



המכון ליחסים בינלאומיים ע"ש לאונרד דייוויס
The Leonard Davis Institute for International Relations
معهد ليونارد ديفيس للعلاقات الدولية



מיתווים
המכון הישראלי למדיניות-חוץ אזורית

מי יכול לקדם שלום ישראלי-פלסטיני? תרומתם של שחקנים לקידום תהליכי שלום

נייר ראשון במסגרת הפרויקט המשותף
למכון מיתווים ומכון דייוויס ליחסים בינלאומיים

'שלום באמצעות בריאות' בסכסוך הישראלי-פלסטיני: קרקע לדיאלוג או מסווה לנורמליזציה?

ד"ר יותם רוזנר*
אפריל 2022

"פוליטיקה אינה יותר מאשר רפואה בקנה מידה גדול"
דר' רודולף וירכו, רופא ומייסד תנועת הרפואה החברתית (1821-1902)¹

תקציר

"שלום באמצעות בריאות" היא גישה תיאורטית-יישומית הרואה ביוזמות בריאות הומניטאריות בסיס ראשוני לדיאלוג ושיתוף פעולה בין הצדדים הנצים. לפי הגישה, יוזמות בריאות עשויות להוביל להגברת השיח והדיאלוג בין הצדדים הנצים, לבניית אמון ולקידום שיתוף פעולה בנושאים שונים, אשר עשויים להקל על מעבר מקונפליקט לשלום. על בסיס ראיונות עם נציגי ארגון זכויות אדם ישראלי הפועל למתן שירותי בריאות בשטחים הכבושים, מאמר זה בוחן את יישומה של גישת "שלום באמצעות בריאות" בסכסוך הישראלי-פלסטיני. הסכמי אוסלו הביאו להעברת האחריות לתחום בריאות האוכלוסייה הפלסטינית לרשות הפלסטינית. ואולם, המשך השליטה הישראלית והיעדר ריבונות פלסטינית מלאה הובילו למערכת בריאות פלסטינית מוחלשת וענייה. המחסור החמור במשאבי בריאות הביא לתלות גוברת של האוכלוסייה הפלסטינית בארגוני בריאות הומניטאריים, מקומיים ובינלאומיים, ובכללם אנשי בריאות מהצד הישראלי. מניתוח הראיונות עולה כי הסיוע ההומניטארי שמספקים אנשי הבריאות מספק הזדמנות לבניית שיח, לשיתופי פעולה ולגיסטיים ולביסוס אמון בין העמים. לצד זאת, המאמר דן גם בחסרונות האפשריים של יישום גישה זו במקרה הבוחן הישראלי-פלסטיני, ובאופנים שבהם עבודה הומניטרית עלולה להוביל לנורמליזציה ולשימור הסטטוס קוו של כיבוש. טענת המאמר היא כי יוזמות בריאות הומניטאריות עשויות להוות גשר לפיוס ולשלום בר קיימא. המאמר קורא ליישום "שלום באמצעות בריאות" כגישה המאפשרת בניית שלום מלמטה. בהמשך, קשרים אלו יוכלו להתפתח לדיאלוג ממשלתי רשמי שיכוון להשגת הסכם מדיני מלא.

* ד"ר יותם רוזנר הינו חוקר יחסים בין לאומיים ופוליטיקה השוואתית.

¹ Pinto, Andrew D. "Peace through health." *University of Toronto Medical Journal* 80, no. 2 (2003): 158-60.

א. מבוא

כפי שממחיש הציטוט שבפתיחה, שלום ובריאות הן תופעות השזורות זו בזו. הקשר שבין סכסוכים לבריאות אינו מצריך הסברים. עימותים חמושים גורמים מטבעם לפגיעה בגוף ובנפש, לחרדה וטראומה מתמשכת, לתחלואה ולמוות. אולם, ההשלכות של סכסוכים על בריאות חורגות בהרבה מהנזקים שנוצרים משימוש בנשק. פגיעה בתשתיות, בתפקודי מערכות, וכמובן – הפניית משאבים למטרות צבאיות במקום למטרות חברתיות – יוצרים בעיית בריאות נרחבת.² על כן, ברור מאליו שמעבר מסכסוך לשלום ישפיע לטובה על בריאות האוכלוסיות המעורבות. לצד זאת, עולה השאלה: האם שלום יכול להתחיל דווקא מטיפול רפואי?

'שלום באמצעות בריאות' (Peace through Health - PtH) היא גישה אקדמית-יישומית אשר רואה ביוזמות לקידום בריאות באזורי סכסוך כלי לקידום תהליכי שלום.³ אף על פי שלאורך ההיסטוריה לא מעט אנשי רפואה פעלו לצמצום ומניעת סכסוכים (הרופא זוכה פרס הנובל לשלום אלברט שווייצר הוא דוגמה בולטת),⁴ ניכר כי הגישה החלה להתבסס בשנות השמונים עם התנועה הבינלאומית של רופאים למניעת הפצת נשק גרעיני (IPPNW).⁵ אנשי התנועה השתמשו במעמד המקצועי כדי להפיץ מודעות להיעדר יכולות טיפול בנפגעי נשק גרעיני, וביטאו קול לסיכול ומניעת נשק גרעיני. בהתבסס על גישה זו, התפתחו מושגים דומים כגון 'דיפלומטיית בריאות', 'דיפלומטיה של אסונות' ו'דיפלומטיית חיסונים'. הרצינול המשותף להן הינו שיוזמות הומניטאריות למתן שירותי בריאות באזורי סכסוך מהוות כר לקיום דיאלוג, לבניין שיתוף פעולה ואף יצירת אמון – בין הצדדים, ולפיכך עשויות לסייע בפתרון סכסוכים.

הסכסוך הישראלי-פלסטיני מהווה מקרה בוחן מובהק לבחינת הגישה. הכיבוש הישראלי המתמשך והקיפאון בתהליך השלום הותירו את מערכת הבריאות הפלסטינית חלשה ומפוצלת. לאור זאת, האוכלוסייה הפלסטינית ברצועת עזה ובגדה המערבית תלויה במעורבות וסיוע מטעם ארגוני בריאות הומניטאריים הפועלים למתן והנגשה של שירותי בריאות לאוכלוסייה זאת, בין אלה ניתן לציין יוזמות בריאות משותפות של ישראלים ופלסטינים, שנועדו לתת מענים לצרכי הבריאות של האוכלוסייה. היחסים הבלתי פורמאליים המתקיימים בין אנשי הבריאות הישראלים והפלסטינים, בולטים על רקע העדר תהליך מדיני.

