكلمات المفتاحية: (المسئولية التأديبية، الطبيب، الجريمة التأديبية، الجريمة الجزائية، تأديب الطبيب).

Abstract

The medical profession is one of humanitarian, ethical, and scientific works, which obligate whoever practices it to respect humanity in all circumstances, and protect people's lives and their privacy, and provide every possible effort and care in their service and treatment, and not neglect in the performance of his work and duties, in case of deviation either neglecting doctor's duties or committing a medical error as a result of negligence during working, or not providing suitable care, it must apply three types of responsibility: disciplinary responsibility which follows with disciplinary punishment, civil responsibility which requires affected people by medical error to file legal actions and steps to claim compensation, and administrative responsibility related to a doctor who works in a public position and it had to apply disciplinary measures on him. I also showed the concept of disciplinary crime, and procedures and safeguards related to disciplining the offending doctor that pointed out in the Palestinian civil service law. I concluded the need of applying judicial system to discipline the

employees in the medical field due to privacy of these professions, and enact a special law to discipline workers in the medical field.

خير بداية على الدوام هي البدء بحمد الله جل جلاله، على نعمه التي لا تحصى وفضله الذي لا يعد، عليه توكلنا وبه نستعين " سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا إنك أنت العليم الحكيم"[1].

أولاً: المقدمة:

تعتبر مهنة الطب من المهن الإنسانية والأخلاقية والعلمية السامية التي توجب على من يمارسها أن يحترم الإنسانية في جميع الظروف والأحوال، وأن يكون محافظاً على أرواح الناس وأعراضهم، وحافظاً أسرارهم المرضية، وباذلاً كل جهد وعناية ممكنة في خدمتهم، وتقديم العون والمساعدة الطبية والعلاج المناسب لهم، فيجب على الطبيب المعالج أن يبذل كل الجهد والعناية من أجل رعاية المريض، وتقديم العلاج الطبي المناسب لمرضه، وعدم الإهمال في أداء عمله ومهامه الملقاة على عاتقه.

ويجب على الطبيب سواء كان موظفاً عاماً يعمل في إحدى المستشفيات أو العيادات العامة، أو في المستشفيات أو العيادات الخاصة أن يقوم بأداء عمله بأمانة وإخلاص، والعمل على تشخيص المريض تشخيصاً سليماً ووصف العلاج المناسب له، واتخاذ وسائل العناية وبذل الجهد من أجل تطبيب المرضى بصورة سليمة تؤدي إلى علاج المرض علاجاً سليماً.

ثانياً: موضوع الدراسة:

قد يترتب على عمل الطبيب إهمال بواجبات وظيفته، أو خطأً طبياً سواء نتيجة إهمال منه أثناء ممارسة عمله، أو عدم بذله العناية اللازمة، يؤدي إلى حدوث مضاعفات مع المريض يترتب عليه عجز دائم لديه، أو يؤدي إلى وفاته، الأمر الذي يؤدي لقيام المسئولية على حدوث هذا الخطأ، والتي تنقسم إلى ثلاثة أنواع وهي المسئولية الجزائية التي تستتبع توقيع العقاب الجزائي، والمسئولية المدنية التي تستوجب لجوء المتضرر نتيجة الخطأ الطبي للقضاء النظامي للمطالبة بالتعويض، والمسئولية الإدارية التي يتعرض لها الطبيب العامل في الوظيفة العامة وتوجب توقيع الجزاء التأديبي عليه.

ولقد تناول المشرع الفلسطيني موضوع المسألة التأديبية للعاملين في الوظيفة العامة ومن ضمنهم العاملين في مجال الخدمات الطبية كالأطباء، وبين الجهات المختصة بتأديبهم ومسألتهم إدارياً، والإجراءات والعقوبات التأديبية، والتي سنتناولها بالتفصيل لبيان مدى كفايتها وملاءمتها للحد من حالات الإهمال والأخطاء الطبية.

---

(1) سورة البقرة، الآية (32).

ثالثاً: إشكالية الدراسة: تثير هذه الدراسة العديد من التساؤلات وهي:

1. هل القانون الفلسطيني الخاص بمساءلة الطبيب العامل في الوظيفة العامة يلبي حاجة المجتمع الفلسطيني والتطور في مجال مهنة الطب، أم شابه القصور والغموض وعدم الدقة؟
2. مدى الحاجة لسن قانون خاص للمساءلة التأديبية للعاملين في مجال تقديم الخدمات الطبية سواء كان موظفاً عاماً أو يعمل في مستشفى أو عيادة خاصة، يراعي طبيعة وخصوصية المهن الطبية؟

رابعاً: أهمية الدراسة: ترجع أهمية هذا الموضوع لعدة أسباب هي:

1. يعتبر موضوع هذه الدراسة من المواضيع الجديدة التي لم يتناولها الفقه الفلسطيني بالبحث الكافي والوافي.
2. تقتضي الدراسة بيان طبيعة النظام التأديبي للأخطاء الطبية المعمول به في فلسطين، ومدى ملاءمته للواقع.
3. تقتضي الدراسة تحليل النصوص الناظمة لتأديب الطبيب العامل في الوظيفة العامة، وبيان مدى ملائمتها لمساءلة العاملين في مجال مهنة الطب، وبيان ما يشوبها من قصور، واستخلاص النتائج والتوصيات للمساهمة في وضع قانون خاص ينظم المساءلة التأديبية للعاملين في مجال الخدمات الطبية.

خامساً: أهداف الدراسة: تسعى هذه الدراسة إلى بيان عدة أهداف هي:

1. بيان واقع وطبيعة النظام التأديبي المعمول فيه للمسئولية التأديبية للأطباء العاملين في الوظيفة العامة.
2. بيان إجراءات المسئولية التأديبية عن المخالفات الإدارية والمهنية والأخطاء الطبية، والضمانات التي حددها المشرع، والعقوبات المقررة قانوناً.
3. بيان مدى سلامة وكفاية النصوص القانونية الناظمة للمسئولية التأديبية في قانون الخدمة المدنية الفلسطيني لمسألة الطبيب تأديبياً، والوقوف على مواطن القصور في النصوص وصولاً لوضع معالجة قانونية شاملة من أجل تطوير النصوص القانونية للعمل على الحد من ارتكاب الأخطاء الطبية، وتراعي طبيعة المهن الطبية.

سادساً: منهج الدراسة: اعتمدنا واتبعنا في منهجية البحث استخدام الأسلوب العلمي التحليلي، وذلك من خلال إجراء دراسة تحليلية للنصوص القانونية الخاصة بالمسئولية التأديبية للطبيب العامل في الوظيفة العامة المنصوص عليها في قانون الخدمة المدنية، والغوص في جزئياتها، واستخلاص الآراء الفقهية والقضائية السديدة؛ وذلك من أجل بيان طبيعة النظام التأديبي وإجراءات التأديب والعقوبات المقررة على الطبيب المخالف.

سابعاً: خطة الدراسة:

البحث عبارة عن دراسة تحليلية للنصوص القانونية الناظمة للمسئولية التأديبية للطبيب العامل في الوظيفة العامة، وبيان طبيعة النظام التأديبي، ومفهوم الجريمة التأديبية، والسلطة المختصة بتوقيع الجزاء التأديبي، وإجراءات التأديب وضماناتها، والعقوبات التأديبية، وحتى يتمكن الباحث من بحث هذا الموضوع، والغوص في جزئياته، واستخلاص النتائج والتوصيات السديدة لتحقيق أهداف الدراسة، قسمنا الدراسة إلى ثلاثة مباحث، يليها نتائج الدراسة وتوصياتها على النحو التالي:

المبحث الأول: ماهية الجريمة التأديبية

المبحث الثاني: إجراءات تأديب الطبيب

المبحث الثالث: العقوبات التأديبية

المبحث الأول

ماهية الجريمة التأديبية

بداية وقبل تناول موضوع ماهية الجريمة التأديبية، لا بد من بيان مفهوم الوظيفة العامة والموظف العام، حيث بين جانب من الفقه أن للوظيفة العامة مفهومين أحدهما عضوي، والثاني شكلي، وعلى ضوء ذلك يعرفها بأنها مجموعة من العاملين في الإدارة، أو هي مجموعة من النظم القانونية التي تطبق على الموظفين العاملين في الإدارة[1]، وبالتالي فهي عبارة عن مركز قانوني في السلم الوظيفي يشغله الموظف، ويتضمن على مجموعة من الحقوق والواجبات لمن يشغل هذه الوظيفة.

ولقد عرف المشرع الفلسطيني الوظيفة بأنها مجموعة المهام التي توكلها جهة مختصة إلى الموظف العام للقيام بها بمقتضى قانون الخدمة المدنية أو أي تشريع آخر، أو تعليمات أو قرارات إدارية وما يتعلق بها من صلاحيات، وما يترتب على تلك المهام من مسؤوليات.

وعرف الموظف العام سواء كان موظف أو موظفة بأنه هو الشخص المعين بقرار من جهة مختصة لشغل وظيفة مدرجة في نظام تشكيلات الوظائف المدنية على موازنة إحدى الدوائر الحكومية أياً كانت طبيعة تلك الوظيفة أو مسماها [2].

وعرف الفقه الموظف العام بأنه:" هو كل شخص يعهد إليه بعمل دائم في خدمة مرفق عام تديره الدولة أو أحد أشخاص القانون العام"[3].

وعرفه القضاء الإداري الفلسطيني بأنه:" كل شخص يعهد إليه بعمل دائم في خدمة مرفق عام تديره الدولة"[1].

---

(1) د. محمد عبد الله الفلاح، مبادئ القانون الإداري، دراسة مقارنة، منشأة المعارف بالإسكندرية، سنة 2011م، ص 146.

(2) المادة (1) من قانون الخدمة الفلسطينية رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(3) د. شريف يوسف خاطر، الوظيفة العامة، دراسة مقارنة، دار الفكر والقانون، الطبعة الأولى، سنة 2011م، ص 9.

وعرف المشرع الفلسطيني الطبيب بأنه كل طبيب مرخص له قانوناً بمزاولة أي من المهن الطبية سواء كان مهنة الطب البشري أو طب الأسنان أو الصيدلة [2].

ويتضح من هذه التعريفات أنه لكي يكتسب الفرد أو الطبيب صفة الموظف العام يجب توافر ثلاثة شروط وهي: صدور قرار بالتعيين في الوظيفة العامة من الجهة أو السلطة المختصة، وأن يكون التعيين في إحدى الوظائف الدائمة، وأن يكون التعيين في خدمة مرفق عام تديره الدولة أو أحد أشخاص القانون العام.

ولبيان طبيعة النظام التأديبي ومفهوم الجريمة التأديبية، سنقسم هذا المبحث لثلاثة مطالب، نتناول في الأول منها بيان طبيعة النظام التأديبي في فلسطين، وفي الثاني تعريف الجريمة التأديبية وبيان أركانها، وفي الثالث علاقة الجريمة التأديبية بالجريمة الجزائية، وذلك على النحو التالي:

المطلب الأول

طبيعة النظام التأديبي في فلسطين

تختلف النظم التأديبية للموظفين العاملين في الجهات الإدارية بين ثلاثة أنظمة، أما النظام الرئاسي أو النظام شبه القضائي أو النظام القضائي، فبعض الدول تسند ولاية تأديب الموظف للرئيس المباشر أو الرئيس الأعلى للجهة الإدارية التي يتبعها، أو يتولى تأديبه مجلس إداري (لجنة تحقيق إدارية)، ويأخذ بهذا النظام كل من بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية، ومنها من يسند تأديب الموظف إلى هيئة قضائية مستقلة[3].

وقد أخذت فلسطين بالنظام الرئاسي في تأديب الموظف[4]، حيث أعطى المشرع صلاحية تأديب الموظف إلى رئيس الموظف في العمل، أو إلى لجنة تحقيق إدارية تشكل بمعرفة الجهة الإدارية، وتكون الإحالة للتحقيق على المخالفة التأديبية ممن يملك سلطة توقيع العقوبة على الموظف[5]، وتنعقد صلاحية توقيع العقوبة لرئيس الدائرة الحكومية المختص، أو من يفوض من قبله من بين الفئة العليا سلطة توقيع عقوبتي التنبيه أو لفت النظر على موظفي الفئة الأولى فما دون، على أن يبلغ ديوان الموظفين بهذه العقوبة[6].

---

(1) قرار محكمة العدل العليا الفلسطينية برام الله رقم (86) لسنة 2004م، جلسة 2006/1/28م، غير منشور.

(2) المادة (1) من قانون الصحة العامة الفلسطيني رقم (20) لسنة 2004م.

(3) د. حمدي أمين عبد الهادئ، إدارة شئون موظفي الدولة، دار الفكر العربي، القاهرة، الطبعة الثانية، غير موثق سنة النشر، ص 223 وما بعدها، د. محمد جودت الملط، المسئولية التأديبية للموظف العام، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، سنة 1967م، ص 314، د. محمود حلمي، القضاء الإداري، الطبعة الثانية، دار الفكر العربي، القاهرة، سنة 1977م، ص 309.

(4) انظر قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م، وقانون الخدمة لقوى الأمن الفلسطينية رقم (8) لسنة 2005م.

(5) المادة (69) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(6) المادة (86) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

وتنعقد صلاحية التأديب للجنة تحقيق مختصة تشكل من قبل رئيس الدائرة الحكومية، أو من يفوضه خطياً لجميع الموظفين ما عدا الفئتين الخاصة والعليا[1]، أما الفئة العليا فتكون بموجب قرار من مجلس الوزراء بناءً على طلب من الدائرة الحكومية التي يتبعها الموظف[2].

أما في حال ندب الموظف أو إعارته، فيكون اختصاص تأديب الموظف على المخالفات التي يرتكبها خلال هذه الفترة للجهة المندوب أو المعار إليها الموظف [3].

ومن الجدير بيانه أن المشرع الفلسطيني أفرد نظاماً خاصة لتأديب أعضاء السلطة القضائية [4] يندرج في إطار النظام شبه القضائي للتأديب [5].

ونخلص مما تقدم أن المشرع والقضاء الفلسطيني لم يعرفا الدعوى التأديبية القضائية التي تختص بنظرها محكمة إدارية تأديبية، ويقتصر دور قضاء محكمة العدل العليا على الرقابة على القرارات التأديبية الصادرة بحق الموظفين من الجهات الإدارية العليا، والتي تقبل الطعن فيها إذا ما توافر سبب من أسباب الطعن وهي: وجود عيب في الاختصاص، أو وجود عيب في الشكل، أو مخالفة القوانين أو اللوائح أو الخطأ في تطبيقها أو تأويلها، أو التعسف أو الانحراف في استعمال السلطة على الوجه المبين في القانون[6].

وخلاصة القول فإننا ندعو المشرع الفلسطيني للأخذ بالنظام القضائي بجانب النظام الرئاسي في تأديب الموظفين إذا كانت المخالفة التأديبية تستوجب عقوبة شديدة، وذلك بإحالة الموظف إلى المحكمة التأديبية لتتولى تأديبه وتوقيع الجزاء عليه.

المطلب الثاني

مفهوم الجريمة التأديبية

سنبين في هذا المطلب تعريف الجريمة التأديبية في القانون الفلسطيني، وموقف الفقه من تعريفها، وأركان الجريمة التأديبية، وذلك على النحو التالي:

---

(1) المادة (88) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(2) المادة (71) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(3) المادة (87) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(4) راجع المواد من(47) حتى (55) من قانون السلطة القضائية الفلسطيني رقم (1) لسنة 2002م.

(5) أخذ المشرع الفلسطيني في تأديب أعضاء السلك الدبلوماسي بالنظام شبه القضائي، وذلك وفقاً لأحكام قانون السلك الدبلوماسي رقم (13) لسنة 2005م.

(6) المادة (34) من قانون تشكيل المحاكم النظامية الفلسطيني رقم (5) لسنة 2001م وتعديلاته.

الفرع الأول: تعريف الجريمة التأديبية

لم يضع المشرع الفلسطيني تعريفاً أو مفهوماً محدداً للجريمة التأديبية، حيث نص على أنه:" إذا ثبت ارتكاب الموظف مخالفة للقوانين والأنظمة والتعليمات والقرارات المعمول بها في الخدمة المدنية أو في تطبيقها فتوقع عليه إحدى العقوبات التأديبية التالية..."[1].

وحقيقة الأمر أن الجرائم التأديبية لا تخضع لمبدأ أساسي في توقيع الجزاء والمتمثل في أنه لا جريمة ولا عقوبة إلا بنص[2]، وبالتالي فالمخالفات التأديبية غير محددة على سبيل الحصر، وإنما تخضع لمبدأ لا عقوبة إلا بنص، فلا يجوز توقيع أي عقوبة على الموظف إلا إذا نص القانون على هذه العقوبة.

ولقد عرف جانب من الفقه المصري الجريمة التأديبية بأنها:" كل فعل أو امتناع يرتكبه العامل ويخل في واجبات منصبه"[3].

وعرفها جانب ثانٍ من الفقه بأنها:" كل عمل أو امتناع عن عمل يرتكبه الموظف داخل أو خارج الوظيفة يتضمن الإخلال بواجبات الوظيفة أو المساس بكرامتها دون أن يكون هذا العمل أو الامتناع استعمالاً لحق أو أداء لواجب طبقاً للقانون"[4].

وعرفها جانب ثالث بأنها:" كل ما يصدر عن العامل داخل العمل أو خارجه من تصرفات إيجابية أم سلبية من شأنها أن تشكل مخالفة إما لقاعدة قانونية صريحة، أو لما تم التعارف على اعتباره أي مخالفة في العمل أو لدى القضاء"[5].

وعرفها جانب رابع بأنها:" كل فعل أو امتناع عن فعل تقدر الدولة أنه يخل بأمن الجماعة ونظام الحياة، ويثير الاضطراب في صفوفها"[6].

ويعرفها أستاذنا الدكتور ماجد الحلو الجريمة التأديبية:" بأنها إخلال الموظف بواجبات وظيفته"[7].

---

(1) المادة (68) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته

(2) قضت المحكمة الإدارية العليا المصرية بأنه:" تختلف الجريمة التأديبية عن الجريمة الجنائية فيما يتعلق بقاعدة أنه لا جريمة ولا عقوبة إلا بنص – تسري هذه القاعدة على الجرائم الجنائية – أما بالنسبة للجرائم التأديبية فإن المستقر عليه أن أي إخلال بواجبات الوظيفة يعد جريمة تأديبية حتى ولو لم يرد بها نص صريح خاص بذلك". الطعن رقم (2891) لسنة 37 ق.ع، جلسة 1995/1/14م، مجموعة المبادئ القانونية التي قررتها المحكمة الإدارية العليا، مكتب فني، سنة 40، ص 885.

(3) د. سليمان محمد الطماوي، الجريمة التأديبية، معهد البحوث والدراسات العربية، دار الثقافة العربية للطباعة، سنة 1975م، ص41.

(4) د. عبد الفتاح مراد، المسئولية التأديبية لرجال القضاء والنيابة العامة، رسالة دكتوراه، جامعة الإسكندرية، 1993م، ص51.

(5) د. محمد محمود ندا، انقضاء الدعوى التأديبية، دراسة مقارنة، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، سنة 1969م، ص 10.

(6) د. محمد مختار محمد عثمان، الجريمة التأديبية بين القانون الإداري وعلم الإدارة العامة، دراسة مقارنة، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، سنة 1973م، ص 61.

(7) د. ماجد راغب الحلو، دعاوى القضاء الإداري، دار الجامعة الجديدة بالإسكندرية، سنة 2010، ص 256.

وعرفها جانب آخر بذات المعني بأنها:" إخلال بواجبات الوظيفة إيجاباً أو سلباً"، د. محمد جودت الملط، مرجع سابق، ص 80.

وعرفها الفقه الأردني بأنها:" فعل أو امتناع يمثل إخلالاً بواجبات الوظيفة أو المهنة التي ينتمي إليها شخص ما أو محظوراتها سواء أوقع ذلك أثناء ساعات الدوام الرسمي أم بعدها"[1].

وعرفها جانب آخر بأنها:" كل فعل أو امتناع إرادي يصدر عن الموظف من شأنه الإخلال بواجب من واجبات الوظيفة التي ينص عليها القانون"[2].

وبناءً على ما تقدم بيانه من تعاريف فقهاء القانون والقضاء الإداري نرى أنها تتفق جميعها على أن الجريمة التأديبية تتمثل في إخلال الموظف بواجبات الوظيفة أو المهنة التي يعمل بها، لذا **فإننا نخلص** إلى تعريف الجريمة التأديبية بأنها:" إخلال الموظف العام بواجبات وظيفته سواء كان هذا الإخلال إيجاباً أو سلباً، أثناء وقت العمل أو خارجه".

الفرع الثاني: أركان الجريمة التأديبية:

يتضح من تعريفنا السابق للجريمة التأديبية أنه يتوجب لقيامها توافر أركانها التي تتمثل في الركن المادي، والركن المعنوي [3].