על בסיס הרקע התיאורטי וראיונות עם אנשי ארגון זכויות אדם ישראלי הפועל למתן שירותי בריאות לאוכלוסייה הפלסטינית בשטחים הכבושים, המאמר בוחן את יישום גישת שלום באמצעות בריאות לסכסוך הישראלי-פלסטיני, ומציע מודל תלת שלבי ליישום הגישה: (1) יצירת קשר ובניית יחסי אמון באמצעות סיוע מתמשך של ארגוני חברה אזרחית העוסקים בבריאות (2) השתתפות פעילה של אזרחים וארגונים מקומיים (3) תמיכה מצד מוסדות ממשלתיים שסייעו בקידום יחסים עד להגעה לפתרון בר קיימא.

ב. בריאות ושלום - ההיבט התיאורטי

בפרק זה תוצג ההתפתחות ההיסטורית של גישת שלום באמצעות בריאות, היתרונות שהיא מציעה וחסרונותיה. בנוסף, יוצג הבסיס התיאורטי שבתוכו נטועה גישת שלום באמצעות בריאות, המוכר בספרות כ'דיפלומטיה במסלול שני'. תיאוריה זאת מציגה ומנתחת את השפעתם של מהלכים דיפלומטיים המתבצעים על ידי אנשים אשר אינם מדינאים או דיפלומטים מקצועיים, במסלול עוקף דיפלומטיה רשמית. טענת המאמר

² Vass, Alex, "Peace through health: this new movement needs evidence, not just ideology," (2001): 1020.

³ MacQueen, Graeme, and Joanna Santa-Barbara, "Peace building through health initiatives," *bmj* 321, no. 7256 (2000): 293-296.

⁴ Rodriguez-Garcia R, Sclessor M, Bernstein R., "How can health serve as a bridge for peace?" Washington, DC: George Washington Center for International Health; 2001.

⁵ Pinto, Andrew D., "Peace through health," *University of Toronto Medical Journal* 80, no. 2 (2003): 158-60.

היא כי פעולותיהם של אנשי בריאות שנועדו לסייע להבראת אוכלוסיות באזורי סכסוך, עשויות להפוך לבסיס להידברות ומשא ומתן רשמי.

שלום באמצעות בריאות

'שלום באמצעות בריאות (Peace through Health – PtH) הוא מושג המתאר יוזמות לקידום בריאות התומכות בתהליכים לקידום שלום, תוך ערעור והחלשת מנגנוני האלימות. פעולות אלה עשויות ללבוש צורות רבות: הפסקת אש במטרה לחסן ילדים, מתן חוות דעת רפואיות על מנת לאסור סוגי נשק מסוימים, דיווח על הפרת זכויות אדם באזורי לחימה, ומאמצים לרפא אנשים וקהילות בשטחי קרב. דוגמה רלוונטית לכך התקיימה בתקופת הקורונה, כאשר מזכ"ל האו"ם קידם יוזמה של הפסקת אש גלובלית, מהלך שהביא להפסקה במעשי האיבה במספר מדינות ובהן קולומביה ותימן.⁶ העיקרון המארגן של 'שלום באמצעות בריאות' הוא שמתן שירותי בריאות באזורי קונפליקט, מניח תשתית ארגונית – חברתית תומכת לקיום דיאלוג ושיתופי פעולה, ואף יכול להפוך לנקודת פתיחה למשא ומתן וליבון מחלוקות בין עמים.

יוזמות לקידום שלום באמצעות בריאות וסיוע רפואי אינן תופעה חדשה, הצלב האדום נוסד כבר ב-1864 במיוחד למטרה זו.⁷ עם זאת, בעשורים האחרונים ניתן לראות עליה בהיקפן. ב-1981, אסיפת הבריאות העולמית של האו"ם הדגישה את תפקיד ענף הבריאות בשימור וקידום שלום, ודרשה מארגון הבריאות העולמי (WHO) למסד וליישם החלטות של האו"ם לחיזוק שלום ופירוק נשק.⁸ בהתאם, קידם ארגון הבריאות העולמי את מיזם 'גשר לשלום' באזורי סכסוך באמריקה הלטינית. הפסקת האש ההומניטרית שיזם הארגון לצורך מתן חיסונים באל-סלבדור בסוף שנות ה-80 "Days on tranquility", נחשבת לגורם חשוב שסייע לשיחות השלום.⁹ יוזמות דומות מטעם יוניסף (UNICEF), קרן החירום של האו"ם לילדים, סיעו בהשגת הפסקות אש בלבנון (1985), סודאן (1989), בפיליפינים (1993) ואפגניסטן (1994-1995).¹⁰ מודל נוסף הוא בריאות לכינון שלום לאחר מלחמה (Conflict transformation). יוזמות אלו קידמו עבודה משותפת של אנשי בריאות משני צדדי הסכסוך, והובילו להפשרת מתחים בין אוכלוסיות ולשיתופי פעולה, במיזמים שנערכו ביוגוסלביה,¹¹ בבורונדי,¹² ועוד.¹³

ואולם, ארגונים מדינתיים ועל-מדינתיים אינם השחקנים היחידים במאמץ זה. חלק חשוב מיוזמות בריאות לקידום שלום נעשה בידי ארגוני חברה אזרחית, מקומיים ורב-לאומיים כאחד: הצלב האדום, רופאים ללא גבולות ועוד. במישור המקומי ניתן לציין את ארגון IsraAID המגיש סיוע הומניטארי במצבים של אסונות טבע ומגפות ברחבי העולם.¹⁴ מחקרים אקדמיים רבים עסקו בתפקיד שארגונים אלה ממלאים בקידום שלום. למשל, סקינר ועמיתים בחנו יוזמות בריאות משותפות לישראלים, פלסטינים וירדנים שעבדו יחד במסגרת

⁶ Gowan, Richard. "What's happened to the UN Secretary-General's COVID-19 ceasefire call?" *International Crisis Group* 16 (2020).

⁷ Rodriguez-Garcia R, Sclesser M, Bernstein R., "How can health serve as a bridge for peace?" Washington, DC: George Washington Center for International Health; 2001.