الركن المادي: ينصرف الركن المادي إلى ماديات الجريمة، أي المظهر الذي تظهر فيه إلى العالم الخارجي[4]، إذ أن الجرائم تفترض وجود سلوك أو نشاط إنساني إرادي له مظهر خارجي

وعرف القضاء الإداري المصري الجريمة التأديبية بأنها:" أي إخلال بواجبات الوظيفة يعد جريمة تأديبية"، المحكمة الإدارية العليا المصرية، الطعن رقم (2891) لسنة 37 ق.ع، جلسة 1995/1/14م، مجموعة المبادئ القانونية التي قررتها المحكمة الإدارية العليا، مكتب فني، سنة 40، ص 885، وعرفتها في حكم آخر بأنها:" قوامها الإخلال بواجبات الوظيفة والخروج علي مقتضياتها وما يجب أن يتحلى به الموظف العامة من الأمانة والثقة والسلوك القويم"، الطعن رقم (6629) لسنة 45 ق.ع، جلسة 2001/3/18م، مجموعة المبادئ القانونية التي قررتها المحكمة الإدارية العليا، مكتب فني، سنة 46، ص 1103.

(1) د. هاني علي الطهراوي، طبيعة المخالفة التأديبية ومبدأ المشروعية، مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات، جامعة الزرقاء الأهلية، المجلد الخامس، العدد الأول، حزيران سنة 2003م، ص 82.

وعرفها جانب آخر الجريمة التأديبية: " بأن يأتي الموظف عملاً أو أن يمتنع عن أداء عمل يكون من شأنه الإخلال بمقتضيات الوظيفة العامة، سواء كان داخل نطاق الوظيفة أو خارجها بما لا يتفق مع مركزه كموظف عام". د. خالد سمارة الزعبي، القانون الإداري وتطبيقاته في المملكة الأردنية الهاشمية، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان، سنة 1993م، ص 234.

(2) أ. فواز حميدي سعد العازمي، ضمانات تأديب الموظف العام في قانون الخدمة المدنية الكويتي دراسة مقارنة بالقانون الأردني، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، الأردن، سنة 2010، ص 15.

وبذات المعنى والمضمون عرفها جانب آخر بأنها: " كل سلوك إيجابي أو سلبي يصدر عن الموظف العام مرتبطاً بالوظيفة العامة أو مؤثراً فيها إذا مثل هذا السلوك خرقاً للقوانين أو اللوائح أو النظم الوظيفية". أ. حصة أحمد عبد الله السليطي، النظام التأديبي للموظف العام في قطر، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، سنة 2007م، ص 7، 8.

(3) راجع بالتفصيل د. ماجد راغب الحلو، دعاوى القضاء الإداري، مرجع سابق، ص 257 وما بعدها، د. محمد أبو ضيف باشا خليل، النظام التأديبي (الموظف العام . شروط الوظيفة العامة وواجباتها . الجريمة التأديبية . العقوبة التأديبية . السلطات التأديبية . النيابة الإدارية)، دار الجامعة الجديدة بالإسكندرية، سنة 2012، ص 42 وما بعدها، د. محمد جودت الملط، مرجع سابق، ص 80 وما بعدها، د. محمد محمود ندا، مرجع سابق، ص 10 وما بعدها.

(4) راجع بالتفصيل د. محمد مختار محمد عثمان، مرجع سابق، ص 144 وما بعدها.

محسوس، ويتمثل الركن المادي للجريمة التأديبية في قيام الموظف بعمل محظور عليه القيام به، أو الامتناع عن أداء واجب يجب القيام به.

الركن المعنوي: يتمثل الركن المعنوي في اتجاه إرادة مرتكب الجريمة التأديبية إلى اقتراف الفعل أو الامتناع الذي يشكله الركن المادي للجريمة.

ويذهب جانب من الفقه للقول بأن للجرم التأديبي ثلاثة أركان وهي الركن المادي الذي يتمثل في الفعل أو الامتناع المكون للجريمة، والركن المعنوي وهو النص الذي يجعل الفعل مخالفة تأديبية، والركن الشخصي وهو الموظف الذي يرتكب المخالفة[1]، **وفي حقيقة الأمر فإننا نختلف مع هذا الرأي من الفقه**، وبالذات بالنسبة للركنين الثاني والثالث؛ لأن الجرائم التأديبية غير محددة بنصوص قانونية، وإنما تتعلق بسلوك وواجبات الموظف وكل ما من شأنه مخالفة واجبات وظيفته.

المطلب الثالث

علاقة الجريمة التأديبية بالجريمة الجزائية

يثار السؤال عن العلاقة بين الجريمة التأديبية والجريمة الجزائية وأثرهما على بعضهما البعض، ففي حال ارتكب الموظف مخالفة أو جريمة تأديبية وحركت بحقه الدعوى الجزائية أمام المحكمة المختصة، فهل يؤثر هذا الأمر على قيام المسئولية التأديبية بحقه سواء من حيث تحريكها أو الاستمرار في إجراءاتها أو توقيع العقوبة التأديبية، أي ما هي علاقة الجريمة التأديبية بالجريمة الجزائية؟

استقر الفقه والقضاء على أن الجريمة التأديبية تعتبر جريمة قائمة بذاتها ومستقلة عن الجريمة الجزائية، فكلاً منها مستقلة عن الأخرى من حيث النظام القانوني الذي تخضع له، فالجريمة الجزائية تخضع لمبدأ أساس يبين الأفعال المؤثمة وأركان الجرائم والعقوبات المقررة لها، فلا جريمة ولا عقوبة إلا بنص قانوني، أما الجريمة أو المخالفة التأديبية فلا تخضع لهذا المبدأ[2]، فلم يتضمن قانون الخدمة المدنية الفلسطيني والقوانين ذات العلاقة حصراً للأفعال التي تعتبر مخالفات إدارية، وإنما بين واجبات الموظفين والأعمال المحظورة عليهم، والتي ترجع لأصل عام واحد وهو عدم الإخلال بواجبات الوظيفة العامة أو الخروج عن مقتضياتها، إلا أنه عدد العقوبات المقررة لأي مخالفة تأديبية، فالجريمة التأديبية تخضع لمبدأ لا عقوبة إلا بنص.

وتستقل الجريمة التأديبية عن الجريمة الجزائية من عدة وجوه هي [3]:

1- الهدف من النظام التأديبي حماية الوظيفة العامة [1]، وضمان سير المرافق العامة بانتظام واضطراد، أما الهدف من توقيع الجزاء الجنائي هو حماية أمن المجتمع وضمان استقراره.

---

(1) راجع بالتفصيل د. زهوة عبد الوهاب حمود، التأديب في الوظيفة العامة، دراسة مقارنة، رسالة دكتوراه، جامعة الإسكندرية، سنة 1990م، ص 66.

(2) د. خالد خليل الظاهر، القضاء الإداري، ديوان المظالم في المملكة العربية السعودية، قضاء الإلغاء . قضاء التأديب . قضاء التعويض، مكتبة القانون والاقتصاد، الرياض، الطبعة الثانية، سنة 2014م، ص 375.

(3) د. ماجد راغب الحلو، دعاوى القضاء الإداري، مرجع سابق، ص 275، 276، د. محمد أبو ضيف باشا خليل، النظام التأديبي مرجع سابق، ص 46، 47.

2- الجريمة التأديبية تطبق على الموظفين العاملين في الوظيفة العامة، أما الجريمة الجزائية والقانون الجنائي فيخضع له جميع المواطنين والأفراد المقيمين داخل أرض الوطن، وبغض النظر عن صفاتهم.

3- الجزاء الوظيفي يمس المركز الوظيفي للموظف، أما الجزاء الجنائي فيتعلق بحياة الفرد وحريته وممتلكاته.

4- يسأل الموظف العام تأديبياً عن عمل غيره من الخاضعين لسلطته الرئاسية، أما الفرد العادي فلا يسئل جنائياً إلا عن الأفعال التي ارتكبها شخصياً.

5- يخضع الموظف في إجراءات تأديبية إلى إجراءات وعقوبات حددها قانون الخدمة المدنية الفلسطيني، أما الفرد مرتكب الجريمة الجزائية فيخضع في إجراءات التحقيق معه ومحاكمته للقوانين الجزائية (قانون الإجراءات الجزائية، وقانون العقوبات).

فالمسئولية التأديبية مستقلة بذاتها عن المسئولية الجزائية، وبالتالي فإن تحريك أي منها لا يحول دون تحريك المسئولية الثانية إذا ما كان الفعل المرتكب من الموظف يشكل في ذاته مخالفة جزائية ومخالفة تأديبية، حيث أكدت المادة (95) من اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني على أنه:" لا يمنع توقيع العقوبة المنصوص عليها في قانون الخدمة المدنية من مساءلة الموظف جزائياً أو العكس، ويجوز النظر في مجازاة الموظف تأديبياً على الرغم من براءته جزائياً".

وأكدت الفقرة الأولى من المادة (42) من قانون ديوان الرقابة المالية والإدارية رقم (15) لسنة 2004م على أنه:" وفقاً لأحكام القانون كل موظف يرتكب أياً من المخالفات المالية أو الإدارية، أو يساهم في ارتكابها، أو يسهل وقوعها، أو يتستر على مرتكبيها، أو يقصر في الإبلاغ عنها، يعاقب تأديبياً، مع عدم الإخلال بإقامة الدعوى الجزائية أو المدنية وفقا لأحكام القانون".

يتضح مما سبق أن تحريك المسئولية الجزائية ضد الموظف مرتكب المخالفة لا يحول دون تحريك المسئولية التأديبية بحقه وتوقيع الجزاء التأديبي بحقه، دون أي أثر للحكم في الدعوى الجزائية سواء كان الحكم بالإدانة أو بالبراءة، وأن تحريك الدعوى التأديبية بحقه لا يحول دون إقامة الدعوى الجزائية أو المدنية بحقه.

وقد بينت المادة (72) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني أثر تحريك الدعوى الجزائية لموظف يعمل في الوظيفة العامة في أمر أو شأن ما من شأنه توقيفه أو احتجازه أو التحقيق معه في أمر أو شأن يخرج عن وظيفته بوجوب قيام الجهة القائمة بهذا الإجراء إبلاغ الدائرة الحكومية التي يتبعها الموظف فوراً، وذلك للنظر في هذا الأمر وفقاً لأحكام القانون، **الأمر الذي يتضح معه** أن المشرع منح الجهة التابع لها الموظف المنسوب إليه فعل من قبل النيابة العامة يستوجب توقيفه أو احتجازه أو التحقيق معه اتخاذ الإجراءات بحقه وفقاً لأحكام القانون الخدمة المدنية.

---

(1) د. خالد خليل الظاهر، القضاء الإداري، مرجع سابق، ص 375، د. محمود حلمي، مرجع سابق، ص 312.

المبحث الثاني

إجراءات المساءلة التأديبية للطبيب

سنبين في هذا المبحث السلطة المختصة بمباشرة إجراءات تأديب الموظف الطبيب، والواجبات والأفعال التي يترتب على مخالفتها قيام المساءلة التأديبية، وإجراءات تأديب الطبيب والضمانات الممنوحة له، وذلك على النحو التالي:

المطلب الأول

السلطة المختصة بتأديب الطبيب

يقصد بالسلطة التأديبية، أو الجهة المختصة بالتأديب هي الجهة التي خولها القانون صلاحية التأديب وإيقاع العقوبة التأديبية بحق الموظف الطبيب مرتكب المخالفة أو الجريمة التأديبية، وتتوزع هذه السلطة تبعاً لشدتها بين الرؤساء الإداريين، وبين لجان التأديب أو مجالس التأديب[1].

وقد سبق أن بينا أن المشرع الفلسطيني أخذ بالنظام الرئاسي في تأديب الموظف[2]، حيث أعطى المشرع صلاحية تأديب الموظف إلى رئيس الموظف في العمل، أو إلى لجنة تحقيق إدارية تشكل بمعرفة الجهة الإدارية، وتكون الإحالة للتحقيق على المخالفة التأديبية ممن يملك سلطة توقيع العقوبة على الموظف[3]، وتنعقد صلاحية توقيع العقوبة لرئيس الدائرة الحكومية المختص، أو من يفوض من قبله من بين الفئة العليا سلطة توقيع عقوبتي التنبيه أو لفت النظر على موظفي الفئة الأولى فما دون، على أن يبلغ ديوان الموظفين بهذه العقوبة[4].

وتنعقد صلاحية التأديب للجنة تحقيق مختصة تشكل من قبل رئيس الدائرة الحكومية، أو من يفوضه خطياً لجميع الموظفين ما عدا الفئتين الخاصة والعليا[5]، أما الفئة العليا فتكون بموجب قرار من مجلس الوزراء بناءً على طلب من الدائرة الحكومية التي يتبعها الموظف[6]، أما في حال ندب

---

(1) د. محمد علي أبو عمارة، المسئولية التأديبية للموظف العام في فلسطين بموجب نظام الخدمة المدنية لسنة 1996م جاري التطبيق وقانون الخدمة المدنية رقم (4) لسنة 1998م مجمد التطبيق، مجلة الجامعة الإسلامية، سلسلة الدراسات الإنسانية، المجلد الثالث عشر، العدد الأول، يناير سنة 2005م، ص 362.

(2) انظر قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م، وقانون الخدمة لقوى الأمن الفلسطينية رقم (8) لسنة 2005م.

(3) المادة (69) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(4) المادة (86) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(5) المادة (88) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته

(6) المادة (69) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

الموظف أو إعارته، فيكون اختصاص تأديب الموظف على المخالفات التي يرتكبها خلال هذه الفترة للجهة المندوب أو المعار إليها الموظف[1].

يتضح مما تقدم أن المشرع ميز بين ثلاث مجموعات من الموظفين طبقاً لدرجاتهم الوظيفية في تحديد السلطة أو الجهة المختصة بتأديب الموظف، وبين الجهة المختصة في حال ندب الموظف أو إعارته وهي:

أولاً: موظفو الفئة الخاصة الذين يعينون بدرجة وزير[2]، والفئة العليا وهم موظفي الوظائف التخطيطية والإشرافية، وهم الوكلاء (وكلاء الوزارات) والمدراء العامين والذين يتم تعينهم بقرار من رئيس السلطة الوطنية بناءً على تنسيب من مجلس الوزراء، ويعين باقي موظفي هذه الفئة بقرار من مجلس الوزراء بناءً على تنسيب من رئيس الدائرة الحكومية المختص[3]، وهذه الفئة تتم مساءلتها وإحالتها للتحقيق على المخالفة التأديبية بقرار من مجلس الوزراء بناءً على طلب من رئيس الدائرة الحكومية التابعين لها، وتتولى التحقيق معه لجنة يشكلها مجلس الوزراء من موظفين لا تقل درجاتهم عن درجة الموظف المحال للتحقيق، ومن ثم ترفع توصياتها إلى مجلس الوزراء لاتخاذ القرار المناسب بشأنهم وفقاً لأحكام القانون[4].

ثانياً: موظفو الفئة الأولى وهم من يعينوا بوظيفة مدير أو مستشار ممن يمتلكون مهارات إدارية وقانونية، ويشترط فيهم توفر المؤهلات العلمية والخبرات العلمية المطلوبة، وموظفو الفئة الثانية وهم الموظفون الذين يعينون بقرار من رئيس الدائرة الحكومية، أي الوزير، ويندرج في هذه الفئة الوظائف التخصصية في مختلف المجالات، ويتولوا مسؤوليات القيام بالأعمال التخصصية في المهن الطبية والهندسية والإدارية والقانونية والمالية والمحاسبة والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتربوية، وتضم هذه الفئة أيضاً موظفي الدوائر الحكومية التي تتطلب مهارات تخصصية محددة كالمديرين ورؤساء الأقسام ورؤساء الشعب والوحدات[5]، وهذه الفئة يتم إحالتهم للتحقيق أمام لجان تحقيق بموجب قرار بإحالتهم من الموظف أو الجهة التي تملك سلطة توقيع العقوبة عليهم، **الأمر الذي يبين معه** بأن الموظفين العاملين في مجال المهن الطبية يندرجون ضمن موظفي الفئة الثانية، وبالتالي فإن مساءلتهم تأديبياً تتم بإحالتهم للجان تحقيق بموجب أمر صادر من رئيس الدائرة الحكومية، وهذه اللجان هي التي تتولى التحقيق مع الطبيب المخالف وترفع توصياتها للجهة التي قامت بتشكيل اللجنة.

(1) المادة (87) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(2) المادة (9) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(3) المادة (17) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(4) المادة (71) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(5) المادة (9) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

ثالثاً: موظفو باقي الفئات الثالثة والرابعة والخامسة والذين يعينون بقرار من رئيس الدائرة الحكومية، أي الوزير، ويندرج في هذه الفئة الوظائف الفنية والكتابية وأعمال السكرتارية، والوظائف الحرفية ووظائف الخدمات، وهذه الفئات يتم توقيع عقوبة التنبيه أو لفت النظر من قبل من يملك سلطة توقيع العقوبة عليهم أما فيما يتعلق بباقي العقوبات فيتم إحالتهم للتحقيق أمام لجان تحقيق بموجب قرار بإحالتهم من الجهة التي تملك سلطة توقيع العقوبة عليهم.

رابعاً: أما الموظف المنتدب أو المعار لجهة إدارية أخرى، فيكون اختصاص تأديبه على ما يرتكبه من مخالفات تأديبية خلال هذه الفترة، للجهة المندوب أو المعار إليها، وبما يتفق وما جاء في اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية[1].

ويذهب جانب من الفقه وبحق إلى أن المشرع الفلسطيني ميز في الجهة المختصة بالتوقيع العقوبة على الموظفين حسب الفئة التي يشتغلونها، وهذه التفرقة جاءت منافية للعدالة التأديبية، وتتعارض مع مبدأ المساواة المنصوص عليه في القانون الأساسي، إضافة إلى أن المشرع منح صلاحية تأديب موظفي الفئة العليا لمجلس الوزراء بدلاً من منحها لرئيس الدائرة الحكومية المسئول عن دائرته وفقاً لأحكام المادتين (74، 75) من القانون الأساسي الفلسطيني، يخالف أحكام القانون الأساسي فيما يتعلق بالصلاحية الممنوحة لمجلس الوزراء، ويفتح المجال أمام مجلس الوزراء لمعالجة المخالفات التأديبية من منظور سياسي لا من منظور إداري أو مهني[2]، إضافة إلى أنه يؤدي بانشغال مجلس الوزراء لتشكيل لجان تحقيق يناط بها التحقيق مع موظفي الفئة العليا، والأصل أن تكون هذه المجالس مشكلة وتباشر صلاحياتها وفق القانون، أو أن يكون نيابة إدارية ومحاكم إدارية تتولى مساءلة جميع فئات الموظفين[3]، **الأمر الذي يتوجب معه على** المشرع عدم التمييز بين فئات الموظفين من حيث الجهة أو السلطة المختصة في التأديب استناداً لمبدأ المساواة أمام القانون، **وندعو المشرع الفلسطيني** للأخذ بالنظام القضائي في تأديب الموظف العام، وبالذات في المهن الطبية لخصوصية وطبيعة هذه المهن؛ ولأن تأديب الموظف أمام جهة قضائية يشكل صمام أمان في مساءلة الموظف، ويحقق الغاية المرجوة من النظام التأديبي في تسير المرافق العامة وتحقيق الصالح العام، إضافة لما يمتاز به التأديب أمام القضاء من ضمان للموظف وحياد القضاء وعدم محاباته للموظف الطبيب مرتكب المخالفة.

(1) المادة (87) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(2) د. محمد عبد الله أبو مطر، المعالجة القانونية للعدالة في تنظيم المسئولية التأديبية للموظف العام في فلسطين، دراسة تحليلية، بحث مقدم في مؤتمر العلمي السنوي الرابع لكلية الحقوق بجامعة الأزهر، غزة، ص 19، 20.

(3) د. محمد علي أبو عمارة، مرجع سابق، ص 368.

المطلب الثاني

الواجبات والمحظورات التي يشكل الإخلال بها مخالفة تأديبية

الوظيفة العامة تكليف للقائمين بها، وهدفها خدمة المواطنين، وتحقيق المصلحة العامة وفقاً لأحكام القوانين واللوائح، ويجب على الموظف أن يراعي أثناء ممارسته لأعمال وظيفته القوانين واللوائح ويلتزم بتنفيذها، وقد بين قانون الخدمة المدنية الفلسطيني الواجبات الملقاة على كاهل الموظف العام وهي[1]:

1- يجب على الموظف تأدية العمل المكلف به بنفسه بدقة وأمانة، وأن يخصص وقت العمل الرسمي لأداء واجبات وظيفته، وأن يلتزم بالعمل في غير أوقات العمل الرسمية بناءً على تكليف من الجهة المختصة إذا اقتضت مصلحة العمل ذلك.

2- يجب على الموظف أن يحسن معاملة الجمهور، وينجز معاملاتهم في الوقت المحدد.