⁸ Resolution WHA34.38. The role of physicians and other health workers in the preservation and promotion of peace as the most significant factor for the attainment of health for all. Thirty-fourth World Health Assembly, Geneva, 4-22 May 1981. Geneva: World Health Organization; 1981

⁹ Arya, Neil, "Peace and health: bridging the north-south divide," (2017): 87-91.

¹⁰ Peters, Mary Anne, "Health-to-peace handbook: ideas and experiences of how health initiatives can work for peace," (1996).

¹¹ Vass, 2001.

¹² Christensen, Cathryn, and Anbrasi Edward, "Peace-building and reconciliation dividends of integrated health services delivery in post-conflict Burundi: qualitative assessments of providers and community members," *Medicine, Conflict and Survival* 31, no. 1 (2015): 33-56.

¹³ Brennan, Seán, "Biopolitical Peacebuilding—Peace through Health," *Peace Review* 31, no. 2 (2019): 139-147.

¹⁴ Cnaan Liphshiz, "[Israeli philanthropists. IsraAID help dozens flee Afghanistan for UAE](#)," Times of Israel, 21 September 2021.

הארגון הקנדי CISEPO (Canada-International Scientific Exchange Program).¹⁵ דוגמה נוספת ליוזמות מוצלחות יחסית לקידום שלום מצד ארגונים לא מדינתיים הינה יוזמת HEAL Africa שפעל למתן שירותי בריאות במזרח קונגו.¹⁶

התזה העולה ממחקרים אלה מצביעה על הפוטנציאל הטמון בעבודתם של אנשי בריאות באזורי סכסוך בקיום תהליך של שלום והבראה של הצדדים הניצים. היות ואנשי הבריאות מטפלים בפצועים וחולים מכל צדדי הסכסוך הם נתפסים כיותר אמינים על ידי היריבים, כמו בעיני הקהילה הבינלאומית. עבודתם מסייעת בתהליך של החלמה, אינדיבידואלית וקולקטיבית, של הקהילות המעורבות, ובכך פותחת ערוץ להידברות ושיתוף פעולה בין הצדדים.¹⁷

כשערוצים רשמיים לא מספיקים: דיפלומטיה במסלול שני

בשונה מ'דיפלומטיה של מסלול ראשון' (Track I Diplomacy) המתארת משא ומתן רשמי בין מדינות המנוהל על ידי דיפלומטים מקצועיים, המושג 'דיפלומטיה במסלול שני' (Track II Diplomacy) הוגדר על ידי ג'וזף מונטוויל כ"אינטראקציה לא רשמית ובלתי פורמלית בין חברי קבוצות או אומות יריבות שמטרתן לפתח אסטרטגיות, להשפיע על דעת הקהל ולארגן משאבים חומריים ואנושיים בדרכים שעשויות לסייע בפתרון סכסוכים".¹⁸ באותה עת, מונטוויל עצמו גרס כי מסלול זה אינו מהווה תחליף לדיפלומטיה מסורתית, אלא כהליך שנועד לסייע למנהיגים להתגבר על אילוצים פוליטיים ומוסדיים בעת מיסוד יחסים.¹⁹

השימוש בדיפלומטיה במסלול שני החל בתקופת המלחמה הקרה, כאשר מפגשים בחסות אקדמית הפכו לזירת מפגש ודיאלוג בין נציגים לא-פורמליים של מדינות הנתונות בסכסוך. דוגמה מוכרת לדיפלומטיה במסלול שני היא כנס בקולג' דארטמות', שהוביל למפגש בין אמריקאים לסובייטיים ב-1960 בתקופת נתק דיפלומטי בעקבות משבר מטוס הריגול U-2.²⁰ מפגשים מסוג זה שירתו כקרקע לדיאלוג גם בין נציגים לא-פורמליים בסכסוך הישראלי-פלסטיני. ניתן לציין כנסים של האקדמיה האמריקאית למדעים ואמנויות בנוכחות נציגים ישראלים ופלסטינים שהתקיימו בשנות ה-70 וה-80. מפגשים אלה יצרו בסיס לדיאלוג ישראלי-פלסטיני שהכשיר את הקרקע לקידום הסכמי אוסלו, אשר אף הם החלו במסלול דיפלומטיה משני.²¹

השימוש בדיפלומטיה במסלול שני מציע יתרונות לא מבוטלים: נציגים לא רשמיים אינם מוגבלים על ידי מגננוני פיקוח חוקתיים ופוליטיים, ועל כן הם יכולים להתבטא באופן חופשי. באותה שעה, המנהיגים אינם צריכים לחשוש מפני אובדן מצביעים ובעלי ברית פוליטיים בעקבות המגעים. כמו כן, מפגשים אלה מהווים מרחב גמיש ופתוח ליצירת רעיונות חדשים שלא עולים במרחב הרשמי. בנוסף, המגעים מעצימים גורמים קהילתיים ומשתפים אותם בתהליך הדיפלומטי, מה שעשוי להכשיר את דעת הקהל לחשיבות השלום העתידי, גם אם יכול ויתורים ופשרות. לצד זאת חשוב לזכור את חולשות השיטה: המשתתפים אינם נהנים ממעמד רשמי,

¹⁵ Skinner, Harvey, Ziad Abdeen, Hani Abdeen, Phil Aber, Mohammad Al-Masri, Joseph Attias, Karen B. Avraham et al., "Promoting Arab and Israeli cooperation: peacebuilding through health initiatives," *The Lancet* 365, no. 9466 (2005): 1274-1277.

¹⁶ D'Errico, Nicole C., Christopher M. Wake, and Rachel M. Wake, "Healing Africa? Reflections on the peacebuilding role of a health-based non-governmental organization operating in eastern Democratic Republic of Congo," *Medicine, conflict and survival* 26, no. 2 (2010): 145-159.

¹⁷ Arya, Neil, "Peace through Health I: development and use of a working model." *Medicine, Conflict and Survival* 20, no. 3 (2004): 242-257.

¹⁸ Mapendere, Jeffrey, "Track one and a half diplomacy and the complementarity of tracks," *Culture of Peace Online Journal* 2, no. 1 (2005): 65.

¹⁹ Ibid. p.65.

²⁰ DiMaggio, Suzanne, "Track II diplomacy." *The Iran primer: power, politics and US policy* (2010): 206-208.

²¹ Homans, Charles, "Track II diplomacy: a short history," *Foreign policy*, 20 (2011).