3- يجب على الموظف أن يحترم مواعيد العمل.

4- يجب على الموظف أن يحافظ على الأموال والممتلكات العامة.

5- يجب على الموظف احترام التسلسل الإداري في اتصالاته الوظيفية، وتنفيذ ما يصدر إليه من أوامر وتعليمات في حدود القوانين واللوائح، ويتحمل كل مسؤول مسؤولية الأوامر التي تصدر منه، ويكون مسؤولاً عن حسن سير العمل في حدود اختصاصه.

6- يجب على الموظف العمل على تنمية قدراته وكفاءاته العلمية والعملية، والاطلاع على القوانين واللوائح والتعليمات المتعلقة بعمله والإحاطة بها، وتقديم الاقتراحات التي يراها مفيدة لتحسين طرق العمل في الدائرة، ورفع مستوى الأداء فيها.

كما بين قانون الخدمة المدنية مجموعة من المحظورات، والتي يتوجب على الموظف العام عدم ارتكاب أياً منها، وإلا اعتبر مرتكباً لمخالفة تأديبية، وهذه المحظورات هي[2]:

1- مخالفة أحكام قانون الخدمة المدنية، أو القوانين واللوائح الأخرى المعمول بها والمتعلقة بالخدمة المدنية والموظفين.

2- يحظر الجمع بين وظيفته وبين أي عمل يؤديه بنفسه أو بالواسطة، وتحدد اللائحة التنفيذية الضوابط والأحكام المتعلقة بالأعمال التي يجوز للموظف أداؤها في غير أوقات الدوام الرسيمة، وبما لا يضر أو يتعارض مع الوظيفية العامة ومقتضياتها، وقد بينت اللائحة التنفيذية أنه لا

---

(1) المادة (66) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(2) المادة (67) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

يجوز للموظف أن يعمل خارج نطاق وظيفته سواء بصورة دائمة أو مؤقتة إلا بموافقة رئيس الدائرة الحكومية المختص التي يتبعها الموظف، ويجب أن يتم إشعار ديوان الموظفين العام بذلك[1].

3- يحظر على الموظف استغلال وظيفته وصلاحياته فيها لمنفعته، أو تحقيق ربح شخصي، أو القبول مباشرة أو بالواسطة لأي هدية أو مكافأة أو منحة أو عمولة بمناسبة قيامه بواجبات وظيفته.

4- يحظر عليه الاحتفاظ لنفسه بأصل أي ورقة رسمية أو صورة أو نسخة أو ملخص عنها أو ينزعها من الملفات المخصصة لحفظها، ولو كانت خاصة بعمل كلف به شخصياً.

5- يحظر عليه أن يفشي أياً من الامور التي يطلع عليها بحكم وظيفته خلافاً للمجالات التي يجيزها القانون حتى ولو ترك الوظيفة.

6- يحظر على الموظف الخروج على مقتضى الواجب في أعمال وظيفته، أو الظهور بمظهر من شأنه الإخلال بكرامة الوظيفة.

7- يحظر شرب الخمر ولعب القمار في الأندية أو المحال العامة.

يتضح مما سبق بيانه أن المشرع الفلسطيني بين الواجبات التي يجب أن يقوم ويتقيد بها الموظف العام، وبين الأفعال والأعمال المحظور على الموظف إتيانها وإلا تعرض على مخالفة أياً منها للمسئولية التأديبية، ومن المحظورات على الموظف خروج الموظف على مقتضى الواجب في أعمال وظيفته، أو الظهور بمظهر من شأنه الإخلال بكرامة الوظيفة، فعبارة الإخلال بكرامة الوظيفة تعبير عام وواسع، ويشمل الإخلال بكرامة الوظيفة أثناء الخدمة أو خارجها، وهذا الأمر يخضع في تفسيره لعادات الناس وأعرافهم[2].

ويتضح أيضاً أن هذه الواجبات والمحظورات تعلقت بالوظيفة العامة بصورة مباشرة، ولم تتضمن أحكاماً تراعي طبيعة وخصوصية المهن الطبية وبالذات مهنة الطب، وبيان الواجبات الواجب على الأطباء مراعاتها أثناء عملهم في المستشفيات والعيادات العامة، وبيان الأفعال التي تدخل في أطار الإهمال أو الخطأ الطبي، والذي يترتب على مخالفتها أو إتيان أي من الأفعال المحظورة قيام المسئولية التأديبية للطبيب، **لذا ندعو المشرع الفلسطيني** لضرورة سن وإصدار قانون للمسئولية التأديبية في المهن الطبية يراعى فيه طبيعة وخصوصية المهن الطبية مثل مهن الطب والصيدلة والتمريض وفني المختبرات والأشعة وغيرها من المهن الطبية.

---

(1) المادة (83) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(2) د. محمد علي أبو عمارة، مرجع سابق، ص 368.

المطلب الثالث

إجراءات تأديب الطبيب وضماناتها

سنبين في هذا المطلب إجراءات تأديب الطبيب والضمانات التي أوجبها المشرع أثناء مباشرة إجراءات التأديب، وذلك على النحو التالي:

الفرع الأول: إجراءات تأديب الطبيب:

تبدأ الإجراءات التأديبية بحق الطبيب الموظف المتهم بارتكاب مخالفة تأديبية بإحالته للتحقيق من قبل الجهة التي تملك سلطة معاقبته وهي رئيس الدائرة الحكومية التابع لها الطبيب، حيث نصت المادة (69) من قانون الخدمة المدنية رقم (4) لسنة 1998م على أنه" 1. تكون الإحالة للتحقيق على مخالفة تأديبية ممن يملك سلطة توقيع العقاب على الموظف، 2. فيما عدا عقوبة التنبيه أو لفت النظر لا يجوز توقيع عقوبة على الموظف إلا بعد إحالته إلى لجنة تحقيق معه وسماع أقواله، ويتم إثبات ذلك بالتسجيل في محضر خاص، ويكون القرار الصادر بتوقيع العقوبة مسبباً، 3. لا يجوز توقيع أكثر من عقوبة على نفس المخالفة".

وقد بينت اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية إجراءات إحالة الموظف المخالف للتأديب والتي تبدأ بإحالته للتحقيق معه من قبل لجنة تحقيق تشكل من قبل رئيس الدائرة الحكومية أو من يفوضه خطياً للتحقيق معه وسماع أقواله حول المخالفة المسندة إليه، ويجب أن يتضمن هذا القرار المخالفات المنسوبة للموظف، ومهمة لجنة التحقيق، ومكان وزمان انعقادها.

وتتكون لجنة التحقيق من عدد من الموظفين لا يقل عن ثلاثة ولا يزيد على خمسة أعضاء، ويشارك في عضوية اللجنة مندوب عن الدائرة الحكومية التابع لها الموظف على الأقل، ومندوبين عن دوائر حكومية أخرى، ويعين أحدهم ليكون رئيساً للجنة، على أن تكون درجاتهم أعلى أو مساوية للموظف الخاضع للتحقيق، باستثناء العضو الذي يحمل مسمى قانوني[1].

ويجب على لجنة التحقيق قبل مباشرة عملها بالتحقيق مع الطبيب أن تقوم بإخطار رئيسه المباشر عن رغبتها في إجراء التحقيق معه على ما نسب إليه من مخالفات، والذي ويتوجب عليه تقديم التسهيلات اللازمة لعمل اللجنة.

ويحق للطبيب حضور جلسات التحقيق إلا إذا ارتأت لجنة التحقيق ولمصلحة التحقيق إجراء التحقيق في غيبته، وفي هذه الحالة يحق له الاطلاع على ما تم من تحقيقات، وعلى كافة الأوراق والمستندات المتعلقة بالتحقيقات، ويحق له الاستعانة بمحامٍ لإنابته عنه أو مساعدته في تقديم دفاعه وبيناته.

---

(1) المادة (88) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

وللجنة التحقيق إجراء التحقيقات إما بصورة علنية أو سرية وذلك وفق تقديرها، ولها أثناء التحقيق طلب حضور الطبيب المحال للتحقيق للحضور أمامها، أو طلب حضور أي شخص ترى أو تعتقد اعتقاداً معقولاً أنه يمكن أن يدلي ببينات قد تساعد في التحقيق لاستجوابه حول الواقعة، ولها صلاحية طلب جميع الدفاتر والمستندات المتعلقة بالواقعة موضوع التحقيق.

ويجب على لجنة التحقيق أن تدون ما تباشره من إجراءات التحقيق في محاضر التحقيق كتابةً، وأن تسجل بهذا المحضر أسماء أعضاء لجنة التحقيق، والطبيب المحقق معه، وأن يوقعوا على كل ورقة من أوراق المحضر[1].

ويترتب على عدم امتثال الطبيب لدعوة التحقيق معه من قبل لجنة التحقيق، والإدلاء بإفادته، ورفضه الحضور، اعتباره ممتنعاً وفي حكم المتغيب عن العمل من تاريخ رفضه الإدلاء بالإفادة أمام لجنة التحقيق، حيث نصت المادة (90) من اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني على أنه:" يجب على الموظف المحال للتحقيق أن يمتثل لدعوة التحقيق أمام اللجنة، وأن يدلي بإفادته وبحالة رفضه ذلك يعتبر ممتنع وفي حكم المتغيب عن العمل من تاريخ رفضه الإدلاء بإفادته أمام اللجنة، وتبلغ دائرته والديوان ووزارة المالية بذلك".

وقد بينت المادة (90) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني الأثر المترتب على غياب الموظف العام عن وظيفته، حيث نصت الفقرة الأولى على أنه:" يفقد الموظف وظيفته إذا تغيب عن عمله مدة تزيد عن خمسة عشر يوماً متصلة ما لم يقدم عذراً مقبولاً".

وفي حقيقة الأمر أن الأثر الذي رتبته المادة (90) من اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية يخالف أحكام القانون الخدمة المدنية وخروجاً على أحكامه؛ لأنه لم ينص على اعتبار الموظف الممتنع عن المثول أمام لجنة التحقيق في حكم المتغيب[2]، إضافة إلى أن اعتباره متغيباً عن العمل يترتب عليه فقدانه لوظيفته بمرور خمسة عشر يوماً متصلة من التاريخ الذي حددته لجنة التحقيق لامتثال الموظف بالحضور أمامها ورفضه الحضور، وهذا الأمر يتنافى وأحكام القانون ومعايير ومبادئ العدالة في مجال المسئولية التأديبية، وكان يمكن للمشرع عند وضعه أحكام هذه اللائحة أن يتقيد بأحكام قانون الخدمة المدنية وعدم إضافة أحكام تخالف القانون، وأن يضع عقوبة تأديبية أخرى على عدم امتثال الموظف المخالف أمام لجنة التحقيق تكون أقل خطورة من العقوبة التي قررتها المادة (90) من اللائحة التنفيذية للقانون، مثل أن يعتبر أن الموظف مقراً ومعترفاً بالمخالفة المنسوبة إليه بمجرد عدم امتثاله للحضور أمام لجنة التحقيق، وبالتالي يمكنها توقيع العقوبة التأديبية عليه، إضافة لتوقيع عقوبة تأديبية لعدم امتثاله للحضور أمام لجنة التحقيق.

---

(1) المادة (89) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(2) د. محمد عبد الله أبو مطر، مرجع سابق، ص 22.

ويجب على لجنة التحقيق وخلال خمسة عشر يوماً من تاريخ الانتهاء من التحقيق أن تقدم تقريراً موقعاً من رئيس وأعضاء اللجنة إلى الجهة المختصة بتشكيل اللجنة مرفقاً به محضر التحقيق والوقائع التي توصلت إليها اللجنة والتوصيات التي تراها مناسبة، والتي تعتبر سرية للغاية ولا يجوز نشر أي جزء منها أو إفشاء محتوياتها لأي شخص ليس له الحق في ذلك، وتصدر الجهة التي قامت بتشكيل اللجنة القرار المناسب على ضوء توصيات لجنة التحقيق[1].

وقد أوجبت المادة (92) من اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية على الدائرة الحكومية التي يتبعها الموظف المحال للتحقيق إرسال كافة التحقيقات والمبرزات والتوصيات والقرار الصادر بناءً عليها، وكل ما يتعلق بعمل اللجنة إلى ديوان الموظفين العام لاعتمادها والتأكد من استيفائها للشروط المحددة في اللائحة وذلك خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ اعتماد توصياتها، ويجوز للديوان إعادة ملف التحقيق للدائرة الحكومية في حال تبين وجود أي خلل في أي إجراء من إجراءات التحقيق الواجب اتباعها خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ إعلامه بها ليتم تصويبها وإعادتها مرة أخرى للديوان لاعتمادها حسب الأصول.

الفرع الثاني: ضمانات تأديب الطبيب:

حرص المشرع الفلسطيني على توفير بعض الضمانات للموظف الخاضع للتحقيق الإداري وهي حقه في الدفاع عن نفسه وسماع أقواله، وحقه في الاستعانة بمحامٍ، وحق الاطلاع على التحقيقات في حال عدم حضوره، وتنظيم محاضر التحقيق، وتسبيب قرارات توقيع العقوبة، والتي سنبينها على النحو التالي:

أولاً: حق الدفاع: يعتبر هذا الحق مبدأ أساسياً وجوهرياً من المبادئ التي تحكم إجراءات التأديب، وضمانة أساسية لتحقيق العدالة التأديبية، وتمكين الموظف المخالف من الدفاع عن نفسه ونفي صحة المخالفات الموجهة له[2]، فمن حق الموظف الطبيب أن يمكن من الدفاع عن نفسه بكافة الوسائل والطرق المشروعة سواء استخدم هذا الحق بنفسه أم أناب أو وَكَّل عنه محامياً، ويترتب على الإخلال بهذا الحق بطلان القرار التأديبي الصادر عن السلطة المختصة بتوقيع العقوبة[3].

وقد كفل المشرع الفلسطيني هذا الحق للموظف الطبيب مرتكب المخالفة وأجاز له حق تقديم دفاعه إما بنفسه، أو عن طريق محامي ينيبه عنه في تقديم دفاعه وبيناته[4].

---

(1) المادة (91) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(2) د. محمد نصر محمد، المسؤولية التأديبية للموظف العام بين الشريعة والقانون، مكتبة القانون والاقتصاد، الرياض، الطبعة الأولى، سنة 2013م، ص 128.

(3) د. ماجد راغب الحلو، دعاوى القضاء الإداري، مرجع سابق، ص 285.

(4) الفقرة الثانية من المادة (89) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

ثانياً: حق المواجهة بالمخالفة التأديبية: يعتبر حق الموظف المحال للتحقيق في مواجهته بالمخالفة التأديبية المنسوبة إليه من أهم الحقوق والضمانات لمشروعية إجراءات التحقيق، فيجب أن يعلم ويواجه الطبيب بالمخالفة المنسوبة إليه، والأدلة والبينات التي تشير إلى ارتكابه المخالفة وثبوتها بحقه، وذلك حتى يتمكن من تحديد أوجه دفاعه ودفوعه.

وقد بين المشرع أنه يجب إحالة الموظف للتحقيق معه من قبل لجنة تحقيق، وأن يتضمن قرار الإحالة بياناً بالمخالفات المنسوبة إليه، ووجوب سماع أقواله وأوجه دفاعه[1].

ثالثاً: حق الاطلاع على ملف التحقيق: من حق الموظف المحال للتحقيق معه الاطلاع على أوراق التحقيق أو الحصول على صورة عنها، وذلك ليتمكن من معرفة ما ينطوي عليه الملف من بينات وأدلة بحقه، وحتى يتمكن من تحديد مركزه القانوني مما هو منسوب إليه من مخالفات والرد عليها وتحضير أوجه دفاعه[2]، فحق الاطلاع على الملف التحقيقي يعتبر من أول الإجراءات التي يتعين على لجنة التحقيق مراعاتها، لأن من حق الموظف الاطلاع على كافة الأوراق والمستندات المتعلقة بالملف التحقيقي، ولا يجوز للجنة أن تمنع أو تحجب عن الموظف أي أوراق بحوزتها لها علاقة بالمخالفة المنسوبة إليه، فاطلاع الموظف على الملف التحقيقي يمكنه من درء التهمة عنه وتحديد أوجه دفاعه ودفوعه[3].

وقد بينت الفقرة الثانية من المادة (89) من اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية أنه للموظف أن يحضر جميع جلسات التحقيق إلا إذا اقتضت مصلحة التحقيق إجراءه في غيبته، ومع ذلك يحق له الاطلاع على ما تم من تحقيقات، وعلى كافة الأوراق المتعلقة بها، فهذا النص يعطي الحق للموظف المنسوب له المخالفة التأديبية حضور جميع جلسات التحقيق، وأجازت للجنة التحقيق إجراء التحقيق في غيبته في حال اقتضت مصلحة التحقيق ذلك، وفي هذه الحالة يحق له الاطلاع على محاضر التحقيقات والأوراق والمستندات المتعلقة بها.

رابعاً: كتابة التحقيق: أوجبت الفقرة الرابعة من المادة (89) من اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية على لجنة التحقيق أن تقوم بتدوين محاضر التحقيق كتابة، وأن تدون فيها أسماء أعضاء اللجنة، واسم الموظف المحقق، وأن يقوموا بالتوقيع على جميع أوراق المحضر بأنفسهم.

والأصل العام ضرورة ووجوب إجراء التحقيق مع الموظف كتابة حتى يتم تدوين كل ما يتعلق بالمخالفة المنسوبة له، والأدلة والبينات التي تثبت وقوعها، وأوجه دفاعه ودفوعه، لما له من ضمانة

---

(1) الفقرتين (1، 2) من المادة (88) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م.

(2) د. محمد نصر محمد، المسؤولية، مرجع سابق، ص 126.

(3) د. محمد بن جمال بن مطلق الذنيبات، ضمانات تأديب الموظف العام في المملكة العربية السعودية، مجلة القضائية، العدد الثاني، رجب سنة 1432هـ، ص 239.

هامة في جدية وسلامة ودقة التحقيقات، ولتتمكن جهات الرقابة القضائية من الرقابة على هذه التحقيقات والقرارات الصادرة عنها[1].

خامساً: تقديم تقرير مفصل عن التحقيق: يجب على لجنة التحقيق وخلال خمسة عشر يوماً من انتهاء التحقيق أن تقدم تقريراً إلى الجهة التي قامت بتشكيل اللجنة يتضمن الوقائع التي توصلت إليها اللجنة، والتوصيات التي تراها مناسبة، ويرفق به محضر التحقيق الذي نظمته اللجنة.

وعلى الرغم مما نص المشرع عليه من ضمانات للموظف المحال للتحقيق معه على المخالفات التأديبية إلا أن هذا القانون أغفل النص على ضمانات أخرى تتعلق يحق الموظف المحال للتأديب في الاعتراض على أعضاء اللجنة وطلب رد أيٍ منهم إذا ما توافرت أسباب جدية يخشى معها عدم نزاهة التحقيقات وحياد لجنة التحقيق، ولضمان إجراء التحقيق بصورة نزيهة لا يشوبها أي اعتبارات تؤثر على مجرى سير العدالة التأديبية، وأغفل أيضاً النص على حق الموظف بطلب شهود دفاع لسماع أقوالهم حول المخالفة المنسوبة إليه، كما أغفل القانون ضرورة تشكيل لجان مهنية متخصصة للتحقيق في المخالفات التأديبية المنسوبة لموظفي المهن الطبية مثل الأطباء والصيادلة والممرضين وفني المختبرات والأشعة، نظراً لما تحتاجه له هذه اللجان من خبرة مهنية في مجال مهنة الموظف المحال للتحقيق، **لذا ندعو المشرع الفلسطيني** لضرورة سن وإصدار قانون يتعلق بإجراءات المسئولية التأديبية للمهن الطبية.

الفرع الثالث: تقادم المخالفة التأديبية والإعفاء عن عقوبتها:

أولاً: تقادم المخالفة التأديبية:

أخذ قانون الخدمة المدنية بمبدأ تقادم المخالفات التأديبية شأنها شأن سائر القوانين الأخرى، ويرجع الهدف من ذلك وجوب المحافظة على أمن واستقرار المعاملات والمراكز القانونية، وضمان حسن سير المرافق العامة للدولة، حيث نصت المادة (73) من قانون الخدمة الفلسطيني على أنه:" لا يجوز إحالة الموظف إلى التحقيق وفقاً لأحكام هذا القانون بسبب مخالفة تأديبية مضى على اكتشافها أكثر من ستة أشهر".

يتضح مما تقدم أن المشرع الفلسطيني أوجب تقادم المخالفة التأديبية في حال مضى على اكتشاف ارتكاب السلوك المادي للمخالفة التأديبية مدة تزيد عن ستة أشهر.