דבר שמחליש את השפעתם על הנציגים הרשמיים של מדינותיהם. מעבר לכך, נציגים לא רשמיים מתנהלים ללא תיאום עם גורמים רשמיים, דבר שיוצר לעתים אי-אחידות במסרים הדיפלומטיים.²²

בשל החסרונות בהפרדה התיאורטית בין הערוץ הרשמי והערוץ הלא רשמי, פתחו לואיס דיאמונד וג'ון מקדונלד גישה שלישית, 'דיפלומטיה מרובת מסלולים' (Multi-track diplomacy) שסיווגה את הערוצים הרלוונטיים לקידום שלום: סוכנויות ממשלתיות, עסקים, אזרחים, אנשי אקדמיה, עמותות ועוד. ערוצים אלה אינם פועלים באופן נפרד, אלא מקיימים ביניהם יחסי גומלין שנועדו להכשיר את דעת הקהל לחשיבות הסכם השלום.²³ הגישה החדשה ממחישה את הפער בין הגעה להסכם שלום פורמאלי לבין חיי שלום לאחריו – בעוד שלראשונה נדרשת בעיקר תמיכת אליטות מדיניות ופוליטיות, לצורך דו קיום ממשי ומתמשך בין עמים נדרשת רשת ענפה של גורמים ובעלי אינטרס, אזרחיים וממשלתיים, המייצגים חלקים נרחבים ומגוונים בתוך החברות. יתר על כן, כשיש קושי פוליטי-מדיני לקדם תהליך שלום ולהגיע להסכם פורמלי בין ההנהגות הרשמיות, יש למערכת קשרים רב-ערוצית, מגוונת ומתמשכת בין החברות, תרומה רבה גם להכנת התשתית לחיי השלום העתידיים, וגם ל'דחיפה' של האליטות לקדם תהליך שלום פורמלי.

למרות המורכבות והגיוון של המודל החדש, הוא איננו מכיל התייחסות לפוטנציאל הטמון בעבודתם של אנשי בריאות ככלי לקידום והסדרה של יחסי שלום. בדומה ליתר הערוצים במודל, בריאות היא מרחב בלתי נפרד מניהול חיי היום יום. בשל מומחיותם המקצועית ונחיצותם, אנשי בריאות זוכים לאמון רב מאנשים בכל הנוגע למתן טיפול בעת מחלה ברמה הפרטית, וכהשלכה, לאמון גם בעת עיסוק בסוגיות ציבוריות כגון צריכת סוכר, עישון, זיהום אוויר וכו'. סמכות מקצועית זאת מעצימה את יכולתם של אנשי בריאות לקדם מהלכים בזירה הציבורית גם בסוגיות טעונות מבחינה פוליטית.

חרב הפיפיות של יוזמות בריאות הומניטאריות

המושג שלום שנוי במחלוקת לא פחות מהצעדים שנועדו להשגתו. לעיתים קרובות, שלום מתואר כהיעדר אלימות פיזית. מדובר בהגדרה בעייתית, שכן תחת פרמטרים אלה, גם דיכוי ברוטלי של מחאה עממית לגיטימית עשוי להיתפס כ"שלום". על מנת להגדיר את השלום בצורה רחבה יותר, יוהאן גאלטונג (Galtung) הציע הבחנה בין "שלום שלילי" ל"שלום חיובי". בעוד שלום שלילי נתפס כהיעדר אלימות, שלום חיובי כולל את היעדרה של 'אלימות מבנית' (הקצאה בלתי הוגנת של משאבים) ו'אלימות תרבותית' (גורמים תרבותיים היוצרים עיוורון מצד קבוצות מסוימות לאי-צדק עמוק בחברה שבה הם חיים). בעוד השגת "שלום שלילי" לרוב איננה תורמת להשגת צדק חברתי, "השלום החיובי" שואף להשגת מטרה זאת. שלום חיובי מתבטא בהגשמה של הזכויות והערכים המובילים לשביעות רצון, שוויון וצדק.²⁴

מסיבה זאת, קיים סיכון ביוזמות "טכניות" להשגת בריאות אשר אינן מתמודדות עם סוגיות של אי-שוויון ואי-צדק. פעולותיהם של ארגוני בריאות הומניטאריים, אשר מספקים טיפולים באזורי מחסור, נותנים מענה חיוני, אך באותה העת זמני ונקודתי. הטיפול הנקודתי במצוקות בריאות הנוצרות מאי-שוויון מערכתי מנרמל ומטשטש את האפליה בהקצאת משאבים. בנוסף לכך, שיתוף הפעולה ההכרחי עם הכוח הכובש שנועד לקבלת היתרים ואישורים לצורך הגעת צוותים רפואיים, מביא לכדי כך שהוא מקבל מעטה של לגיטימציה מסוימת לאורך זמן. במקרים מסוימים שלטונות מפרי זכויות אדם השתמשו בטיפול רפואי כאמצעי לבצע "הלבנה" (Whitewashing) לפשעים שבצעו. יתר על כן, ההקלה של המשבר ההומניטארי בשל הטיפול הרפואי עשויה להקל על הצדדים להמשיך במעשי האיבה לאור העובדה שהמצב אינו חמור דיו כדי שמי מהצדדים ישקול מעבר ממצב לחימה להידברות ודיאלוג.

²² Allen, Nate, "Bridging divides: track II diplomacy in the Middle East," (2013).

²³ Arya, Neil, "Peace through Health I: development and use of a working model." *Medicine, Conflict and Survival* 20, no. 3 (2004): 242-257.

²⁴ Gawerc, Michelle I., "Peace-building: Theoretical and concrete perspectives," *Peace & Change* 31, no. 4 (2006): 435-478.