ثانياً: الإعفاء عن العقوبة التأديبية:

أخضع المشرع الفلسطيني كل موظف ارتكب مخالفة تأديبية للمساءلة التأديبية حتى لو كان ارتكابه للمخالفة تنفيذاً لأمر صادر إليه من رئيسه في العمل، إلا أنه وضع استثناءً على ذلك وهو حال ارتكاب الموظف للمخالفة موضوع المساءلة في حال ثبت أن ارتكاب المخالفة كان تنفيذاً لأمر

(1) د. شريف يوسف خاطر، الوظيفة العامة، مرجع سابق، ص 144.

خطي صادر للموظف من رئيسه في العمل ورغم قيام الموظف بتنبيهه للمخالفة خطياً، ففي هذه الحالة لا يجوز توقيع عقوبة على هذا الموظف، وذلك إعمالاً لنص المادة (74) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني والتي نصت على أنه:" لا يعفى الموظف من العقوبة التأديبية استناداً إلى أمر صادر إليه من رئيسه إلا إذا ثبت أن ارتكابه المخالفة كان تنفيذاً لأمر خطي بذلك صادراً إليه من رئيسه المذكور بالرغم من تنبيهه للمخالفة خطياً.

المبحث الثالث

العقوبات التأديبية

سنتناول العقوبات التأديبية التي قررها المشرع الفلسطيني للموظف مرتكب المخالفة التأديبية والضمانات المتعلقة بإجراءات التحقيق التأديبي، وتوقيع العقوبة التأديبية، والأثر المترتب على تنفيذ العقوبة، لذا سنقسم هذا المبحث لثلاثة مطالب، نتناول في الأول العقوبات التأديبية التي يجوز توقيعها على الطبيب المخالف، وفي الثاني ضمانات توقيع العقوبة، وفي الثالث محو العقوبة التأديبية، وذلك على النحو التالي:

المطلب الأول

العقوبات التأديبية التي يجوز توقيعها على الطبيب

سنقسم هذا المطلب لفرعين نتناول العقوبات التأديبية الواردة في قانون الخدمة المدنية، والعقوبات الواردة في القوانين المتعلقة بالمهن الطبية، وذلك على النحو التالي:

الفرع الأول: العقوبات التأديبية في قانون الخدمة المدنية:

لا تخضع الجرائم التأديبية لمبدأ أساسي في حصر الجرائم التأديبية، والمتمثل في أنه لا جريمة ولا عقوبة إلا بنص، وإنما تخضع لمبدأ أساس أنه لا عقوبة إلا بنص، فالمخالفات التأديبية غير محددة على سبيل الحصر، وأما العقوبات التأديبية فقد نص عليها بالقانون وحددها على سبيل الحصر، فلا يجوز توقيع أي عقوبة على الموظف الطبيب لم ترد في قانون الخدمة القانونية الفلسطيني، وإلا اعتبرت العقوبة باطلة، وإعمالاً لهذا المبدأ فقد نصت المادة (68) من قانون الخدمة المدنية على أنه:" يوقع على الموظف الذي ثبت ارتكابه مخالفة تأديبية إحدى العقوبات التأديبية التالية:

1- التنبيه أو لفت النظر.

2- الإنذار.

3- الخصم من الراتب بما لا يزيد عن خمسة عشر يوماً.

4- الحرمان من العلاوة الدوية أو تأجيلها مدة لا تزيد عن ستة أشهر.

5- الحرمان من الترقية حسب القانون.

6- الوقف عن العمل مدة لا تتجاوز ستة أشهر مع صرف نصف الراتب.

7- تخفيض الدرجة.

8- الإنذار بالفصل.

9- الإحالة للمعاش.

10- الفصل من الخدمة".

وأفرد المشرع عقوبات تأديبية يتم توقيعها على موظفي الفئة العليا فقط، حيث نصت المادة (70) على أنه:" لا توقع على موظفي الفئة العليا إلا إحدى العقوبات التالية:

1- اللوم.

2- الإحالة للمعاش.

3- الفصل من الخدمة".

ويتضح مما سبق أن المشرع الفلسطيني نص في المادة (68) على عقوبات يتم توقيعها الموظف في حال ارتكابه مخالفة تأديبية، وجاء المشرع في المادة (70) ليفرد ثلاث عقوبات هي اللوم والإحالة إلى المعاش والفصل من الخدمة، يتم توقيعها على موظفي الفئة العليا فقط في حال ارتكاب المخالفة التأديبية، الأمر الذي يتضح معه أن موظفي الفئة العليا يخضعوا لهذه العقوبات، أما باقي موظفي الفئات الأخرى فيخضعوا للعقوبات الواردة في المادة (68) سالفة الذكر، وهذا الأمر يشكل تمييزاً بين فئات الموظفين العاملين في الوظيفة العامة فيما يتعلق بتوقيع العقوبة التأديبية على مرتكب المخالفة[1]، وإخلالاً بمعايير العدالة التأديبية، وإخلالاً بمبدأ أساسي في القانون الأساسي وهو مبدأ المساواة، حيث نص المادة (9) من القانون الأساسي على أنه:" الفلسطينيون أمام القانون والقضاء سواء لا تمييز بينهم بسبب العرق أو الجنس أو الدين أو الرأي السياسي أو الإعاقة، لذا **ندعو المشرع الفلسطيني** لتعديل نص المادة (70) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني وذلك بالنص على نفس العقوبات الواردة في (68) بالنسبة لموظفي الفئة العليا.

الفرع الثاني: العقوبات التأديبية في قانون أطباء الصحة [2]

أجازت المادة (9) من قانون أطباء الصحة رقم (58) لسنة 1947م للمندوب السامي بناءً على شكوى من المدير ويقصد به (مدير المصالح الصحية أو نائبه أو أي موظف من موظفي الدائرة الصحية) أو أي شخص لحق به ضرر من شخص صرح له بممارسة مهنة الطب سواء كان ذلك بسبب سلوكه سلوكاً شائناً بمهنة الطب، أو حصل على إجازة مزاولة مهنة الطب بناءً على بيانات

(1) د. محمد نصر محمد، المسؤولية، مرجع سابق، ص 199 وما بعدها.

(2) تناول قانون الأطباء رقم (14) لسنة 1954م وتعديلاته والمطبق في المحافظات الشمالية نصوصاً قانونية تتعلق بتأديب الأطباء الأعضاء في نقابة الأطباء بسبب إخلالهم بواجباتهم المسلكية أو مخالفتهم أحكام هذا القانون أو النظام الداخلي الصادر بموجبه، أو ارتكابهم فعلاً يحط من كرامة المهنة أو إهمالهم عملاً يكون في إهماله إساءة إلى واجبات المهنة أو تصرفوا في حياتهم الخاصة تصرفاً اقترن بفضيحة، وحدد العقوبات المسلكية التي يحق لمجلس التأديب الحكم فيها على الطبيب مرتكب المخالفة أما بالتنبيه بدون تسجيل أو مع تسجيل، أو التأنيب أمام المجلس، أو غرامة نقدية من دينارين إلى خمسين دينار، أو المنع من مزاولة المهنة مؤقتاً لمدة لا تزيد عن سنة، أو شطب اسم الطبيب من السجل نهائياً ومنعه من المزاولة.

كاذبة، أو ثبت أنه غير كفؤ للقيام بواجبات مهنته، أو أنه كثير الإهمال أثناء قيامه بتلك الواجبات، أو خالف مراعاة هذا القانون، أو أدين بارتكاب جرم جزائي ولم يكن ذلك الجرم مما ينطبق عليه هذا القانون أن يلغي بأمر منه وبتوقيعه الإجازة أو التصريح الذي يحمله ذلك الشخص أو يأمر بإيقافه عن العمل للمدة الذي يحددها، وذلك بعد تمكينه من تقديم دفاعه أمام لجنة تتألف من المدير ومن أي أشخاص يحددهم المندوب السامي، ويكون أحدهم ممثلاً للنائب العام.

وأيضاً حظر قانون الصحة العام رقم (20) لسنة 2004م مزاولة المهن الطبية أو المهن الطبية إلا بعد الحصول على ترخيص من الجهة المختصة وهي وزارة الصحة، والتي أجاز لها أن تقرر إيقاف العمل بهذا الترخيص إيقافاً مؤقتاً أو إلغائه نهائياً، ويجب أن يكون قراراها مسبباً، ويجوز الطعن فيه أمام المحكمة خلال ستين يوماً من تاريخ تسليمه لصاحب الشأن.

المطلب الثاني

ضمانات توقيع العقوبة

لا بد من توافر ضمانات عند توقيع العقوبات التأديبية على الموظف المخالف سواء تم إيقاع هذه العقوبة من قبل الرئيس المباشر أو بعد إجراء التحقيق من قبل اللجنة المشكلة من الجهة المختصة للتحقيق مع الموظف مرتكب المخالفة، وتنقسم هذه الضمانات إلى ضمانات تتعلق بتوقيع العقوبة ذاتها، وضمانات لاحقة للعقوبة المقضي بها.

الفرع الأول: الضمانات المتعلقة بتوقيع العقوبة:

سنبين في هذا الفرع الضمانات التي تتعلق بالعقوبة من حيث الضمانات التي تتصل بالعقوبة من حيث مبدأ مشروعية العقوبة، ومبدأ تناسب العقوبة، ووجوب تسبيب القرار الصادر بالعقوبة، وتبليغه للموظف الصادر بحقه القرار، والتي سنبينها على النحو التالي:

أولاً: ضمانات تتصل بذات العقوبة:

1- شرعية العقوبة التأديبية:

يقصد بمبدأ شرعية العقوبة التأديبية أنه لا يجوز توقيع أي عقوبة على الموظف الطبيب لم ترد في قانون الخدمة القانونية الفلسطيني، وإلا اعتبرت العقوبة باطلة [1]، فالعقوبات التأديبية تخضع لمبدأ أساسي بأنه لا عقوبة إلا بنص، الأمر الذي يبين معه بأن هذا المبدأ يشكل ضمانة للأفراد من تعسف جهة الإدارة في حال استخدامها لسلطتها التأديبية، ويضمن سير المرافق العامة بانتظام واطراد[2]، وقد نص قانون الخدمة الفلسطينية على العقوبات التي يتم إيقاعها على الموظفين الأطباء في حال ارتكابهم أي مخالفة تأديبية.

---

(1) د. محمد بن جمال بن مطلق الذنيبات، مرجع سابق، ص 248.

(2) د. محمد أبو ضيف باشا خليل، النظام التأديبي، مرجع سابق، ص 57.

2-مبدأ تناسب العقوبة[1]

يعتبر التناسب أحد المبادئ القانونية للعقوبة التأديبية، ومعنى ذلك الملاءمة بين خطورة المخالفة التأديبية المرتكبة من قبل الطبيب المخالف وما يناسبها من عقوبة، فيجب أن تكون العقوبة التي تم توقيعها على الموظف المخالف تتناسب وطبيعة المخالفة التأديبية المرتكبة دونما تهاون أو مغالاة في العقوبة[2]، ولم يتضمن قانون الخدمة المدنية أي نص يتعلق بوجوب اختيار وتوقيع العقوبة التي تتناسب والمخالفة التأديبية، الأمر الذي نرى معه ضرورة إضافة نص للقانون الخدمة المدنية الفلسطيني يتعلق بهذا الأمر وهو:" يراعى في توقيع العقوبة التأديبية أن يكون اختيار العقوبة متناسباً مع درجة المخالفة التأديبية".

1-مبدأ عدم تعدد العقوبات التأديبية عن المخالفة الواحدة:

لا يجوز للجهة المختصة بتأديب الموظف الطبيب أن توقع عليه أكثر من عقوبة تأديبية على نفس المخالفة، وذلك تحقيقاً لاعتبارات العدالة والتي تقتضي بعدم جواز معاقبة الموظف المخالف عن ذات المخالفة مرتين[3]، وإعمالاً لهذا المبدأ نص المشرع الفلسطيني على أنه لا يجوز توقيع أكثر من عقوبة على المخالفة الواحدة[4]، ويعتبر التناسب أحد المبادئ القانونية للعقوبة التأديبية، ومعنى ذلك الملاءمة بين خطورة المخالفة التأديبية المرتكبة من قبل الطبيب المخالف وما يناسبها من عقوبة، فيجب أن تكون العقوبة التي تم توقيعها تتناسب والمخالفة التأديبية المسندة إليه.

ثانياً: ضمانات تتصل بالقرار الصادر بالعقوبة:

1-تسبيب القرار التأديبي:

تسبيب القرار الصادر بتوقيع العقوبة هو ذكر الأسباب الحقيقية الكامنة وراء توقيع العقوبة، والتي دفعت السلطة التأديبية إلى توقيع هذه العقوبة [5]، وقد أكد المشرع الفلسطيني على وجوب أن يصدر قرار توقيع العقوبة مشتملاً على أسباب توقيع العقوبة [6].

---

(1) راجع بالتفصيل مبدأ تناسب العقوبة المستشار علي بن موسى بن علي فقيهي، التناسب بين المخالفة التأديبية للموظف العام والعقوبة التأديبية، مكتبة القانون والاقتصاد، الرياض، الطبعة الأولى، سنة 2013م، ص 166 ما بعدها.

(2) د. محمد نصر محمد، مرجع سابق، ص 194، د. محمد أبو ضيف باشا خليل، النظام التأديبي، مرجع سابق، ص 117.

(3) د. شريف يوسف خاطر، الوظيفة العامة، مرجع سابق، ص 160.

(4) الفقرة (3) من المادة (69) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

(5) د. محمد بن جمال بن مطلق الذنيبات، مرجع سابق، ص 253، د. محمد أبو ضيف باشا خليل، النظام التأديبي، مرجع سابق، ص 146.

(6) الفقرة (2) من المادة (69) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته، الفقرة (1) من المادة (91) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

1-تبليغ الموظف بالقرار النهائي:

يجب على الجهة المختصة بتشكيل لجنة التحقيق تبليغ الموظف الصادر بحقه القرار التأديبي كتابة، ومتضمناً الأسباب التي أوجبت توقيع العقوبة بحقه، ولتبليغ القرار التأديبي أهمية كبيرة في بدء مدة التظلم من هذا القرار سواء أمام الجهة الإدارية مصدرة القرار أو أمام الجهة القضائية المختصة للطعن بعدم مشروعيته لأي سبب من أوجه الطعن في القرار الإداري [1].

الفرع الثاني: الضمانات اللاحقة لتوقيع العقوبة:

سنبين في هذا الفرع الضمانات اللاحقة لصدور قرار توقيع العقوبة على الطبيب المخالف، وهي حقه في التظلم للجهة الإدارية مصدرة القرار التأديبي، وحقه في الطعن بإلغاء القرار التأديبي لمخالفته مبدأ المشروعية، والتي سنبينها على النحو التالي:

أولاً: حق التظلم الإداري:

يقصد بالتظلم الإداري [2]: هو أن يقدم صاحب الشأن الذي صدر القرار التأديبي في مواجهته التماساً إلى الجهة الإدارية لإعادة النظر في قرارها العقوبة، والذي أحدث أضراراً بمركزه القانوني[3]، لكي تقوم بتعديله أو إلغائه[4].

وعرفه جانب آخر بأنه:" اعتراض كتابي يقدمه من صدر بشأنه القرار الإداري أو التأديبي إلى السلطة المختصة يبدي فيه المعترض عدم رضاه عما تضمنه القرار الصادر بشأنه؛ لأنه مخالف للحقيقة ويتسم بعدم المشروعية، ويطلب فيه إعادة النظر بتعديل القرار أو سحبه أو إلغائه، وهو طريق يسلكه المعترض قبل لجوئه للقضاء ويمثل قطع لسريان ميعاد دعوى الإلغاء وحالة من حالات إطالة مدتها"[5].

---

(1) الفقرة (1) من المادة (92) من اللائحة التنفيذية رقم (45) لسنة 2005م لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م.

(2) د. راجع بالتفصيل د. شريف أحمد بعلوشة، إجراءات التقاضي أمام القضاء الإداري الفلسطيني، رسالة دكتوراه، جامعة الإسكندرية، سنة 2015م.

(3) Jean Claude Ricci, Contentieux administratif, 8e éd, Hachette, 2001, p. 211.

(4) د. الدين الجيلالي محمد بوزيد، ميعاد دعوى إلغاء القرار الإداري أمام ديوان المظالم في المملكة العربية السعودية، مجلة جامعة الملك عبد العزيز (الاقتصاد والإدارة)، المجلد (16)، العدد الأول، سنة 2002م، د. نجم الأحمد، التظلم الإداري، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، مجلة علمية محكمة دورية، المجلد (29) العدد الثالث، سنة 2013، ص 14.

وبذات المعنى عرفه الفقه الفرنسي:

Jean François Lachaume, La function publique, 3e éd, Dalloz, 2002, p.99.

Georges Dupuis, Marie José Guédon et Patrice Chrétien, Droit administratif, 5e éd, Armand colin, 1995, p. 43.

(5) د. محمد إبراهيم خيري الوكيل، التظلم الإداري ومسلك الإدارة الإيجابي في ضوء آراء الفقه وأحكام القضاء، دار الفكري الجامعي بالإسكندرية، الطبعة الأولى، سنة 2008م، ص 15، 16،

والهدف من التظلم هو إتاحة الفرصة للأفراد ليتظلموا إلى الجهة الإدارية قبل التوجه للقضاء الإداري لحماية حقوقهم ومصالحهم، ومنح الإدارة فرصة لإعادة النظر فيما أصدرته من قرارات بحيث يكون في إمكانها أن تعدل أو تلغي القرار إذا اقتنعت بصحة التظلم المقدم إليها، وتخفيف العبء عن المحاكم وإتاحة الفرصة لتسوية النزاع الإداري بطريقة ودية[1]، فهو من الوسائل الفعالة التي تضمن سلامة وصحة القرارات الإدارية، وذلك في حال قيام الجهة الإدارية مصدرة القرار، أو الجهة الرئاسية بمراجعة القرار محل التظلم وتنقيته من كافة شوائب مخالفة القانون أو الخطأ في تطبيقه، ويؤدي إلى تكريس مفهوم الشفافية واحترام سيادة القانون لدى الجهات الإدارية.

وقد أجاز المشرع الفلسطيني للموظفين التظلم من القرارات الإدارية الصادرة بحقهم ومن ضمنها القرارات التأديبية، حيث نصت الفقرة الأولى من المادة (105) من قانون الخدمة المدنية رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته على أنه:" للموظف أن يتظلم لرئيس الدائرة الحكومية من أي قرار إداري وذلك خلال عشرين يوماً من تاريخ علمه به".

ويشترط المشرع أن يقدم التظلم الإداري من ذوي الشأن، والذي تتوافر له المصلحة في إلغاء القرار الإداري (القرار التأديبي) أو من نائبه القانوني في حالة ما إذا كان صاحب الشأن ناقص الأهلية أو عديمها إلى رئيس الدائرة الحكومية التي يتبعها الطبيب[2].

ويتم البت في التظلم الإداري المقدم من الطبيب المخالف خلال ستين يوماً من تاريخ تقديمه، وفي حال انقضت هذه المدة دون الرد عليه خطياً من قبل الجهة الإدارية اعتبر تظلمه مرفوضاً، ويحق له اللجوء إلى القضاء خلال ستين يوماً من تاريخ إبلاغه رفض تظلمه أو انقضاء مدة الستين يوماً دون رد[3].

ويترتب على تقديم التظلم الإداري من الطبيب إلى رئيس الدائرة الحكومية في الميعاد القانوني قطع ميعاد رفع الدعوى الذي قرره له المشرع بحيث تسقط المدة السابقة على تقديم التظلم، فإذا ردت الإدارة على التظلم برفضه، فإن الميعاد يبدأ في السريان من اليوم التالي لوصول الرد، إما إذا لم يصل رد الإدارة سواء بالرفض أو القبول خلال الستين يوماً فيعتبر ذلك قراراً ضمنياً من جانبها بالرفض، يحق لذوي الشأن أن يطعن فيه بالإلغاء في ميعاد جديد يبدأ من تاريخ انتهاء الستين يوماً.

---

(1) د. محمد إبراهيم خيري الوكيل، مرجع سابق، ص 23، أ. محمد خليفة الخييلي، التظلم الإداري، دراسة مقارنة بين قوانين المملكة الأردنية الهاشمية والإمارات العربية المتحدة، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، الأردن، سنة 2009م، ص 30.

(2) نصت الفقرة (2) من المادة (160) من اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني على أنه:" لا يجوز للموظف أن يتظلم من القرار الإداري إلا إذا كان للقرار الإداري ارتباط بشخصه وبوظيفته وخلال عشرين يوماً من تاريخ علمه به".

(3) المادة (105) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م وتعديلاته.

ومن الجدير بيانه أن الفقرة السابعة من المادة (160) من اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية أجازت للموظف في حال رفض تظلمه الذي تقدم به لرئيس الدائر الحكومية، أو انقضاء مدة الستين يوماً دون رد عليه الحق في تقديم تظلم آخر إلى ديوان الموظفين العام، والذي يقوم بتشكيل لجنة مشكلة من ديوان الموظفين العام ومندوب عن الدائرة الحكومية التي يعمل بها الموظف، والتي تتولى نظر التظلم وتقديم توصياتها لرئيس الديوان الذي يصدر قراره بشأن التظلم خلال شهر من تقديمه، وذلك بالتنسيق مع رئيس الدائرة الحكومية التي يتبعها الموظف، وفي حال انقضاء المدة دون الرد عليه يعتبر تظلمه مرفوضاً.