על כן, חשוב שקידום השלום על בסיס יוזמות בריאות לא יתמקד רק במיגור האלימות, אלא גם בהשגת שלום בתנאים שוויוניים וצודקים, אשר יבטיחו לכל הצדדים את מלוא זכויותיהם. חשוב לזכור כי 'שלום' הוא לא רק 'חופש מאלימות', אלא גם שלווה נפש (Peace of Mind). מעבר לזכות לחיות, לאנשים יש את הזכות לחיות חיים בריאים ושלווים ולזכות ביחס שוויוני וצודק.²⁵

ג. דיון: הפוטנציאל בעבודת ארגוני בריאות לבניית שלום בסכסוך הישראלי-פלסטיני

אף על פי שהסכסוך הישראלי-פלסטיני נמשך מעל 100 שנים, הרי שסוגיית הבריאות בתחומי התחדדה לאחר כיבוש הגדה המערבית ורצועת עזה בשנת 1967. מתוקף אמנות בינלאומיות, לכוח כובש' (Occupying Power), ישראל מחזיקה בחובות מגוונות כלפי האוכלוסייה הפלסטינית, ובכללן אספקת שירותי בריאות. לאורך השנים ישראל התנערה מאחריות זאת, דבר שהוביל לקיום פערים משמעותיים בבריאות האוכלוסיות. ב-1993 נחתם בין אש"ף לבין ממשלת ישראל מסמך הבנות (הסכם אוסלו), ובעקבותיו ב-1994 נחתם הסכם 'עזה ויריחו' שהיווה את אבן הפינה של הרשות הפלסטינית. סדרת ההסכמים הביאו להעברת סמכויות ואחריות בתחומים שונים לרשות הפלסטינית, ובכלל זה האחריות למתן שירותי בריאות לפלסטינים.

המשך השליטה הישראלית והיעדר ריבונות פלסטינית מלאה בשטחי הגדה המערבית ורצועת עזה הובילו לקשיים משמעותיים במתן שירותי בריאות לאוכלוסייה הפלסטינית. הקיפאון בתהליך אוסלו שמלכתחילה נועדו להוות שלב ביניים לקראת הסכם קבע, פגע באופן חמור ביכולתה של ההנהגה הפלסטינית לכוון ולפתח מערכת בריאות ההולמת את צרכי האוכלוסייה. מערכת הבריאות הפלסטינית סובלת ממחסור בתרופות, בציוד רפואי, במומחים ובצוות רפואי.²⁶ בנוסף, סגרים צבאיים והגבלת חופש התנועה של הפלסטינים גרמו להידרדרות באיכות החיים, לעוני חמור, ולפגיעה בתנאים מגדירי בריאות.²⁷ הפערים בבריאות בין תושבי ישראל לבין האוכלוסייה הפלסטינית בגדה המערבית ורצועת עזה מתבטאים באין ספור מדדים, ובכללם בתוחלת חיים, במדדי תחלואה, תמותת תינוקות ועוד.²⁸

מצב זה מביא לתלות גבוהה של פלסטינים בגדה המערבית ובעזה בשירותי בריאות מצד ארגונים הומניטאריים, כמו גם בשירותים מצד בתי חולים במדינות אחרות (ובהן ישראל). בשל המחסור בסוגי טיפולים אמבולטוריים שונים בשטחים הכבושים, האוכלוסייה הפלסטינית בגדה המערבית ובעזה נסמכת על "תירות מרפא" - טיפולים רפואיים הניתנים בבתי חולים בישראל (מרביתם בבתי חולים במזרח ירושלים) ובמדינות נוספות.²⁹ עלות ההפניות מוערכת בעשרות מיליוני שקלים בשנה ומושתת על הרשות הפלסטינית, ונוגסת בחלק משמעותי מתקציב הבריאות הפלסטינית. תלותה של האוכלוסייה הפלסטינית בתירות מרפא מביאה לכך שתקציב הבריאות הפלסטיני ביחס לתמ"ג (12.3% נכון ל-2014) גבוה כמעט פי שלוש משל מדינות האזור.³⁰

²⁵ Abuelaiash, Izzeldin, Michael S. Goodstadt, and Rim Mouhaffel, "Interdependence between health and peace: a call for a new paradigm," *Health promotion international* 35, no. 6 (2020): 1590-1600.

²⁶ Gross, Aeyal, "Litigating the Right to Health Under Occupation: Between Bureaucracy and Humanitarianism." *Minn. J. Int'l L.* 27 (2018): 421.

²⁷ יותם רוזנר וע'אדה מג'אדלי, "ישראל והזכות לבריאות של הפלסטינים בגדה המערבית בתקופת הקורונה", *רופאים לזכויות אדם*, אוגוסט 2021.

²⁸ Rosenthal, Frank S. "A comparison of health indicators and social determinants of health between Israel and the Occupied Palestinian Territories," *Global public health* (2020): 431-447.

²⁹ אוריאה אלמסי, "נתונים על מתן טיפול רפואי לפלסטינים בבתי-חולים בישראל", הכנסת, מרכז המחקר והמידע, 2 בינואר, 2017.

³⁰ World Bank, "Public Expenditure Review of the Palestinian Authority," September 2016,

לצד תיירות המרפא, נסמכת האוכלוסייה גם על סיוע מתמשך מצד ארגוני בריאות הומניטאריים. ארגונים אלה פועלים ברמות שונות: סיוע בפעולה מול מערכת הביטחון הישראלית לקבלת היתרי מעבר, העברת ציוד רפואי (למשל חיסונים), סדנאות להכשרת אנשי רפואה מרצועת עזה והגדה, ומתן שירותי בריאות ישירים בשטחים הכבושים. בין הארגונים הללו ניתן למנות ארגונים בינלאומיים (למשל ארגון הבריאות העולמי) ומקומיים: ארגוני זכויות אדם העוסקים במתן שירותי בריאות ('רופאים לזכויות אדם'), ארגוני חברה העוסקים בקידום מיזמים בנושאים חברתיים ('מרכז פרס לשלום וחדשנות', 'פרויקט רוזנה'), ארגונים העוסקים בהיתרי חופש תנועה ('גישה') ועוד. התלות של הפלסטינים בארגוני זכויות אדם בעייתית, אולם היא מאפשרת גישה לארגוני בריאות אזרחיים שבתורם יכולים לתרום לקידום חיי שלום.

מקרה החקר של רופאים לזכויות אדם והמודל התלת-שלבי לקידום שלום

נוכח ההישענות של פלסטינים בגדה ובעזה על שירותי בריאות מצד ארגוני זכויות אדם מקומיים, ובהתבסס על שיחות שנערכו עם נציגים מעמותת רופאים לזכויות אדם – ישראל (להלן: רל"א) המאמר מציע מודל לקידום הידברות ומגע בין הצדדים לסכסוך הישראלי-פלסטיני באמצעות יוזמת בריאות. מודל העבודה מבוסס על שלושה שלבים: א. לגיטימציה לקשר (Contact); ב. עירוב שחקנים מהחברה האזרחית (Empowerment); ג. מתן חסות ותמיכה מצד מוסדות רשמיים (Institutionalization).

עמותת 'רופאים לזכויות אדם' מספקת זה למעלה מ-30 שנים שירותי בריאות בשטחים הכבושים. הארגון שהוקם מלכתחילה כארגון סולידריות עם האוכלוסייה הפלסטינית הכבושה בתקופת האינתיפאדה הראשונה, מספק שירותי בריאות מסוגים שונים ברצועת עזה ובגדה המערבית, ובכלל זה משלחות רפואיות, חלוקת תרופות, וסיוע בקבלת אשרות לצורך טיפולים רפואיים. ברמה העקרונית, הארגון פועל להעלאת מודעות להשפעות הכיבוש על בריאות הפלסטינית, לפרסום דו"חות ומאמרים המתארים את מצב הבריאות בגדה המערבית וברצועת עזה, ובהעלאת מודעות למצב בפורומים בינלאומיים. כל זאת במטרה להביא את ישראל להכיר את מחויבותה להעניק שירותי בריאות לתושבי השטחים. מתוך שיחות שהתקיימו עם אנשי רל"א, מעלה המאמר כי העבודה ההומניטארית שמקיים הארגון מהווה תשתית חיובית לשיתופי פעולה, שניתן למנף לשינוי פוליטי מבני ולהעמקת דיאלוג בין הצדדים.³¹

1. טיפול הומניטארי כבסיס להידברות (Contact)

אחת מאבני הדרך הבסיסיות בקידום יחסי שלום בין קבוצות היא שבירת מחסום חוסר האמון והאיבה בין הצדדים. מתן שירותי בריאות הומניטאריים יכול לפיכך להוות צעד ראשון להשבת האמון, גם בקרב אנשים בעלי עמדות נוקשות מאוד כלפי הצד השני בסכסוך. דווקא לאור הנסיבות שנוצרו, קבלת שירותי בריאות קבועים ומתמשכים משחקת תפקיד משמעותי במתן 'לגיטימציה' לקבלת שירות מהצד הישראלי ולקשר קבוע, גם בהיותו כוח כובש. ככל שהשירות חיוני ומתמשך, כך גוברת הקבלה מצד האוכלוסייה בתועלת שלו. כך למשל העידה אינתסיאר חרוב, מנהלת מרפאת הנשים הניידת ברל"א:

משלחות רל"א נכנסות לכפרים בשטחים תוך הבעת סולידריות [עם האוכלוסייה הפלסטינית] וקריאה לשלום. למרות שאנחנו פועלים כארגון ישראלי, וישראל היא המדינה הכובשת, אנחנו נכנסים בהסכמה ובתיאום מראש. לאו דווקא כל הכפרים מסכימים לכניסה שלנו, אבל רוב הכפרים, כמעט כולם, כן רוצים שניכנס. הם מכירים את העמדה שלנו. היא מקובלת עליהם. הם מכירים בנו כארגון ישראלי שבא לתת שירות רפואי ולא מעבר... יותר ויותר כפרים שרוצים שנגיע, יותר ויותר אנשים שרוצים שיתוף פעולה איתנו. יותר אנשים שמבינים שאנחנו ארגון הומניטארי כן חושבים שאנחנו עוזרים.

³¹ הראיונות התקיימו עם יו"ר הוועד המנהל של רל"א ד"ר גיא שלו, סמנכ"ל רל"א, הדס זיו, ומנהלת מרפאת הנשים הניידת אינתסיאר חרוב.

באותה העת, עבודת הבריאות ההומניטארית עשויה להפוך בנקל לחרב פיפיות ולנרמל את הסטטוס קוו. על פי ד"ר גיא שלו, אנתרופולוג ויו"ר הוועד המנהל של רל"א:

המלכות של ההומניטריזם שהיא מרדדת את האדם לרמה הביולוגית שלו. כלומר לאדם יש קושי, כאב, מצוקה, ואנחנו מטפלים במצוקה שלו. המכשול בזה הוא שהאדם מקבל מענה לקשיים האישיים שלו, במנותק מהיבטים המבניים שמייצרים את הקשיים מלכתחילה. זה הקושי בעבודה ההומניטרית, היא אמנם מייצרת תקשורת עם הצד השני, אבל מרדדת את התקשורת באופן שמקשה עלינו לעשות את הצעדים שנוגעים לרובד המבני והעקרוני.

הדברים האמורים מצביעים על הפוטנציאל החיובי (והשלילי) של העבודה שנעשית בידי ארגוני בריאות. בשל העובדה שהיא ממלאת צורך כה חיוני, הנטוע במרכז הקונצנזוס, היא מאפשרת מגעים מתמשכים בין אנשים משני עברי המחלוקת הזוכים ללגיטימציה מצד הציבור. מבחינה זאת, יש יתרון לכך שהארגונים הפועלים הם ארגונים מקומיים (Ggrassroots) ולא ארגונים בין לאומיים. ואולם, הקשר עצמו אינו תנאי מספק לקירוב לבבות, הוא חייב להיות מלווה בהכרה מסוימת בסבל של הפלסטינים ועמדה פוליטית ברורה לגבי הסכסוך כדי לקבל לגיטימיות.

לפי הדס זיו, סמנכ"ל תוכן ואתיקה ברל"א, הפוטנציאל של העבודה הרפואית לסייע בקידום קשרים בין עמים מותנה באופן שבו הוגש הסיוע:

אם זה רק שירות רפואי בלי איזושהי הכרה אז זה חסר. הם יכולים להגיד 'הרופאים האלה חושבים שהם עושים לנו טובה והם לא מודעים לכמה מהסבל שלנו והמחלות שלנו בגללם, או בגלל העוני או הכיבוש', אז לא – זה לא יהיה בסיס לדיאלוג. אבל אם הם מודעים לעשייה הפוליטית של הארגון או אם נוצר שיח שבו הרופאים מקבלים את האחריות שלנו [ישראל], או לחלופין אם הם מגיעים לבית חולים ונמצאים שם מספיק זמן כדי שייוצרו קשרים אנושיים מעבר לקונפליקט הפוליטי. אז אלה מקומות שבהם יש כר לשיח שהוא מעבר לסיסמא.