وفي حقيقة الأمر أنه بالرجوع لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني نجد أنه جاء خالياً من أي نص يجيز للموظف التظلم لديوان الموظفين بعد الرد عليه في التظلم المقدم لرئيس الدائرة الحكومية، أو انقضاء مدة الستين يوماً دون الرد عليه، الأمر الذي نرى معه أن أحكام هذه المادة جاءت مخالفة للقانون ولمبدأ المشروعية والتي يوجب تقيد نصوص اللائحة التنفيذية بالقانون، ووضع الأحكام اللازمة لتنفيذ القانون دون إضافة أحكام وقواعد جديدة لم ينظمها القانون، إضافة إلى أن إعمال هذا النص قد يؤدي فوات ميعاد الطعن بالإلغاء المدد بالمادة (105) من قانون الخدمة المدنية وبالتالي يترتب عليه رد الطعن شكلاً، لذا ندعو مجلس الوزراء لتعديل هذا النص وذلك بحذف الفقرات الخاصة بأحكام التظلم لرئيس ديوان الموظفين لمخالفتها معايير العدالة القضائية والتأديبية.

وفي تقديرنا نرى أن المشرّع الفلسطيني قد وفق عندما أتاح حرية الاختيار لصاحب الشأن في الطريقة التي يرغب اللجوء إليها للطعن في القرار المشكو منه، فيجوز له إما التظلم أمام الجهة الإدارية، أو اللجوء مباشرة للطعن فيه أمام محكمة العدل العليا.

ثانياً: حق الطعن القضائي:

يعتبر الطعن القضائي بالقرارات الإدارية، وبالذات قرارات التأديب من أهم الوسائل الرقابية الفاعلة للرقابة على أعمال الجهات الإدارية، لأنها تعتبر أهم وأقوى صور الرقابة على الإطلاق؛ فالقضاء هو أكثر الأجهزة القادرة على حماية وترسيخ مبدأ المشروعية، والدفاع عن الحقوق والحريات العامة وحمايتها، خاصةً إذا ما كان مرفق القضاء مستقلاً وتوافرت له الضمانات الكافية، فهذا النوع من الرقابة يضع الجهة الإدارية في وضع متساوٍ مع الطرف المتضرر من جراء إصدار القرار الإداري محل الطعن، وتشكل رادعاً من تغول وتسلط الجهات الإدارية عند إصدارها للقرار الإداري؛ لأنها تعلم بأن قراراتها تخضع لرقابة القضاء الإداري.

وقد أكد القانون الأساسي الفلسطيني على حق التقاضي وأن لكل فلسطيني حق الالتجاء إلى قاضيه الطبيعي، وحظر النص في القوانين على تحصين أي قرار أو عمل إداري من رقابة القضاء[1].

وأكد قانون الخدمة المدنية على حق الموظف اللجوء للقضاء (محكمة العدل العليا) بصفتها قضاء إداري مؤقت، للطعن في القرارات الإدارية الصادرة بحقه سواء خلال ستين يوماً من تاريخ مباشرة تبليغه بالقرار الصادر بحقه، أو خلال ستين يوماً من تاريخ إبلاغه رفض تظلمه، أو انقضاء مدة ستين يوماً دون الرد عليه، في حال أصاب القرار الإداري أي عيب من العيوب التي تؤدي إلى عدم مشروعيته[2].

ونخلص مما تقدم أن المشرع والقضاء الفلسطيني لم يعرفا الدعوى التأديبية القضائية التي تختص بنظرها محكمة إدارية تأديبية، ويقتصر دور قضاء محكمة العدل العليا على الرقابة على القرارات التأديبية الصادرة بحق الموظفين من الجهات الإدارية العليا، والتي تقبل الطعن فيها إذا ما توافر سبب من أسباب الطعن وهي: وجود عيب في الاختصاص، أو وجود عيب في الشكل، أو مخالفة القوانين أو اللوائح أو الخطأ في تطبيقها أو تأويلها، أو التعسف أو الانحراف في استعمال السلطة على الوجه المبين في القانون[3].

المطلب الثالث

محو العقوبات التأديبية

يقصد بمحو العقوبة التأديبية إزالة آثار العقوبة التأديبية للمستقبل بعد مضي مدة معينة على توقيعها، وهو يختلف عن انقضاء المخالفة التأديبية لانقضاء مدة معينة على اكتشافها[4].

نظم المشرع الفلسطيني محو العقوبة التأديبية بعد تنفيذها، والمدد اللازمة لذلك، حيث نصت المادة (75) من قانون الخدمة المدنية على أنه:" 1. تمحى العقوبات التأديبية التي توقع على الموظف بانقضاء المدد الآتية:

أ. ستة أشهر في حالة التنبيه أو اللوم أو الإنذار أو الخصم من الراتب مدة لا تتجاوز خمسة أيام.

ب. سنة في حالة الخصم من الأجر تزيد على خمسة أيام أو تأجيل العلاوة أو الحرمان منها.

---

(1) نصت الفقرة (2) من المادة (30) من القانون الأساسي على أنه على أنه:" 1. التقاضي حق مصون ومكفول للناس كافة، ولكل فلسطيني حق الالتجاء إلى قاضيه الطبيعي، وينظم القانون إجراءات التقاضي بما يضمن سرعة الفصل في القضايا. 2- يحظر النص في القوانين على تحصين أي قرار أو عمل إداري من رقابة القضاء".

(2) د. راجع بالتفصيل أوجه الطعن بالإلغاء د. شريف أحمد بعلوشة، القضاء الإداري السعودي، مركز الدراسات العربية للنشر والمعرفة، القاهرة، الطبعة الأولى، سنة 2016م، ص 233 وما بعدها، ودعوى إلغاء القرار الإداري، دراسة تحليلية مقارنة، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة، سنة 2010م، ص 109 وما بعدها.

(3) نص المادة (34) من قانون تشكيل المحاكم النظامية الفلسطيني رقم (5) لسنة 2001م وتعديلاته.

(4) د. شريف يوسف خاطر، الوظيفة العامة، مرجع سابق، ص 170.

ت. سنتان بالنسبة إلى العقوبات الأخرى فيما عدا عقوبتي الفصل والإحالة إلى المعاش بحكم أو قرار تأديبي.

2. بالنسبة لغير شاغلي الوظائف العليا يتم المحو في الحالات المذكورة في الفقرة (1) بقرار من اللجنة المختصة وفقاً لأحكام اللائحة التنفيذية لهذا القانون إذا تبين لها أن سلوك الموظف وعمله منذ توقيع العقوبة مرضياً، وذلك من واقع تقارير كفاية أدائه السنوية وملف خدمته وما يبديه رؤساؤه عنه.

وبينت المادة (76) من ذات القانون الأثر المترتب على محو العقوبة التأديبية، حيث نصت على أنه:" يترتب على محو العقوبة التأديبية اعتبارها كأن لم تكم بالنسبة للمستقبل، ولا يؤثر ذلك على الحقوق والتعويضات التي ترتبت نتيجة لها، وترفع أوراق العقوبة وكل إشارة لها وما يتعلق بها من ملف خدمة الموظف.

وقد أوجب المشرع على وحدة شئون الموظفين بالدائرة الحكومية التي يتبعها الموظف، ودون حاجة منه اتخاذ إجراءات محو العقوبات التأديبية الصادرة بحقه إذا ما توافرت شروط محوها طبقاً لأحكام القانون[1].

ويصدر قرار تشكيل لجنة محو العقوبات لغير شاغلي الوظائف العليا من قبل رئيس الدائرة الحكومية أو من يفوضه بذلك خطياً، ويتضمن هذا القرار مهام وإجراءات عمل اللجنة، ومكان وزمان انعقادها، وتشكل هذه اللجنة من ثلاثة أعضاء من الدائر الحكومية المعنية بالأمر، على أن لا تقل درجات الاعضاء الوظيفية عن درجة الموظف الذي محل محو العقوبة التأديبية، باستثناء العضو الذي يحمل مسمى قانوني، وتقوم اللجنة بالاطلاع على ملف الموظف بالدائرة الحكومية، وعلى تقارير كفاية أدائه السنوية، ورأي الرئيس المباشر عن الموظف، ويحق لها طلب أي بيانات أخرى، ومن ثم تصدر قرارها بمحو العقوبة بأغلبية أراء أعضائها إذا تبين لها أن سلوك الموظف وعمله مرضياً منذ توقيع العقوبة عليه، وترسل الدائرة الحكومية صورة عن محاضر اجتماع اللجنة وقرارها للديوان من أجل اعتماده وحفظه في ملف خدمة الموظف خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ اعتماد توصياتها، وفي حال وجود خلل في أي من إجراءات اللجنة يقوم ديوان الموظفين بإعادة الملف للدائرة الحكومية المعنية لتصحيح الإجراء خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ إعلامها بذلك، ومن ثم إعادته للديوان من أجل اعتماده وحفظه حسب الأصول وتحفظ نسخة من هذا القرار بملف الموظف لدى ديوان الموظفين، ونسخة بملفه لدى الدائرة الحكومية التي يتبعها[2].

(1) المادة (96) من اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م.

(2) الفقرات الأولى الثانية والثالثة والرابعة من المادة (97) من اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م.

أما موظفو الفئة العليا فيتولى مجلس الوزراء تشكيل لجنة لمحو العقوبات التأديبية الصادر بحق الموظف من هذه الفئة، وتقوم لجنة برفع توصياتها للمجلس، الذي يتولى إصدار القرار المناسب[1].

وخلاصة القول أن المشرع الفلسطيني أخذ بفكرة محو العقوبات التأديبية بعد تنفيذ الموظف للعقوبة المقضي بها بحقه، ومرور مدة زمنية حددها المشرع بستة أشهر في حالة ما كانت العقوبة المقضي بها هي التنبيه أو اللوم أو الإنذار أو الخصم من الراتب مدة لا تتجاوز خمسة أيام، وسنة في حالة ما كانت العقوبة هي الخصم من الأجر تزيد على خمسة أيام أو تأجيل العلاوة أو الحرمان منها، وسنتين بالنسبة إلى العقوبات الأخرى فيما عدا عقوبتي الفصل والإحالة إلى المعاش بحكم أو قرار تأديبي.

ورتب على محو العقوبة التأديبية اعتبارها كأن لم تكم بالنسبة للمستقل، ورفع أوراق العقوبة وكل إشارة لها وما يتعلق بها من ملف خدمة الموظف، إلا أن محو العقوبة لا يؤثر على الحقوق والتعويضات التي ترتبت نتيجة لها، وهذا الأمر يشكل ضمانة هامة للموظف مرتكب المخالفة، وذلك بإزالة أي أثر من ملفه الوظيفة لهذه المخالفة، ويعتبر تشجيعاً له لعدم ارتكاب المخالفات التأديبية مرة أخرى، والتزام السلوك القويم في أداء مهام وظيفته.

خاتمة الدراسة:

بعد أن انتهينا من الدراسة والبحث في أحكام وإجراءات المساءلة التأديبية للطبيب العامل في الوظيفة العامة خلصنا إلى مجموعة من النتائج والتوصيات، والتي نوردها على النحو التالي:

أولاً: النتائج:

1- أخذت فلسطين بالنظام الرئاسي في تأديب الموظف، حيث أعطى المشرع صلاحية تأديب الموظف إلى رئيسه في العمل، أو إلى لجنة تحقيق إدارية تشكل بمعرفة الجهة الإدارية، وتكون الإحالة للتحقيق على المخالفة التأديبية ممن يملك سلطة توقيع العقوبة على الموظف، وتنعقد صلاحية توقيع العقوبة لرئيس الدائرة الحكومية المختص، أو من يفوض من قبله من بين الفئة العليا سلطة توقيع عقوبتي التنبيه أو لفت النظر على موظفي الفئة الأولى فما دون، على أن يبلغ ديوان الموظفين بهذه العقوبة، وتنعقد صلاحية التأديب للجنة تحقيق مختصة تشكل من قبل رئيس ديوان الموظفين، أو من يفوضه خطياً لجميع الموظفين ما عدا الفئتين الخاصة والعليا، أما الفئة العليا فتكون بموجب قرار من مجلس الوزراء بناءً على طلب من الدائرة الحكومية التي يتبعها الموظف

2- لم يعرف المشرع الفلسطيني الدعوى التأديبية القضائية التي تختص بنظرها محكمة إدارية تأديبية، ويقتصر دور القضاء الإداري على الرقابة على القرارات التأديبية الصادرة بحق الموظفين من

(1) الفقرة السادسة من المادة (97) من اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني رقم (4) لسنة 1998م.

الجهات الإدارية العليا، والتي تقبل الطعن فيها إذا ما توافر سبب من أسباب الطعن وهي: وجود عيب في الاختصاص، أو وجود عيب في الشكل، أو مخالفة القوانين أو اللوائح أو الخطأ في تطبيقها أو تأويلها، أو التعسف أو الانحراف في استعمال السلطة على الوجه المبين في القانون.

3- تستقل الجريمة التأديبية بذاتها عن الجريمة الجزائية، من حيث النظام القانوني الذي تخضع له، فالجريمة الجزائية تخضع لمبدأ أساسي يبين الأفعال المؤثمة وأركان الجرائم والعقوبات المقررة لها، فلا جريمة ولا عقوبة إلا بنص قانوني، أما الجريمة أو المخالفة التأديبية فلا تخضع لهذا المبدأ، فلم يتضمن قانون الخدمة المدنية الفلسطيني والقوانين ذات العلاقة حصراً للأفعال التي تعتبر مخالفات إدارية، وإنما بين واجبات الموظفين والأعمال المحظورة عليهم، والتي ترجع لأصل عام واحد وهو عدم الإخلال بواجبات الوظيفة العامة أو الخروج عن مقتضياتها، إلا أنه عدد العقوبات المقررة لأي مخالفة تأديبية، فالجريمة التأديبية تخضع لمبدأ لا عقوبة إلا بنص.

4- بين المشرع الفلسطيني الواجبات التي يجب أن يقوم ويتقيد بها الموظف العام، وبين الأفعال والأعمال التي يحظر على الموظف إتيانها، وإلا تعرض للمسئولية التأديبية في حال مخالفة أيًّ منها للمسئولية التأديبية، ومن المحظورات على الموظف خروج الموظف على مقتضى الواجب في أعمال وظيفته، أو الظهور بمظهر من شأنه الإخلال بكرامة الوظيفة، فعبارة الإخلال بكرامة الوظيفة تعبير عام وواسع، ويشمل الإخلال بكرامة الوظيفة أثناء الخدمة أو خارجها، وهذا الأمر يخضع في تفسيره لعادات الناس وأعرافهم.

5- الواجبات والمحظورات الواردة في قانون الخدمة المدنية تعلقت بالوظيفة العامة بصورة مباشرة، ولم تتضمن أحكام تراعي طبيعة وخصوصية المهن الطبية وبالذات مهنة الطب، وبيان الواجبات الواجب على الأطباء مراعاتها أثناء عملهم في المستشفيات والعيادات العامة، وبيان الأفعال التي تدخل في أطار الإهمال أو الخطأ الطبي.

6- يترتب على عدم امتثال الطبيب لدعوة التحقيق معه من قبل لجنة التحقيق، وعدم حضوره والإدلاء بإفادته، اعتباره ممتنعاً وفي حكم المتغيب عن العمل من تاريخ رفضه الإدلاء بالإفادة أمام لجنة التحقيق، وذلك وفقاً لنص المادة (90) من اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية الفلسطيني.

7- كفل المشرع الفلسطيني في قانون الخدمة المدنية ولائحته التنفيذية عدة ضمانات للموظف المحال للتحقيق، وهي حقه في الدفاع عن نفسه سواء كان بواسطته أو بواسطة محامٍ يوكله للدفاع عنه، وحقه بالمواجهة بالبينات والأدلة التي تؤكد ثبوت المخالفة بحقه، وحقه على الاطلاع على ملف التحقيق الإداري، ووجوب أن يكون التحقيق مكتوباً، والقرار الصادر بالعقوبة مسبباً.

8- أخذ المشرع الفلسطيني بفكرة تقادم المخالفة التأديبية في حال مضي مدة ستة شهور على اكتشافها، دون اتخاذ أي إجراء من إجراءات تأديب الموظف، وأخذ أيضاً بفكرة إعفاء الموظف

المخالف من العقوبة التأديبية في حال كان ارتكاب المخالفة بناءً على أمرٍ مكتوب من رئيسه المباشر رغم تنبيه الموظف لرئيسه بالمخالفة.

9- أجاز المشرع الفلسطيني للموظف التظلم من القرار التأديبي الصادر بحقه أمام رئيس الجهة الإدارية التي يتبعها، ومنحه حق اللجوء للقضاء للطعن في القرار التأديبي والذي يقبل الطعن فيه إذا ما توافر سبب من أسباب الطعن وهي: وجود عيب في الاختصاص، أو وجود عيب في الشكل، أو مخالفة القوانين أو اللوائح أو الخطأ في تطبيقها أو تأويلها، أو التعسف أو الانحراف في استعمال السلطة على الوجه المبين في القانون.

ثانياً: التوصيات:

1- **وجوب إنهاء الانقسام** الفلسطيني والعمل على توحيد التشريعات الفلسطينية في محافظات الوطن وبالذات التشريعات المتعلقة بالحقوق الصحية ومساءلة العاملين في المهن الصحية.

2- **ندعو المشرع الفلسطيني** للأخذ بالنظام القضائي بجانب النظام الرئاسي في تأديب الموظف العام إذا كانت المخالفة التأديبية تستوجب عقوبة شديدة، وذلك بإحالة الموظف إلى المحكمة التأديبية لتتولى تأديبه وتوقيع الجزاء عليه.

3- **ندعو المشرع الفلسطيني** للأخذ بالنظام القضائي في تأديب الموظفين العاملين في المهن الطبية لخصوصية وطبيعة هذه المهن؛ ولأن تأديب الموظف أمام جهة قضائية يشكل صمام أمان في مساءلة الوظف ويحقق الغاية المرجوة من النظام التأديبي في تسيير المرافق العامة وتحقيق الصالح العام، إضافة لما يمتاز به التأديب أمام القضاء من ضمان للموظف وحياد القضاء وعدم محاباته للموظف الطبيب مرتكب المخالفة.

4- **ندعو المشرع الفلسطيني** لضرورة سن وإصدار قانون للمسئولية التأديبية في المهن الطبية يراعى فيه طبيعة وخصوصية المهن الطبية مثل مهن الطب والصيدلة، والمهن الطبية المساعدة مثل التمريض وفني المختبرات والأشعة وغيرها من المهن الطبية.

5- **ندعو المشرع الفلسطيني** لتعديل نص المادة (70) من قانون الخدمة المدنية الفلسطيني وذلك بالنص على نفس العقوبات الواردة في (68) بالنسبة لموظفي الفئة العليا.

6- **ندعو مجلس الوزراء** لتعديل نص المادة (160) من اللائحة التنفيذية لقانون الخدمة المدنية، وذلك بحذف الفقرات المتعلقة بالتظلم لرئيس ديوان الموظفين لمخالفتها معايير العدالة القضائية والتأديبية.

قائمة المراجع:

أولاً: الكتب:

1- الدكتور حمدي أمين عبد الهادئ، إدارة شئون موظفي الدولة، دار الفكر العربي، القاهرة، الطبعة الثانية، غير موثق سنة النشر.

2- الدكتور خالد خليل الظاهر، القضاء الإداري، ديوان المظالم في المملكة العربية السعودية، قضاء الإلغاء . قضاء التأديب . قضاء التعويض، مكتبة القانون والاقتصاد، الرياض، الطبعة الثانية، سنة 2014م.

3- الدكتور خالد سمارة الزعبي، القانون الإداري وتطبيقاته في المملكة الأردنية الهاشمية، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان، سنة 1993م.

4- الدكتور سليمان محمد الطماوي، الجريمة التأديبية، معهد البحوث والدراسات العربية، دار الثقافة العربية للطباعة، سنة 1975م.

5- الدكتور شريف أحمد بعلوشة، القضاء الإداري السعودي، مركز الدراسات العربية للنشر والمعرفة، القاهرة، الطبعة الأولى، سنة 2016م.

6- الدكتور شريف يوسف خاطر، الوظيفة العامة، دراسة مقارنة، دار الفكر والقانون، الطبعة الأولى، سنة 2011م.

7- المستشار علي بن موسى بن علي فقيهي، التناسب بين المخالفة التأديبية للموظف العام والعقوبة التأديبية، مكتبة القانون والاقتصاد، الرياض، الطبعة الأولى، سنة 2013م.

8- الدكتور ماجد راغب الحلو، دعاوى القضاء الإداري، دار الجامعة الجديدة بالإسكندرية، سنة 2010م.

9- الدكتور محمد إبراهيم خيري الوكيل، التظلم الإداري ومسلك الإدارة الإيجابي في ضوء آراء الفقه وأحكام القضاء، دار الفكري الجامعي بالإسكندرية، الطبعة الأولى، سنة 2008م

10- الدكتور محمد أبو ضيف باشا خليل، النظام التأديبي (الموظف العام . شروط الوظيفة العامة وواجباتها . الجريمة التأديبية . العقوبة التأديبية . السلطات التأديبية . النيابة الإدارية)، دار الجامعة الجديدة بالإسكندرية، سنة 2012.

11- الدكتور محمد نصر محمد، المسؤولية التأديبية للموظف العام بين الشريعة والقانون، مكتبة القانون والاقتصاد، الرياض، الطبعة الأولى، سنة 2013م.

12- الدكتور محمود حلمي، القضاء الإداري، الطبعة الثانية، دار الفكر العربي، القاهرة، سنة 1977م.

ثانياً: الرسائل العلمية:

1- أ. حصة أحمد عبد الله السليطي، النظام التأديبي للموظف العام في قطر، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، سنة 2007م.

2- الدكتورة زهوة عبد الوهاب حمود، التأديب في الوظيفة العامة، دراسة مقارنة، رسالة دكتوراه، جامعة الإسكندرية، سنة 1990م.

3- الدكتور شريف أحمد بعلوشة، إجراءات التقاضي أمام القضاء الإداري الفلسطيني، رسالة دكتوراه، جامعة الإسكندرية، سنة 2015م.

- ودعوى إلغاء القرار الإداري، دراسة تحليلية مقارنة، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة، سنة 2010م.

4- الدكتور عبد الفتاح مراد، المسئولية التأديبية لرجال القضاء والنيابة العامة، رسالة دكتوراه، جامعة الإسكندرية، 1993م.

5- أ. فواز حميدي سعد العازمي، ضمانات تأديب الموظف العام في قانون الخدمة المدنية الكويتي دراسة مقارنة بالقانون الأردني، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، الأردن، سنة 2010م.

6- الدكتور محمد جودت الملط، المسئولية التأديبية للموظف العام، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، سنة 1967م.

7- أ. محمد خليفة الخييلي، التظلم الإداري، دراسة مقارنة بين قوانين المملكة الأردنية الهاشمية والإمارات العربية المتحدة، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، الأردن، سنة 2009م.

8- الدكتور محمد محمود ندا، انقضاء الدعوى التأديبية، دراسة مقارنة، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، سنة 1969م.

9- الدكتور محمد مختار محمد عثمان، الجريمة التأديبية بين القانون الإداري وعلم الإدارة العامة، دراسة مقارنة، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، سنة 1973م.

ثالثاً: الأبحاث العلمية:

1- الدكتور الدين الجيلالي محمد بوزيد، ميعاد دعوى إلغاء القرار الإداري أمام ديوان المظالم في المملكة العربية السعودية، مجلة جامعة الملك عبد العزيز (الاقتصاد والإدارة)، المجلد (16)، العدد الأول، سنة 2002م.

2- الدكتور محمد بن جمال بن مطلق الذنيبات، ضمانات تأديب الموظف العام في المملكة العربية السعودية، مجلة القضائية، العدد الثاني، رجب سنة 1432هـ.
3- الدكتور محمد عبد الله أبو مطر، المعالجة القانونية للعدالة في تنظيم المسئولية التأديبية للموظف العام في فلسطين، دراسة تحليلية، بحث مقدم في مؤتمر العلمي السنوي الرابع لكلية الحقوق بجامعة الأزهر.
4- الدكتور محمد علي أبو عمارة، المسئولية التأديبية للموظف العام في فلسطين بموجب نظام الخدمة المدنية لسنة 1996م جاري التطبيق وقانون الخدمة المدنية رقم (4) لسنة 1998م مجمد التطبيق، مجلة الجامعة الإسلامية، سلسلة الدراسات الإنسانية، المجلد الثالث عشر، العدد الأول، يناير سنة 2005م.
5- الدكتور هاني علي الطهراوي، طبيعة المخالفة التأديبية ومبدأ المشروعية، مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات، جامعة الزرقاء الأهلية، المجلد الخامس، العدد الأول، حزيران سنة 2003م.
6- الدكتور نجم الأحمد، التظلم الإداري، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، مجلة علمية محكمة دورية، المجلد (29) العدد الثالث، سنة 2013.

المسئولية التأديبية للصيدلي في القطاع الخاص وفق القانون الفلسطيني

Disciplinary accountability of the pharmacist in the private sector According to the Palestinian law

د. عامر سليمان أبو شريعة

أ. سليمان أسامة أبو سلامة

الملخص:

تمثل مهنة الصيدلة أحد أهم الروافد الطبية التي لا غني عنها، إذ تحافظ كلٌ من مهنتا الطب والصيدلة على كينونة المجتمع بما تُوفِرْاهُ من خدماتٍ صحية، وخصوصاً الصيدلة إذ يسعى ممتَهِنُها – الصيدلي– حثيثاً لخدمة كل مريض، ولما لهذه المهنة من أهمية في الحياة البشرية فإن المخالفة إذ وقعت من الصيدلي تجعله تحت طائلة المسئولية سواءً كانت التأديبية أو المدنية أو الجزائية وذلك بالنظر لطبيعة القاعدة المنتهكة، فأي خطأ يقع من قبل الصيدلي مخلاً بسلوكيات وأخلاقيات المهنة قد يودي بحياة إنسان، لذا لا بد من تحقيق المسائلة للصيدلي، وهذا ما استدعانا للبحث في ماهية المسئولية التأديبية التي تقع على الصيدلي في القطاع الخاص وفقاً لما تقرره القوانين والأنظمة الفلسطينية، وذلك من خلال بيان ماهية المسئولية التأديبية وتميزها عن غيرها ونقوم ببيان طبيعتها، والتطرق لحقوق والتزامات الصيدلي، ومن ثم الخوض في السلطات والعقوبات التأديبية، انتهاءً بما توصلنا إليه من نتائج وتوصيات.

Abstract:

The profession of pharmacy represents one of the fundamental medical branches which is indispensable as both medicine and pharmacy keeps the well being of society by providing health services. Due to the fact that the pharmacist serves patients and for its importance to human life, any violation done by the pharmacist makes him culpable whether disciplinary, civil, or criminally according to the nature of the violation made. Any mistakes made and impairs the behavior or the ethics of the job could lead to loss of human life, so pharmacist shall be held accountable. This has invigorated us to research in what disciplinary accountability of the pharmacist in the private sector is according to the Palestinian laws and regulations. This was done through clarifying the nature of disciplinary accountability and distinguishing it from other laws. In addition, by exploring the rights and obligations of the pharmacist, and then by wondering through the authorities disciplinary sanctions leading to our findings and recommendations.

Key words: (Disciplinary responsibility, pharmacist, private sector)

أولاً: موضوع البحث وأهميته:

يكمل الصيدلي عمل الطبيب وهو متخصص في عمله مقتدر في فنه الصيدلاني، لذلك فإن مهمته إنسانية قبل كل شيء، وقد أصبح علم الصيدلة أكثر اتساعاً في ميدان العمل الطبي لأن عمل الصيدلي يواكب ويتابع التطور الطبي بهدف خدمة المريض، ومع هذا فإن الصيدلاني قد يرتكب الأخطاء المهنية، وهذا أمر طبيعي، ولكن الأمر غير الطبيعي أن يتجاوز الصيدلي أصول مهنته بشكل غير مألوف أو مشروع مما يثير حفيظة المجتمع عليه ويدفعه للمناداة بمساءلته قانونياً للحد من عبثه بشرف مهنته. وتظهر ها هنا الحاجة للبحث في مسئولية الصيدلي على إثر مخالفته المهنية.

فقيام الصيدلي بالمخالفات المهنية تحرك تجاهه المسئولية سواءً كانت جزائية أو مدنية أو تأديبية ونقوم بمسائلته قانونياً، وذلك لكي نضمن سير العمل المهني بشكل قويم ومتطور، ومن هذا المنطلق فإن مدار دراستنا في هذا البحث تتمحور حول المسئولية التأديبية للصيدلي في القطاع الخاص دونما القطاع العام وذلك وفقا لنصوص وقواعد القانون الفلسطيني، حيث سنبين ماهية المسئولية التأديبية ونميزها عن غيرها من المسئوليات الأخرى ومن ثم عناصر التأديب وانتهاءً بما توصلنا إليه من نتائج وتوصيات.

ثانياً: مشكلة البحث:

الافتقار لدراسة قانونية كاملة تتعلق بالمسئولية التأديبية للصيدلي وبالأخص في القطاع الخاص عدا عن نقص في المراجع الفلسطينية بذات المجال، دفعنا للبحث في هذا الموضوع من خلال دراسة قانونية تغطي جُلَ جوانبه.

ثالثاً: تساؤلات البحث:

يثير البحث تساؤل أساسي يدور حول ماهية المسئولية التأديبية التي تقع على عاتق الصيدلي في القطاع الخاص وينبثق عنه عدة تساؤلات منها:

1- ما هو مفهوم المسئولية التأديبية وما طبيعتها؟
2- هل تختلف المسئولية التأديبية عن غيرها من المسئوليات؟
3- ماهية الالتزامات التي يجب على الصيدلي مراعاتها؟
4- كيف يتم تشكيل المجلس التأديبي، وهل يعتري هذا التشكيل أي نقص؟
5- هل وفق المشرع في صياغة النصوص المنظمة للمجالس التأديبية؟

رابعاً: منهج البحث:

لغايات هذا البحث سنعتمد على الأسلوب التحليلي للنصوص القانونية لقرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م، والنظام الأساسي لنقابة صيادلة فلسطين وفقا لأحكام قانون النقابات المهنية رقم (2) لسنة 2013م، وذلك بتفنيد النصوص وبيان أوجه تميزها مع تضمينه بالأحكام القضائية الفلسطينية للإلمام بالموضوع بشكل وافي.

خامساً: خطة البحث:

قُسِمت هذه الدراسة لمبحثين وكلٌ منهما تفرع عنه ثلاث مطالب، وهي كالآتي:

المبحث الأول: ماهية المسئولية التأديبية وتميزها

المطلب الأول: مفهوم المسئولية التأديبية

المطلب الثاني: طبيعة المسئولية التأديبية

المطلب الثالث: تمييز المسئولية التأديبية

المبحث الثاني: عناصر التأديب

المطلب الأول: واجبات والتزامات الصيدلي

المطلب الثاني: السلطة التأديبية

المطلب الثالث: العقوبة التأديبية

المبحث الأول

ماهية المسئولية التأديبية وتمييزها

مقتضيات مهنة الصيدلية تفرض على الصيدلي الالتزام بالواجبات المنوطة به وفي حال مخالفته لها يقع تحت طائلة المسئولية، وتقوم هنا ما تسمى بالمسئولية التأديبية وهذا يستدعينا لبيان مفهوم المسئولية التأديبية وطبيعتها الخاصة ومن ثم تميزها عن غيرها من المسئوليات.

المطلب الأول

مفهوم المسئولية التأديبية

إن مدلول المسئولية التأديبية يختلف في اصطلاح الفقهاء كلٌ حسب وجهةِ نظره.

فقد **ذهب فريق**[1] للقول بأنها "هي المسئولية القانونية الناشئة عن إخلال المكلف بواجبات الوظيفية". **يؤخذ على هذا التعريف** بأنه لم يفرق بين المسئولية الجزائية والمدنية والتأديبية حيث أن كل هذه المسئوليات قانونية قد تنشأ في حال مخالفة المكلف لواجباته الوظيفية.

و**فريق آخر**[2] عرفها بأنها "هي تلك المسئولية التي تتعلق بسلوك الموظف، مثل الصدق والنصيحة، وحفظ السر، والإخلاص في العمل، فإذا خالف الموظف السلوك المفروض عليه إتباعه من قبل أصحاب هذه المهنة، وتصرف بشكلٍ منافياً للقيم والقواعد الأخلاقية التي يجب عليه إتباعها حقت عليه المساءلة الأدبية". **هذا التعريف يعتريه النقص** حيث أنه فتح المجال لأن تكون جميع المخالفات الأخلاقية، مخالفات تأديبية، وهذا غير صائب لكون المخالفة التأديبية تشترط أن تكون أولاً مخالفة قانونية.

كما ذهب **فريق ثالث**[3] للقول بأنها "المسئولية التي تتحقق في كل فعل أو امتناع يصدر عن الموظف عن عمد أو غير عمد أثناء أداء الوظيفة في حياته الخاصة ويكون من شأنه الإخلال بواجبات وقواعد الوظيفة أو في حياته الخاصة ويكون من شأنه الإخلال بواجبات وقواعد الوظيفة أو المساس بكرامتها". **شاب هذا التعريف اللبس** لكونه قصر المسئولية التأديبية على الموظف العمومي دون غيره من المكلفين أصحاب المهن الحرة غير الحكومية.

وعرفها **فريق رابع**[4] بأنها "تلك المسئولية التي تقوم بمجرد التقصير في أداء الواجبات القانونية أو مخالفتها حتى وإن لم ينتج عن هذا التقصير ضرر". وبالنظر للتعريفات المتقدمة نجد أن التعريف الأخير

---

[1] إسلام إحسان، المسئولية التأديبية للموظف العام في ضوء قانون نظام العاملين المدنيين بالدولة "الوضع الحالي والوضع المأهول"، بحث منشور، مركز الحوكمة، المعهد القومي للإدارة – جمهورية مصر العربية، بدون سنة نشر، ص4.

[2] نائل محمد يحيى، المسئولية الجنائية عن خطأ التأديب والتطبيب "دراسة فقهية مقارنة"، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر–غزة، 2012، ص١٥٢.

[3] أحمد سلامة بدر، التحقيق الإداري والمحاكم التأديبية، دار النهضة العربية، مصر، ص 69. المشار إليه في: ديديش عاشور عفاف، الطعن في تأديب الموظف العام، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2013، ص5.

[4] فاطمة الزهراء بعرة، المسؤولية التأديبية عن أخطاء الأطباء داخل المستشفيات العمومية، مذكرة مكملة من متطلبات نيل شهادة ماستر في الحقوق، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2015، ص55.

هو الأقرب للدقة والصواب كونه مُتلافياً لعيوب التعريفات الأخرى، علاوةً على أنه التعريف الوحيد الذي أشار إلى عدم اشتراط وقوع الضرر لقيام المسئولية التأديبية.

المطلب الثاني

طبيعة المسئولية التأديبية

تعد المسؤولية[1] التأديبية مسؤوليةً سلوكيةً؛ لكونها تتعلق بسلوك الشخص وتصرفاته تجاه المهنة وأصولها[2]، وما تمليه من التزامات وواجبات مهنية تقع على عاتق الصيدلي وتفرض عليه الالتزام بها، وفي حال مخالفته لتلك القوانين واللوائح التي تنظم المهنة بأفعالاً مخالفة للقيم والقواعد السلوكية سيجد نفسه تحت طائلة المسئولية[3].

[1] – تُعرف المسئولية بأنها: "تتمثل في كل عمل يأتيه شخص ما ويعد إخلالاً بالتزام يسبب بموجبه ضرر للغير مما يستوجب المؤاخذة والمساءلة" **للمزيد انظر**: عيساوي زاهية، المسئولية المدنية للصيدلي، رسالة ماجستير، جامعة مولود معمري–تيزي وزو، الجزائر، 2012، ص13. وحسن بن محمد العلياني، الخطأ في الأحكام القضائية ومدى مسئولية القاضي عنه "دراسة مقارنة بين الشريعة والنظام"، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة، السعودية، 1430هـ، ص11.

– وتُعرف أيضاً بأنها عبارة عن الحكم على من أخل بالتزام ما التزم به قبل الغير أن يعوض الضرر الناجم عن الإخلال بهذا الالتزام لا فرق بين أن يكون الالتزام تعاقدي أو تقصيري. **انظر في:** عبد الحميد الشواربي، مسئولية الأطباء والصيادلة والمستشفيات المدنية والجزائية والتأديبية، الطبعة الثانية، منشأة المعارف، الاسكندرية، 2000، ص17. وهناء بنت ناصر الأحيدب، الأحكام الفقهية للصيدلة، رسالة دكتوراه، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 2013، ص476.

– كما تُعَرَفْ بأنها: التزام شخص بما تعهد القيام به أو الامتناع عنه حتى إذا أخل بتعهد تعرض للمساءلة عن مكوثه، فيتحمل نتائج هذا المكوث. **راجع في ذلك:** مشعل محمد العجمي، الضمانات التأديبية للموظف العام "دراسة مقارنة بالقانونين الكويتي والأردني"، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، 2011، ص4.

[2] قانون الصحة العامة رقم 20 لسنة 2004م، ونظام مزاولة مهنة الصيدلة الصادر سنة 1998م وتعديلاته، وقانون الصيادلة (المعدل) رقم 59 لسنة 1947م، وغيرها.

[3] انظر في ذلك:

– عادل يوسف ألشكري، المسؤولية الجزائية للطبيب عن إجهاض الحامل "دراسة مقارنة"، بحث منشور، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة الكوفة، العراق، بدون سنة نشر، ص12.

– لقمان عمر محمد فضل الكريم، المسئولية الجنائية والمدنية للصيدلي "دراسة مقارنة"، رسالة ماجستير، جامعة أم درمان الإسلامية، 2007، ص7.

– مصطفى محمد عبد المحسن، الخطأ الطبي والصيدلي "المسئولية الجنائية"، بدون دار نشر، 2000، ص217.

بناءً عليه فإن المسؤولية التأديبية لا تقوم إلا إذا توافرت في الواقعة الصادرة من المكلف وصف الإثم التأديبي، إذ تتولى سلطة التأديب تمحيص تلك الواقعة لتقرر إن كانت تشكل إخلال بواجبات الوظيفة أو خروجا على مقتضياتها ومن ثم، إن كانت كذلك، تنزل الجزاء القانوني بالمكلف[1].

بالتالي فإن المسئولية التأديبية تقع على الصيدلي[2] نتيجة لارتكابه خطأ تأديبي، وتقرير المسئولية هاهنا يكون الغرض منها تحقيق حسن سير النظام المهني، فبالرغم من عدم حصر الأخطاء التأديبية من طرف المشرع إلا أنه قام بسن مجموعة من القواعد الأخلاقية ضمن النصوص القانونية الخاصة، التي يتعين على الصيدلي الاقتداء بها سواء في حياته الخاصة أو في المعاملات أثناء ممارسة المهنة. ولأجل فرض هذه الالتزامات رتب التنظيم الخاص بالصيادلة جزاءات تأديبية توقع نتيجة لإخلال بالالتزامات المهنية المفروضة على الصيدلي[3].

ولكون نظام التأديب ذا صبغة إدارية تفرضه طبيعة التنظيم الإداري[4]، نجد أن هذا النظام يستهدف أغراضاً وأهداف أبعد من العقاب وجبر الضرر بحيث يتعدى ذلك للبحث في الأسباب التي جعلت ارتكاب المخالفة أمراً ممكن[5]، ومن ثم يبحث عن الجزاءات المناسبة والملائمة سعياً للحفاظ على سير العمل المهني بانتظام وإتقان.

ومن خضم ما سبق، نتوصل إلى أن المسئولية التأديبية تعتبر مسئولية مزدوجة، سلوكياً وقانونية في آنٍ واحد، حيث أنه يشترط لقيام المسئولية التأديبية أن تتعلق المخالفة في سلوكيات وأخلاقيات مهنة الصيدلة، علاوةً على اشتراط أن تكون المخالفة لتشريع أو لائحة قانونية تفرضها أنظمة المهنة.

---

[1] علي احمد حسن، سلطة القاضي الإداري إزاء التكييف القانوني الخاطئ للوقائع في مجال تأديب الموظفين، بحث منشور، مجلة كلية الحقوق في جامعة النهرين، بغداد، العراق، المجلد 13، العدد 2، 2001، ص15.

[2] – الصيدلي هو الذي يقوم بمهمة تركيب وصرف الأدوية أو المستحضرات المتعلقة بها وفقاً لوصفة الطبيب أو القواعد الطبية المعروفة، أو يتولى مهمة الإشراف على إعداد الأدوية. راجع في ذلك: عباس علي محمد الحسيني، مسئولية الصيدلي المدنية عن أخطائه المهنية، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1999، ص19. وطالب نور الشرع، مسئولية الصيدلاني الجنائية، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، 2008، ص19. وصلاح عوض السوسي، التشريعات الصيدلانية ولائحة تقاليد المهنة، بدون دار نشر، 2003، ص2. وهناء بنت ناصر الأحيدب، الأحكام الفقهية للصيدلة، رسالة دكتوراه، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، السعودية، 2013، ص65.