2. עירוב גופים מוסדיים לשיח ודיאלוג עם אנשי בריאות (Empowerment)

ככל שהשירות הרפואי נעשה ממוסד יותר ומערב גורמים רבים יותר, כך נדרשת השתתפות של יותר גופים מהצד הפלסטיני (מלבד המטופלים עצמם). למשל, כדי לקיים משלחות רפואיות בשטחי C יש ליצור קשר עם משרד הבריאות הפלסטיני, רשויות מקומיות, עמותות מקומיות ובינלאומיות ועוד.³² הצירוף של הגופים השונים מעצים את התפקיד שהם מגלמים, תוך שהם מקיימים דיאלוג מתמשך עם אנשים מהצד השני לסכסוך – גם אם כזה שמוגבל לסוגיות בריאות.

שיתוף הפעולה בנושאי בריאות בין הצדדים מאפשר מרחב להעברת ידע ויצירת סולידריות בין השותפים למתן שירותי הבריאות משני צדי המתרס. הידע המועבר אינו מוגבל מטבע הדברים לטיפול נקודתי בפציעות או מחלות, אלא יכול לעסוק גם בבריאות הרחב: בנזק פסיכולוגי כתוצאה מהקונפליקט, בתנאים מגדירי בריאות או בהפרת זכויות אדם. כך מתאר ד"ר גיא שלו:

³² שטח C הוא שטח ביהודה ושומרון הנמצא בשליטה ביטחונית ואזרחית ישראלית, בניגוד לשטחי A ו-B, הנתונים לשליטה אזרחית של הרשות הפלסטינית מאז הסכם אוסלו. שטחי C מהווים כ-60% משטחי יהודה ושומרון, וחיים בהם למעלה מארבע מאות אלף מתנחלים ישראלים. מכיוון ששטחי יהודה ושומרון לא סופחו למדינת ישראל, הפלסטינים והמתנחלים בשטחים כפופים רשמית למשטר צבאי. יש חוסר בהירות בנוגע למספר הפלסטינים החיים בשטח זה, על פי ההערכות, מספרם הינו לפחות 200 אלף איש. ראה: המשורקית. "על האוכלוסייה בשטחי C", גלובס, 11 במרץ, 2018.

העבודה ההומניטארית מאפשרת קשר ישיר עם אנשים בדרגים שונים. גם בדרגים מקצועיים, גם מטופלים בעצמם... אני לא יודע אם זה מוביל לאמון, אבל זה כן יוצר איזושהי מסגרת שבה מתקיים קשר – קשר חשוב שבאמצעותו אפשר להוביל לפעולה שהיא יותר מבנית ורוחבית. הקשר הזה מייצר לנו שותפים בשטח: ארגונים ואנשי מקצוע שאנחנו עובדים איתם, מטופלים שאנחנו עובדים איתם. מתוך שיתופי פעולה שמגיעים מתוך המקום ההומניטרי, אנחנו מקבלים מידע מהשטח שהוא חשוב וקריטי לנו כדי לדעת איזה שינוי מדיניות צריך ליזום כדי לתקן בעיה מבנית.

השפעתם של ארגוני זכויות אדם ובריאות על מקבלי ההחלטות מוגבלת, ואולם בשל המומחיות המקצועית שלהם והידע שהם נחשפים לו, יש להם לגיטימציה ציבורית להעלות סוגיות בריאותיות באופן שיכול לשנות את הסטטוס קוו. זאת באמצעות מספר דרכים. ראשית, שפיכת אור על תנאי הבריאות בשטחים הכבושים, אשר מכוונת להביא לקריאה מטעם ארגוני בריאות למקבלי ההחלטות. דוגמה רלוונטית לכך, היא הפנייה הפומבית של ארגוני זכויות אדם למשרד הביטחון ומשרד הבריאות בדרישה כי חיסוני הקורונה יסופקו לפלסטינים הנתונים לשליטתה של ישראל בגדה המערבית וברצועת עזה.³³

שנית, מומחי בריאות יכולים לנצל את מומחיותם במקרים של התדיינות משפטית (למשל מול בג"צ), כדי להביא לשינוי מדיניות בכלים משפטיים. דוגמה לכך, היא בג"ץ רופאים לזכויות אדם נגד השר לביטחון פנים.³⁴ מטרת העתירה הייתה להביא להפסקת הפרת זכותם החוקתית של האסירים (ברובם אסירים ביטחוניים – קרי פלסטיניים) אשר נאלצו לישון על הרצפה בהיעדרה של מיטה ללינת לילה. שלישיית, מעמדם היוקרתי של אנשי בריאות כמומחים יכול לסייע גם בהעלאת מודעות בקרב הקהל הרחב ובדעת הקהל העולמי, ולדחוף את מקבלי ההחלטות לשינוי מדיניות.

3. מתן חסות מצד גורמים ממשלתיים ישראלים לדיאלוג (Institutionalization)

למרות היתרונות הטמונים במתן שירותי בריאות ויצירת קשרים לא רשמיים בין עמותות וחברה אזרחית, הרי שללא מיסוד היחסים בין הגורמים הפלסטיניים השונים לבין מוסדות רשמיים, השפעתם מוגבלת. לאחר ביסוס הלגיטימציה הראשונית לקבלת שירותים מהצד הישראלי, יצירת הקשרים הראשונים והכנסת שחקנים רבים מהחברה הפלסטינית לתוך מעגל הגופים המעורבים, יש לבצע מהלך רוחבי שיוביל למחויבות מוסדית מטעם משרדי הבריאות של שני הצדדים, ולאורך זמן. על היחסים להישאר במרחב הלגיטימי של ההידברות (תחומי בריאות), אולם לשמר את הקשר לפיתוח מיזמים ושיתופי פעולה נוספים (הקמת מרפאות, מכונים ובתי חולים, הכישה משותפת של שירותי בריאות ועוד).

באותה העת, אין ספק כי מעורבותם של משרדי הבריאות מטעם שני הצדדים ומיסוד שיתופי הפעולה יהוו מהלך פוליטי. מעורבות ממשלתית זו עשויה לסכן את ההישגים שנוצרו בקשרים עם האוכלוסייה האזרחית, אשר לא מעטים מתוכה אינם ששים לקיום יחסים עם נציגי העם הכובש. כך אומרת אינתסיאר חרוב:

אנחנו מדברים על משהו מאוד פוליטי. עצם זה שהשר הפלסטיני ייפגש עם שר ישראלי יגרור הרבה תגובות קשות, משני הצדדים... לכן צריך להבהיר את העניין הזה, שקודם כל מדובר פה בבריאות. אם אנחנו מבהירים שזאת לא נורמליזציה, אלא זכות שהתושבים הפלסטינים חייבים לקבל אותה, אני לא חושבת שתהיה התנגדות.