[3] براهيمي زينة، مسئولية الصيدلي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون فرع "قانون المسئولية المهنية"، جامعة مولود معمري – تيزي وزو، الجزائر، 2012، ص11.

[4] وسام عقون، ضمانة تسبيب القرار التأديبي في مجال الوظيفة العامة، مذكرة مكملة من متطلبات نيل شهادة الماستر في الحقوق "تخصص قانون إداري"، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2013، ص47.

[5] عبد الحميد الشواربي، مسئولية الأطباء والصيادلة والمستشفيات المدنية والجزائية والتأديبية، الطبعة الثانية، منشأة المعارف، الاسكندرية، 2000، ص128.

المطلب الثالث

تمييز المسئولية التأديبية عن غيرها

يجب أن يكون عمل الصيدلي دقيقاً ومطابقاً للأصول العلمية المقررة فإذا خالف القوانين والأنظمة واللوائح المقررة للعمل الصيدلي أقيمت المسئولية تجاهه، وتختلف هذه المسئولية وفقًا للقاعدة القانونية التي تم مخالفتها، فالواقعة قد تكون مخالفة لقانون العقوبات، فتترتب عليها المسئولية جنائية، وقد تترتب المسئولية التأديبية في حال مخالفة نص تأديبي، وكذلك قد تقوم مسئولية مدنية. إذن، فالتصرف الواحد يُنشيء أكثر من حق، حق عام للدولة من اقتضاء العقاب حفظاً للأمن العام، وحق عام الإدارة لحفظ سير المرفق العام، وحق خاص هو حق المضرور من اقتضاء التعويض عن الضرر الذي لحقه. وقيام أي من المسؤوليات الثلاث لا يتعارض مع قيام الأخرى[1]. وفيما يلي سنتطرق لبيان هذه أنواع المسئوليات والتمييز بينهم.

أولاً: المسئولية التأديبية[2]: إن هذه المسئولية كما عرجنا عليها سابقاً فهي تعتبر مسئولية سلوكية قبل أن تكون مسئولية مهنية، لتعلقها بسلوك الصيدلي تجاه المهنة وتجاه مرضاه الذين ألزمتهم به قوانين المهنة وتشريعاتها، التي تتعلق بجوانب الصدق والأخلاق والآداب وغيرها من السلوكيات التي نظمتها اللوائح المنظمة لتلك المهنة الإنسانية، التي طالبت الصيادلة الالتزام والتقيد بها، وعموماً الأنظمة التي تؤطر لهذه المهنة تناولتها بالمعالجة، بحيث إذا خالف الصيدلي السلوك المفروض إتباعه من قبل أصحاب هذه المهن حقت عليه المسئولية[3].

ثانياً: المسئولية المدنية[4]: هي إخلال الشخص بالتزام يقع عليه ومفروض عليه تنفيذه قانونا، وهنا تقوم المسئولية نتيجة إخلال الفرد بالتزام بين طرفين نتج عنه ضرر، وهذا الضرر يقابله التعويض. والمسئولية

---

[1] محمد عاطف محمد أمين، المسئولية التأديبية للموظف، مقال منشور، مجلة منار الاسلام، العدد 480، 2014، ص62.

[2] – نائل محمد يحيى، المسئولية الجنائية عن خطأ التأديب والتطبيب "دراسة فقهية مقارنة"، مرجع سابق، ص35:36.

– وسام عقون، ضمانة تسبيب القرار التأديبي في مجال الوظيفة العامة، مرجع سابق، ص11.

[3] **راجع في ذلك:**

– بوخاري مصطفى امين، مسئولية عن تصريف الدواء، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير –تخصص قانون طبي، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2016، ص11.

– منصور عمر المعايطة، المسئولية المدنية والجنائية في الأخطاء الطبية، الطبعة الأولى، بدون دار نشر، 2004، ص35.

– الأستاذة بن سويسي خيرة، العمل الصيدلاني، بحث منشور، العدد الأول، مجلة الندوة للدراسات القانونية، جامعة الطاهر مولاي– سعيدة، الجزائر، 2013، ص179.

[4] **انظر في:**

هنا تعني التزام الشخص بالتعويض عن الضرر الذي سببه للغير، إما نتيجة مخالفته لقاعدة قانونية أو لبنود الاتفاق أو الالتزام الذي في ذمته[1]. ولا تقوم هذه المسئولية تجاه الصيدلي إلا بتوافر ثلاثة أركان هي الخطأ والضرر والعلاقة السببية[2].

مما يستدعينا للقول، بأن المسئولية التأديبية تتميز عن المسئولية المدنية في عدم إشتراطها وجود ضرر تجاه الغير لقيامها، عوضاً عن اختلاف الالتزام الموجب للمسئولية ففي المسئولية المدنية فقد يكون الالتزام بموجب عقد بين طرفين أو التزام في ذمة أحدهم تجاه الآخر أخل فيه الأخير، وهذا على خلاف المسئولية التأديبية التي يكون مصدرها تشريعات ولوائح مهنة الصيدلة.

ثالثاً: المسئولية الجزائية[3]: هي المسئولية التي تقوم عند مخالفة الشخص لقاعدة قانونية آمرة أو ناهية، يرتب عليها القانون عقوبة في حالة مخالفتها، وهذا يعني قيامه بفعل يشكل جريمة هي أصلا منصوص عليها في القانون تعريفا وعقوبةً. وبناءً عليه فالمسئولية الطبية الجزائية هي التي تقوم فيها مساءلة الصيدلي عن الأفعال التي يرتكبها التي تشكل جريمة في القانون، علماً بأن الحكم بالعقوبة الجنائية لا يمنع الجهة النقابية من محاسبة الصيدلي على ما يكون انطوى عليه الفعل الجنائي ذاته من مخالفات تأديبية[4]. وبالتالي فقد يترتب على الفعل الواحد مسئوليتين تأديبية وجنائية في نفس الوقت[1].

– حسن بن محمد العلياني، الخطأ في الأحكام القضائية ومدى مسئولية القاضي عنه "دراسة مقارنة بين الشريعة والنظام"، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة، السعودية، 1430هـ، ص99.

– لقمان عمر محمد فضل الكريم، المسئولية الجنائية والمدنية للصيدلي "دراسة مقارنة"، مرجع سابق، ص253.

[1] **راجع:**

– منصور عمر المعايطة، المسئولية المدنية والجنائية في الأخطاء الطبية، مرجع سابق، ص37.

– صاحب عبيد الفتلاوي، التشريعات الصحية "دراسة مقارنة"، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 1997، ص177.

[2] **تجده في:**

– ابراهيم بن صالح اللحيدان، مسئولية الصيدلي عن أخطائه المهنية وعقوباته في النظامين السعودي والمصري، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، 2006، ص134 وما بعدها.

– عباس علي محمد الحسيني، مسئولية الصيدلي المدنية عن أخطائه المهنية، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 1999، ص37.

[3] **للمزيد انظر:**

– حسن بن محمد العلياني، الخطأ في الأحكام القضائية ومدى مسئولية القاضي عنه، مرجع سابق، ص99.

– ابراهيم بن صالح اللحيدان، مسئولية الصيدلي عن أخطائه المهنية وعقوباته في النظامين السعودي والمصري، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، 2006، ص110 وما بعدها.

– لقمان عمر محمد فضل الكريم، المسئولية الجنائية والمدنية للصيدلي "دراسة مقارنة"، مرجع سابق، ص207.

[4] عبد المهدي بواعنة، إدارة المستشفيات والخدمات الصحية "التشريع الصحي والمسئولية الطبية"، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص163.

ويمكنا هاهنا الإشارة بأن المسئولية الجزائية ذات طبيعة تتميز عن المسئولية التأديبية على الرغم من إمكانية توافرهما في ذات الفعل الموجب للمساءلة، لكون المسئولية الجزائية تترتب في حال مخالفة قاعدة جزائية على غرار المسئولية التأديبية التي تقوم في حال وقعت المخالفة لقاعدة سلوكية، كما أن المسئولية الجزائية تستهدف إيقاع العقوبة على مرتكبي المخالفات الجزائية لردعهم في حين أن المسئولية التأديبية تستهدف تقويم سلوك المهني والحفاظ على سير العمل المهني بشكل منتظم ومطرد.

المبحث الثاني

عناصر التأديب

يحدد القانون عدة واجبات والتزامات يجب على الصيدلي إتباعها وفي حال المخالفة تقوم المسئولية التأديبية وتختص سلطة تأديبية في فحص المخالفة والنظر في مدى تحقق المساءلة تجاه هذه المخالفة وثم تقرر العقوبة التأديبية الملائمة لجسامة المخالفة التأديبية، ولتحقيق ذلك سنتطرق لذكر أهم الحقوق والالتزامات التي فرضها المشرع الفلسطيني ومن ثم بيان من هي السلطة التأديبية المختصة في المسائلة التأديبية وانتهاءً بالعقوبات التأديبية التي أقرها المشرع الفلسطيني.

[1] **للمزيد:**

- عيسى محمد مناصرة، التأديب الإداري في الوظيفة العامة ومدى تأثره بالحكم الجنائي، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، مصر، 2012، ص3.
- وهاهنا يمكنا التمييز بين المسئولية التأديبية والمسئولية الجزائية من خلال النظر لطبيعة العقوبة المقررة لكلاً منهما وفيما يلي نبين أوجه الاختلاف بينهم: -

أ. من حيث الهدف: نجد أن العقوبة التأديبية تهدف إلى كفالة أو ضمان حسن سير عمل المرافق العامة بانتظام وباضطراد، في حين أن العقوبة الجنائية تهدف إلى مكافحة الجريمة والدفاع عن النظام الاجتماعي.

ب. من حيث الحق: فإن العقوبة التأديبية تمس الموظف في حقوقه ومزاياه الوظيفية فقط، ولا تصيبه في حريته -كقاعدة عامة- باستثناء عقوبة الحبس بالنسبة للعسكريين، في حين أن العقوبة الجنائية تصيب الإنسان في حياته أو في حريته.

ج. من حيث الجزاء: ففي العقوبة التأديبية لم يتم حصر الأخطاء التأديبية، خلافاً لما هو عليه الحال في القانون الجنائي حيث تخضع الجرائم لمبدأ" لا جريمة دون نص ". ويترتب على ذلك تخصيص عقوبة لكل جريمة جزائية، وعدم تخصيص عقوبة لكل خطأ تأديبي.

د. من حيث التطبيق: يجوز توقيع العقوبة التأديبية والعقوبة الجنائية عن ذات الفعل الواحد، فقاعدة " عدم تعدد الجزاء " تجد مجالها في التطبيق في كل من العقاب التأديبي والعقاب الجنائي كل على حدة.

هـ. من حيث الجهة المختصة بتوقيع الجزاء: توقع العقوبة التأديبية من السلطة الرئاسية أو مجالس التأديب أو المحاكم التأديبية، بينما لا توقع العقوبة الجزائية إلا بمقتضى حكم صادر عن محكمة مختصة.

انظر في ذلك: كرم محمود الجمعات، العلاقة بين الجريمة التأديبية والجريمة الجنائية "دراسة مقارنة"، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، 2010، ص83-85.

المطلب الأول

واجبات والتزامات الصيدلي[1]

يتمثل محل المساءلة التأديبية بالالتزامات والواجبات التي يقع على عاتق الصيدلي إتباعها وفق لما تقتضيه القوانين واللوائح المنظمة لمهنة الصيدلة ويترتب على مخالفتها تحريك المسئولية التأديبية ويمكنا تصنيفها لواجبات إدارية وأُخرى فنية وهذا ما سنتطرق إليه في ذا المطلب.

أولاً: الواجبات الإدارية:

1- اشتراط التسجيل في النقابة لممارسة مهنة الصيدلة[2].
2- وجوب أداء القسم القانوني[3].
3- احترام مهنة الصيدلة والالتزام بأخلاقياتها[4].
4- الالتزام بعدم إفشاء أسرار المرضى والزبائن التي يطلع عليها بحكم مهنته[5].
5- الالتزام بمواصفات اليافطات التي تحمل اسم الصيدلاني المسئول[6].
6- حظر الترويج والدعاية لصيدليته بما يخل بكرامة وشرف المهنة[1].

---

[1] لقد تناول المشرع الفلسطيني تنظيم حقوق وواجبات الصيادلة ضمن مواد الفصل الرابع من المادة (20-25) من النظام الأساسي لنقابة صيادلة فلسطين وفقا لأحكام قانون النقابات المهنية رقم (2) لسنة 2013م المطبق في المحافظات الجنوبية، وكذلك الحال في المواد (32-34) من القرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م الصادر في العدد 124 من الوقائع الفلسطينية بتاريخ 25-8-2016م. والمطبق بالمحافظات الشمالية من فلسطين. إضافةً لبعض الالتزامات الأخرى الواردة في نصوصٍ متناثرة في متن القانون.

[2] – المادة (6) من القرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م
– المادة (4) من النظام الأساسي لنقابة صيادلة فلسطين –المطبق في قطاع غزة-.

[3] المادة (9) من القرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م

[4] الفقرة 1 من بالمادة 21 من النظام الأساسي لنقابة صيادلة فلسطين.

[5]- فقرة 9 بالمادة 34 من القرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م
– ويعتبر الحفاظ على سر المهنة أهم الالتزامات المهنية الذي تترتب عليه المسئولية التأديبية الموجبة عقوبة تتناسب مع هذه المخافة. راجع في ذلك: طالب نور الشرع، مسئولية الصيدلاني الجنائية، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، 2008، ص98. وأحمد بوقفة، إفشاء سر المريض "دراسة مقارنة بين الشريعة والقانون"، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الإسلامية تخصص شريعة وقانون، جامعة الجزائر، الجزائر، 2007، ص121 وما بعدها. وعبد الحميد الشواربي، مسئولية الأطباء والصيادلة والمستشفيات المدنية والجزائية والتأديبية، الطبعة الثانية، منشأة المعارف، الاسكندرية، 2000، ص131.

[6]- فقرة 4 بالمادة 33 من القرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م
– وكذلك القرار الصادر عن مجلس الوزراء رقم(02/37/10/م.و/إ.هـ) 2006.الصادر بخصوص الشروط والمواصفات الفنية للصيدليات العامة بتاريخ 04/02/2007. أشار لضرورة الالتزام بمواصفات اليافطات التي تحمل اسم الصيدلاني.

ثانياً: واجبات فنية:

1- عدم صرف الأدوية الخطرة والمراقبة إلا بوصفة طبية[2].

2- التقيد بأسعار الأدوية المقررة من الوزارة دون زيادة أو نقصان[3].

3- منع بحث صلاحية العلاج الموصوف أو استبداله[4].

4- يحظر على الصيدلي بيع الأدوية منتهية الصلاحية أو المغشوشة أو المهربة أو التالفة[5].

---

[1] – الفقرة 14 من المادة 34 من القرار بقانون رقم 15لسنة 2016م.

– الفقرة 1 من المادة 22 من النظام الأساسي لنقابة صيادلة فلسطين.

[2] – فقرة (7-8) مادة 34 من القرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م، الصادر بالعدد 124 من الوقائع الفلسطينية بتاريخ 25-8-2016م. والمطبق بالمحافظات الشمالية من فلسطين.

– من أبرز الأخطاء المهنية التي تقع جراء ممارسة مهنة الصيدلة: ممارسة مهنة الطب من خلال تشخيص الأمراض أو وصف الأدوية للمرضى دون الرجوع إلى طبيب مختص، وهذا ما دفع بعض القوانين فعلاً إلى حظر الجمع بين مزاولة مهنة الصيدلة ومهنة الطب. **راجع:** صاحب عبيد الفتلاوي، التشريعات الصحية "دراسة مقارنة"، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1997، ص174.

– كما تثار مسئولية الصيدلي إذا ما قام ببيع الدواء مباشرة للمريض دون أمر من الطبيب، ويستوي في هذا الصدد أن يكون الصيدلي قد قام من نفسه باختيار الدواء أو إعطائه للمريض دون أن يكون المريض قد طلب هذا النوع من الدواء بالذات، كما يقع عليه التزام بتحقيق نتيجة. انظر في ذلك: عصام الصفدي ومالك خريسات، قوانين وتشريعات الصحة والسلامة المهنية، الطبعة الأولى، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2002، ص60 وما بعدها. وعبد الحميد الشواربي، مسئولية الأطباء والصيادلة والمستشفيات المدنية والجزائية والتأديبية، الطبعة الثانية، منشأة المعارف، الاسكندرية، 2000، ص127. و بوخاري مصطفى أمين، مسئولية عن تصريف الدواء، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير –تخصص قانون طبي، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2016، ص16. و بختاوي سعاد، المسئولية المدنية للمهني المدين، رسالة ماجستير، جامعة تلمسان أبو بكر بلقايد، الجزائر، 2012، ص176. ومصطفى محمد عبد المحسن، الخطأ الطبي والصيدلي "المسئولية الجنائية"، بدون دار نشر، 2000، ص218.

[3] – فقرة 2 بالمادة 33 من القرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م

– فقرة 5 بالمادة 21 من النظام الأساسي لنقابة صيادلة فلسطين.

[4] الفقرة 12 بالمادة 34 من القرار بقانون رقم 2016م

[5] – فقرة 11 بالمادة 34 من القرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م

– فقرة 4 بالمادة 22 من النظام الأساسي لنقابة صيادلة فلسطين.

المطلب الثاني

السلطة التأديبية

تقوم السلطة التأديب بمهمة التأديب لمن تقع المسئولية تجاههم، وتختص في تأدية المهمة التأديبية دون غيرها من السلطات الإدارية. وتعددت القوانين في تحديد النظام المتبع في تعيين السلطة التأديبية من دولة لأخرى[1].

لكن مهما تعددت الأنظمة التأديبية فإنها تتفق على عدة قواعد أساسية، وهي أن تجتمع اللجنة كمجلس تأديبي وتدرس الوقائع الموجبة للمسئولية على الشخص المتهم وفحص المخالفة المرتكبة وتكييفها، ثم تتداول اللجنة بعد دراسة شاملة للظروف والعوامل التي أدت إلى ارتكاب المكلف للمخالفات المهنية وتفصل في الأمر بمقتضى الوقائع المعروضة عليها[2].

[1] – أكرم محمود الجمعات، العلاقة بين الجريمة التأديبية والجريمة الجنائية " دراسة مقارنة "، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، 2010، ص105.

– ويعرفها آخرون بأنها: "هي الجهة المختصة بممارسة وظيفة التأديب وفقاً للأوضاع المقررة قانونياً". انظر في: محمد مشبب السهلي، المواجهة والتحقيق من الضمانات التأديبية للموظف العام، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير، جامعة عمان العربية، عمان، 2006، ص86.

– تجدر الإشارة هاهنا بوجود ثلاثة أنظمة تأديبية هي:

أ–نظام يقضي بإيقاع العقوبة التأديبية من قبل السلطة الرئاسية، ويطلق عليه النظام الرئاسي.

ب–نظام يقضي بإيقاع العقوبة التأديبية من قبل مجالس التأديب، ويطلق عليه نظام المجالس التأديب.

ج–نظام يقضي بايقاع العقوبة التأديبية من قبل محاكم تأديبية مختصة، ويطلق عليه المحاكم التأديبية.

انظر في ذلك: فايز مطلق السليمات، ضمانات تأديب الموظف العام في النظام القانوني الأردني، رسالة ماجستير، جامعة الاشرق الأوسط، 2013، ص49:50. وقد سلك المشرع الفلسطيني النظام الأوسط وهي المجالس التأديبية.

[2] – ديديش عاشور عفاف، الطعن في تأديب الموظف العام، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2013، ص24.

– أكرم محمود الجمعات، العلاقة بين الجريمة التأديبية والجريمة الجنائية " دراسة مقارنة "، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، 2010، ص105.

وقد نظم المشرع الفلسطيني في القرار بقانون والنظام الأساسي لنقابة صيادلة فلسطين[1] المساءلة التأديبية لمن تقام المسئولية تجاهه وذلك وفق أصول وإجراءات محددة. وبالتالي فقد نص القانون على وجوب تشكيل مجلس التأديب من الآتي ذكرهم[2]:

1- النقيب –نقيب الصيادلة–رئيساً
2- عضوين من أعضاء المجلس يعينهما المجلس فور انتخابه.
3- عضوين يعينهما الوزير من الصيادلة الأعضاء في النقابة.

لمحاكمة الصيادلة الأعضاء بسبب إخلالهم بواجباتهم المسلكية أو مخالفتهم أحكام القانون أو النظام الداخلي المنبثق عنه وارتكابهم فعلاً يحط من كرامة المهنة أو إهمالهم عملاً في إهماله إساءة إلى واجبات المهنة.

على خلاف النظام الأساسي لنقابة صيادلة فلسطين –المطبق في المحافظات الجنوبية–إذ أقصى دور وزارة الصحة في اختيار عضوان من المجلس التأديبي[3].

كما منح القانون للعضو الحق في استئناف قرارات مجلس التأديب إلى مجلس تأديب أعلى[4] يؤلف على الصورة التالية[1]:

---

[1] الصادر وفقا لأحكام قانون النقابات المهنية رقم (2) لسنة 2013.

[2] المادة 36 من القرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م

[3] المادة (102) من النظام الأساسي لنقابة صيادلة فلسطين وفقا لأحكام قانون النقابات المهنية رقم (2) لسنة 2013، بخصوص تشكيل المجلس التأديبي ينص على الآتي:

1) يشكل المجلس التأديبي من النقيب رئيساً، ومن أربعة أعضاء أساسيين اثنان ينتخبهما المجلس بين أعضائه، واثنان آخران يختارهما المجلس لمدة سنة قابلة للتجديد من بين الصيادلة الأعضاء الذين يكونون بتاريخ البت باختيارهم قد زاولوا المهنة منذ عشر سنوات على الأقل

2) يتم اختيار أربعة أعضاء آخرين، اثنين من المجلس واثنين من الجمعية العمومية لينوبوا عن الأعضاء الأساسيين الذين يتغيبوا أو يتعذر حضورهم جلسات المجلس التأديبي.

[4] وجاء الأحكام القضائية مؤكداً لحق استئناف القرارات الصادرة عن المجالس التأديبية وذلك وفق الآتي:

أ) الحكم الأول ينص على أن: "قانون الصيادلة رقم 10 لسنة 1957 قانون خاص رسم طريق الطعن في قرارات مجلس التأديب بأن جعل الطعن فيها أمام مجلس تأديب أعلى، وإن محكمة العدل لا تكون مختصة بالنظر في هذا الطعن.) تجده في: حكم محكمة العدل العليا، المنعقدة في رام الله، الدعوى الإدارية، رقم 501، لسنة 2010، في جلسة30/6/2010.

ب) الحكم الثاني يذهب للقول بأنه:"1–وفقا للمادة 2/56 من قانون نقابة الصيادلة رقم 10 لسنة 1957 فإن قرارات مجلس التأديب تقبل الاستئناف إمام مجلس التأديب الأعلى. 2–قرارات مجلس التأديب الأعلى مبرمة ولا تقبل الطعن إمام أي مرجع إداري أو قضائي، وذلك بالمادة 3/56 من قانون نقابة الصيادلة رقم 10 لسنة 1957، وإن الدعوى المتعلقة بالطعن المقدم على قرار

1- الوزير أو الوكيل رئيساً.
2- ثلاث أعضاء من الصيادلة يعينهم المجلس فور انتخابه.
3- ثلاثة أعضاء من الصيادلة يعينهم الوزير.

في حين أن النظام الأساسي قد خالف هذا القرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م بشكلٍ كبير فيما يخص تشكيل مجلس التأديب الأعلى حيث نص على أن يشكل من (أحد قضاة المجلس الأعلى للقضاء رئيسا، وأربعة أعضاء أساسيين، عضو ينتخبه المجلس من بين أعضائه واثنان آخران يختارهما المجلس لمدة سنة قابلة للتجديد من بين الصيادلة الأعضاء الذين يكونون بتاريخ البت باختيارهم قد زاولوا المهنة منذ 15 سنة على الأقل وعضو رابع يختاره المستأنف)[2].

إلا انه من الملفت تعليق القرار بقانون حق السلطة التأديبية في النظر بالمخالفات على طلب من الوزير أو شكوى خطية أو طلب خطي من الصيدلاني نفسه، وهذه مسألة فيها نظر وتجانب الصواب.

المطلب الثالث

العقوبة التأديبية

العقوبة التأديبية تعتبر هي الجزاء الذي حدده المشرع على سبيل الحصر والذي توقعه السلطات المختصة على مرتكبي الجرائم التأديبية[3]. وقد أورد المشرع هذه العقوبات على سبيل الحصر، وبالتالي فلا يجوز توقيع عقوبة تأديبية لم ينص عليها القانون، وهو ما يعرف بمبدأ شرعية العقوبات التأديبية[1].

المجلس الأعلى للتأديب تكون غير مقبولة. راجع: حكم محكمة العدل العليا، المنعقدة في رام الله، الدعوى الإدارية، رقم 11، لسنة 2013، في جلسة 10/7/2013.

وتجدر الإشارة هنا أن قانون نقابة الصيادلة رقم 10 لسنة 1957م هو القانون الساري سابقاً قبل صدور القرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م.

[1] المادة 41 من القرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م

[2] المادة (107) من النظام الأساسي لنقابة صيادلة فلسطين وفقا لأحكام قانون النقابات المهنية رقم (2) لسنة 2013. المطبق في المحافظات الجنوبية في فلسطين (قطاع غزة)

[3] **راجع:**

- عبد السلام عبد العظيم، تأديب الموظف العام في مصر، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، القاهرة، 2004، ص114.
- فاطمة الزهراء بعرة، المسئولية التأديبية عن أخطاء الأطباء داخل المستشفيات العمومية، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2015، ص55.

ومن مقتضيات مبدأ المشروعية ضرورة توقيع العقوبة في الحدود والنطاق الذي يحدده المشرع، فلا تستطيع سلطات التأديب أن تستبدل العقوبات التي أوردها المشرع بعقوبات أخرى تختلف عنها بالنوع وفي المقدار وإلا كان قرارها مخالفاً لمبدأ المشروعية. حتى لو كانت أخف من العقوبات المقررة أو كانت بناءً على رضا من العامل، لأن هذا الرضا لا ينفى بطلان العقوبة[2].

بناءً عليه فالجرائم التأديبية لا تخضع لقاعدة "لا جريمة ولا عقوبة إلا بنص" فهذه القاعدة تقتصر على العقوبات دون الجرائم، لكون المشرع لم يحدد –على سبيل الحصر–كل الجرائم التأديبية بل ذكر قاعدة عامة هي اعتبار كل خروج على واجبات الوظيفة ومقتضياتها جريمة تأديبية، ومنح السلطة التأديبية سلطة تقديرية لتحديد ما يعد خروجاً على واجبات الوظيفة[3] وتقدير العقوبة التأديبية المتلائمة مع جسامة المخالفة التأديبية[4].

– وعرفها آخرون بأنها: (العقوبة التأديبية هي جزاء يمس المكلف المرتكب لخطأ تأديبي في مركزه، دون شخصه ولا ملكه الخاص). **تجده في:** محمد الأحسن، العلاقة بين المتابعة القضائية والعقوبة التأديبية للموظف العام، رسالة الماجستير، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2008، ص27.

[1] إسلام إحسان، المسئولية التأديبية للموظف العام في ضوء قانون نظام العاملين المدنيين بالدولة "الوضع الحالي والوضع المأهول"، بحث منشور، مركز الحوكمة، المعهد القومي للإدارة – جمهورية مصر العربية، بدون سنة نشر، ص10.

[2] – وسام عقون، ضمانة تسبيب القرار التأديبي في مجال الوظيفة العامة، مرجع سابق، ص5 وما بعدها.

– مشعل محمد العجمي، الضمانات التأديبية للموظف العام "دراسة مقارنة بالقانونين الكويتي والأردني"، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، 2011، ص64.

[3] – إسلام إحسان، المسئولية التأديبية للموظف العام في ضوء قانون نظام العاملين المدنيين بالدولة "الوضع الحالي والوضع المأهول"، بحث منشور، مركز الحوكمة، المعهد القومي للإدارة – جمهورية مصر العربية، بدون سنة نشر، ص15.

– مشعل محمد العجمي، الضمانات التأديبية للموظف العام "دراسة مقارنة بالقانونين الكويتي والأردني"، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، 2011، ص60.

– ديديش عاشور عفاف، الطعن في تأديب الموظف العام، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2013، ص17.

[4] محمد الأحسن، العلاقة بين المتابعة القضائية والعقوبة التأديبية للموظف العام، رسالة الماجستير، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2008، ص28.

وقد اختلف الفقه حول مسألة الربط بين الخطأ التأديبي والعقوبة التأديبية، فبعض الفقهاء ذهبوا لضرورة الربط بين خطأ تأديبي معين بعقوبة تأديبية معينة. وهنا تنعدم السلطة التقديرية التي تتمتع بها السلطة التأديبية[1].

والآخرون قالوا بعكس ذلك، أي بعدم ضرورة الربط بين خطأ تأديبي معين، وعقوبة تأديبية معينة من قبل المشرع، وبقاء هذا الأمر في يد السلطة التأديبية. فتظهر هنا السلطة التقديرية التي تتمتع السلطة التأديبية. علما أن الرأي الأخير هو الرأي الراجح، ذلك أن مسألة الربط هذه صعبة خاصة إذ ما علمنا أن الأخطاء التأديبية غير مقننة، ولم ترتب على سبيل الحصر. على الرغم من أن ترك عملية الربط بين الخطأ التأديبي والعقوبة التأديبية بيد الإدارة أن يؤدي ذلك إلى تعسفها في ذلك[2].

أما المشرع الفلسطيني فقد اختار المسلك الثاني الذي لا يربط الخطأ التأديبي بعقوبة تأديبية معينة وحدد مجموعة من العقوبات التأديبية[3] التي تختلف باختلاف جسامة الخطأ المرتكب من طرف الصيدلي [4].

---

[1] عيساني رفيقة، المسئولية الطبية أمام القاضي الاداري، رسالة ماجستير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2008، ص106 ومابعدها.

[2] **راجع:**

- منصور عمر المعايطة، المسئولية المدنية والجنائية في الأخطاء الطبية، الطبعة الأولى، بدون دار نشر، 2004، ص35.
- محمد الأحسن، العلاقة بين المتابعة القضائية والعقوبة التأديبية للموظف العام، رسالة الماجستير، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2008، ص28.
- بشتة دليلة وحملاوي رشيدة، نظام تأديب الموظف العمومي في التشريع الجزائري، جامعة 08 ماي 1945–قالمة، رسالة ماجستير، 2014، ص51 وما بعدها.

[3] وهذه العقوبات تتمثل في:

1. التنبيه بدون تسجيل أو مع التسجيل.
2. التأنيب أمام مجلس التأديب.
3. غرامة نقدية تتراوح من 10 –100 دينار ويكون لها صفة التعويض المدني وتدفع إلى صندوق النقابة.
4. المنع من مزاولة المهنة موقتاً لمدة لا تزيد على سنة.
5. شطب اسم الصيدلي نهائياً من سجل مزاولة المهنة.

راجع: المادة 40 من القرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م. والمادة (101) من النظام الأساسي لنقابة صيادلة فلسطين وفقا لأحكام قانون النقابات المهنية رقم (2) لسنة 2013.

[4] **انظر في:**

- ديديش عاشور عفاف، الطعن في تاديب الموظف العام، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2013، ص18.
- الأستاذة بن سويسي خيرة، العمل الصيدلاني، بحث منشور، العدد الأول، مجلة الندوة للدراسات القانونية، جامعة الطاهر مولاي–سعيدة، الجزائر، 2013، ص179.

النتائج:

1- المسئولية التأديبية ذات طبيعة قانونية خاصة إذ لا تشترط وقوع ضرر لوقوعها.
2- لقد منح القانون الفلسطيني الحق للعضو استئناف القرارات الصادرة عن المجالس التأديبية.
3- حظر القانون اللجوء لأي مرجع إداري أو قضائي للنظر في قرارات مجلس التأديب الأعلى.
4- لا تسري قاعدة "لا جريمة ولا عقوبة إلا بنص" في المجال التأديبي وإنما تقصر هذه القاعدة على العقوبات فقط.

التوصيات:

1- نقترح تعديل القانون ليتيح للعضو المُساءل تأديبياً اللجوء للقضاء حتى لو صدر القرار عن مجلس التأديب الأعلى.
2- نوصي بتفعيل المجالس التأديبية في مواجهة الصيادلة مرتكبي الأخطاء التأديبية.
3- نرى بضرورة احتواء المجلس على عضو قانوني ضمن المجالس التأديبية، لما يتمتع به من تأهيل قانوني وكفاءة واقتدار على تسير المجالس التأديبية وفق الإجراءات القانونية.
4- نقترح بأن يتم تحديد عقوبة لكل مخالفة تأديبية تتلاءم مع جسامتها تلافياً لتعسف المجالس التأديبية في فرض العقوبات.

- عادل يوسف ألشكري، المسؤولية الجزائية للطبيب عن إجهاض الحامل "دراسة مقارنة"، مرجع سابق، ص12.

المراجع

أولاً: الكتب:

1. صاحب عبيد الفتلاوي، التشريعات الصحية "دراسة مقارنة"، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 1997.
2. صلاح عوض السوسي، التشريعات الصيدلانية ولائحة تقاليد المهنة، بدون دار نشر، 2003.
3. طالب نور الشرع، مسئولية الصيدلاني الجنائية، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، 2008.
4. عباس علي محمد الحسيني، مسئولية الصيدلي المدنية عن أخطائه المهنية، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1999.
5. عبد الحميد الشواربي، مسئولية الأطباء والصيادلة والمستشفيات المدنية والجزائية والتأديبية، الطبعة الثانية، منشأة المعارف، الاسكندرية، 2000.
6. عبد السلام عبد العم، تأديب الموظف العام في مصر، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، القاهرة، 2004.
7. عبد المهدي بواعنة، إدارة المستشفيات والخدمات الصحية "التشريع الصحي والمسئولية الطبية"، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2003.
8. عصام الصفدي ومالك خريسات، قوانين وتشريعات الصحة والسلامة المهنية، الطبعة الأولى، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2002.
9. مصطفى محمد عبد المحسن، الخطأ الطبي والصيدلي "المسئولية الجنائية"، بدون دار نشر، 2000.
10. منصور عمر المعايطة، المسئولية المدنية والجنائية في الأخطاء الطبية، الطبعة الأولى، بدون دار نشر، 2004.

ثانياً: الرسائل والأبحاث العلمية:

1. ابراهيم بن صالح اللحيدان، مسئولية الصيدلي عن أخطائه المهنية وعقوباته في النظامين السعودي والمصري، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، 2006.
2. الأستاذة بن سويسي خيرة، العمل الصيدلاني، بحث منشور، العدد الأول، مجلة الندوة للدراسات القانونية، جامعة الطاهر مولاي–سعيدة، الجزائر، 2013.
3. إسلام إحسان، المسئولية التأديبية للموظف العام في ضوء قانون نظام العاملين المدنيين بالدولة "الوضع الحالي والوضع المأهول"، بحث منشور، مركز الحوكمة، المعهد القومي للإدارة – جمهورية مصر العربية، بدون سنة نشر.

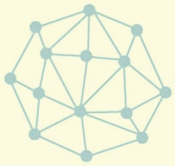
4. أكرم محمود الجمعات، العلاقة بين الجريمة التأديبية والجريمة الجنائية " دراسة مقارنة "، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، 2010.
5. أمجد جهاد نافع عياش، ضمانات المساءلة التأديبية للموظف العام "دراسة مقارنة"، رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، 2007.
6. بختاوي سعاد، المسئولية المدنية للمهني المدين، رسالة ماجستير، جامعة تلمسان أبو بكر بلقايد، الجزائر، 2012.
7. براهيمي زينة، مسئولية الصيدلي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون فرع "قانون المسئولية المهنية"، جامعة مولود معمري –تيزي وزو، الجزائر، 2012.
8. بشتة دليلة وحملاوي رشيدة، نظام تأديب الموظف العمومي في التشريع الجزائري، جامعة 08 ماي 1945–قالمة، رسالة ماجستير، 2014.
9. بوخاري مصطفى أمين، مسئولية عن تصريف الدواء، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير –تخصص قانون طبي، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2016.
10. حسن بن محمد العلياني، الخطأ في الأحكام القضائية ومدى مسئولية القاضي عنه "دراسة مقارنة بين الشريعة والنظام"، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة، السعودية، 1430هـ.
11. ديديش عاشور عفاف، الطعن في تاديب الموظف العام، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2013.
12. عادل يوسف ألشكري المسؤولية الجزائية للطبيب عن إجهاض الحامل "دراسة مقارنة"، بحث منشور، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، جامعة الكوفة، العراق، بدون سنة نشر.
13. علي احمد حسن، سلطة القاضي الإداري إزاء التكييف القانوني الخاطئ للوقائع في مجال تأديب الموظفين، بحث منشور، مجلة كلية الحقوق في جامعة النهرين، بغداد، العراق، المجلد 13، العدد 2، 2001.
14. عيساني رفيقة، المسئولية الطبية أمام القاضي الاداري، رسالة ماجستير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2008.
15. عيساوي زاهية، المسئولية المدنية للصيدلي، رسالة ماجستير، جامعة مولود معمري–تيزي وزو، الجزائر، 2012.
16. عيسى محمد مناصرة، التأديب الإداري في الوظيفة العامة ومدى تأثره بالحكم الجنائي، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، مصر، 2012.
17. فاطمة الزهراء بعرة، المسئولية التاديبية عن اخطاء الأطباء داخل المستشفيات العمومية، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2015.

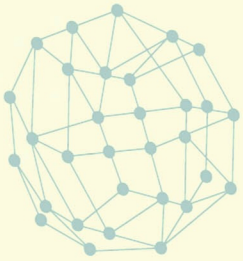
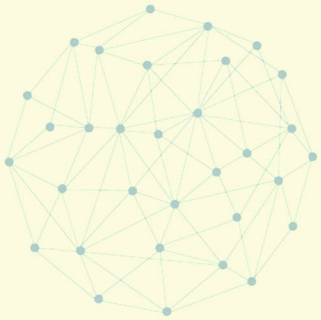
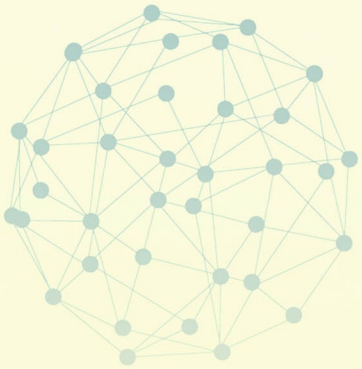
18. فايز مطلق السليمات، ضمانات تأديب الموظف العام في النظام القانوني الأردني، رسالة ماجستير، جامعة الاشرق الأوسط، 2013.
19. كرم محمود الجمعات، العلاقة بين الجريمة التأديبية والجريمة الجنائية "دراسة مقارنة"، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط للدراسات، بدون سنة نشر.
20. لقمان عمر محمد فضل الكريم، المسئولية الجنائية والمدنية للصيدلي "دراسة مقارنة"، رسالة ماجستير، جامعة أم درمان الإسلامية، 2007.
21. محمد الأحسن، العلاقة بين المتابعة القضائية والعقوبة التأديبية للموظف العام، رسالة الماجستير، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2008.
22. محمد عاطف محمد أمين، المسئولية التأديبية للموظف، مقال منشور، مجلة منار الاسلام، العدد 480، 2014.
23. محمد مشبب السهلي، المواجهة والتحقيق من الضمانات التأديبية للموظف العام، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير، جامعة عمان العربية، عمان، 2006.
24. مشعل محمد العجمي، الضمانات التأديبية للموظف العام "دراسة مقارنة بالقانونين الكويتي والأردني"، رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، 2011.
25. نائل محمد يحيى، المسئولية الجنائية عن خطأ التأديب والتطبيب "دراسة فقهية مقارنة"، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة، 2012.
26. هناء بنت ناصر الأحيدب، الأحكام الفقهية للصيدلة، رسالة دكتوراه، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، السعودية، 2013.
27. وسام عقون، ضمانة تسبيب القرار التأديبي في مجال الوظيفة العامة، مذكرة مكملة من متطلبات نيل شهادة الماستر في الحقوق "تخصص قانون إداري"، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2013.

ثالثاً: القوانين والأنظمة والأحكام القضائية:

1. القرار بقانون رقم 15 لسنة 2016م الصادر في العدد 124 من الوقائع الفلسطينية بتاريخ 25-8-2016م. والمطبق بالمحافظات الشمالية من فلسطين.
2. قانون الصحة العامة رقم 20 لسنة 2004م
3. نظام مزاولة مهنة الصيدلة الصادر سنة 1998م وتعديلاته
4. قانون الصيادلة (المعدل) رقم 59 لسنة 1947م
5. النظام الأساسي لنقابة صيادلة فلسطين وفقا لأحكام قانون النقابات المهنية رقم (2) لسنة 2013.
6. القرار الصادر عن مجلس الوزراء رقم(02/37/10/م.و/إ.هـ) 2006. بخصوص الشروط والمواصفات الفنية للصيدليات العامة بتاريخ 04/02/2007.

7. حكم محكمة العدل العليا، المنعقدة في رام الله، الدعوى الإدارية، رقم 501، لسنة 2010، في جلسة30/6/2010.
8. حكم محكمة العدل العليا، المنعقدة في رام الله، الدعوى الإدارية، رقم 11، لسنة 2013، في جلسة 10/7/2013.



جميع الحقوق محفوظة لدى مجلة جامعة الإسراء للعلوم الإنسانية2017 - 1438