³³ ראה: "רופאים לזכויות אדם למנכ"ל משרד הבריאות: ישראל חייבת לספק חיסונים לפלסטינים בגדה המערבית וברצועת עזה." רופאים לזכויות אדם, 16 בדצמבר 2020; "31 ארגונים: ישראל חייבת לספק למערכות הבריאות הפלסטיניות את החיסונים לקורונה", רופאים לזכויות אדם, 6 בינואר, 2021.

³⁴ בג"ץ 4634/04. פסק הדין קבע כי "עצור יהיה זכאי, בין היתר... לתנאי תברואה הולמים, לתנאים שיאפשרו לו לשמור על נקינות האישי, לטיפול רפואי הנדרש לשם שמירה על בריאותו ולתנאי השגחה מתאימים על פי דרישת רופא" (ראה דברי השופט חשין בפסק הדין).

מבחינה זאת, שיתוף הפעולה היחסי שהחל בתקופת משבר הקורונה עשוי להוות אבן פינה לדיאלוג. במהלך המגפה, פנו רופאים לבריאות הציבור למשרד הבריאות בבקשה לחסן את האוכלוסייה הפלסטינית, תוך הדגשה ששתי האוכלוסיות חולקות את אותו גורל אפידמיולוגי.³⁵ לחץ זה הוביל לשינוי במדיניות משרד הבריאות בנושא החיסונים, והביא בין היתר לאספקת חיסונים לפלסטינים ללהטב"קים המתגוררים בשטחי ישראל ולעובדים פלסטינים העובדים בתחומי ישראל, וזאת בניגוד לעמדתו הראשונית של משרד הבריאות.³⁶ יתר על כן, למרות התנגדות מוקדמת העבירה ישראל לידי הפלסטינים המתגוררים בשטחים מיליוני חיסונים (אשר חלקן נרכשו על ידי הרשות הפלסטינית וחלקן בתרומות).³⁷ ביוני 2021 אף נחתם הסכם רשמי לרכישת למעלה ממיליון חיסוני קורונה מישראל לתושבי השטחים, ואולם ההסכם בוטל בו ביום על ידי הנציגים הפלסטיניים בשל מחלוקת בנוגע להתאמת החיסונים שהועברו למפרט שהוסכם.³⁸

למרות ביטול ההסכם, ובהובלת שר הבריאות הנכנס ניצן הורוביץ, נערכו צעדים שנועדו להפשיר את הקיפאון המדיני. ביולי 2021 נפגשו שר הבריאות הורוביץ ושרת הבריאות הפלסטינית מיי אל-כילה. הייתה זו הפעם הראשונה זה שנים שבה נושאי תפקידים אלה בשני הצדדים נועדים זה עם זה. בפגישה השרים סיכמו שישראל תכיר בתעודת המתחסן שמנפיקה הרשות. כמו כן הוסכם שישראל תקל על מעבר חולים מרצועת עזה לבתי חולים בגדה המערבית, ושישראל תאפשר לרשות לספק שירותי רפואה לבתי ספר במזרח ירושלים.³⁹

בהמשך לכך, הוביל הורוביץ מהלכים נוספים לקידום שוויון בבריאות. שר הבריאות הודיע כי למעלה מ-200 מיליוני שקלים יועברו לתושבי הרשות הפלסטינית לשעבר שנישאו לישראלים ומתגוררים בארץ, וכן כי המדינה תממן ביטוח רפואי לפלסטינים שנישאו לאזרחי ישראל המתגוררים בשטח המדינה. עד כה אותם פלסטינים נדרשו לשלם 285 שקלים בחודש למשך 27 חודשים על מנת להיות זכאים לביטוח הבריאות הממלכתי הניתן בישראל.⁴⁰ באוקטובר 2021, נפגש הורוביץ (יחד עם שרים וח"כים נוספים ממפלגתו) עם מחמוד עבאס ברמאללה כדי "לחדש את שיתוף הפעולה בין שני הצדדים".⁴¹ הפגישות בין השר הורוביץ וראשי הרשות הפלסטינית בלטו על רקע היעדר מגעים בין עבאס לראש הממשלה הישראלי, נפתלי בנט. בנט אף הבהיר בפומבי באותה תקופה כי אין בכוונתו להיכנס למשא ומתן עם יו"ר הרשות הפלסטינית.⁴²

לסיכומו של עניין, לאחר כינון וגיבוש היחסים באמצעות ארגוני חברה אזרחית, חיוני להגיע לכדי מיסוד הדיאלוג באמצעות נציגי העמים הרשמיים, שכן הכוח לספק פתרונות בקנה מידה רחב מצוי בדרג זה. יש לזכור כי גם במודל של Bottom-up, הרי שהכוח למסד יחסים בין העמים, ובתוך כך – להקצות משאבים חיוניים – נתון בידי הממשלה. מחויבות ממשלתית אמיתית מהצד הישראלי, שתכיר בזכות לבריאות שווה של הפלסטינים תסייע בלגיטימציה של המהלך. יש לציין כי הצעדים שביצע משרד הבריאות בנוגע לפלסטינים בתקופת השר הורוביץ ושיתופי פעולה נוספים עברו כמעט ללא התנגדות ומחאה ופוליטית, וזאת בניגוד לצעדים דיפלומטיים בין מנהיגים אשר מושכים ביקורת ציבורית ופוליטית נרחבת בהרבה.

³⁵ שלי קמין-פרידמן, "תחסנו את הפלסטינים. אנחנו חולקים גורל אפידמיולוגי", *Ynet*, 12 בינואר, 2021.

³⁶ תומר אלדובי, "משרד הבריאות אישר לחסן פלסטינים להטב"כים", *מאקו*, 8 במרץ, 2021.

³⁷ ברק רביד ומירב כהן, "ישראל תעביר חיסוני קורונה לגדה המערבית במסגרת הסכם עם הרשות הפלסטינית", *וואלה*, 18 ביוני, 2021.

³⁸ אליאור לוי, אדיר ינקו, "100 אלף חיסונים יוחזרו: הפלסטינים ביטלו את ההסכם עם ישראל", *Ynet*, 19 ביוני, 2021.

³⁹ ג'קי חורי ומיכאל האוזר טוב, "משרד הבריאות הפלסטיני: ישראל תכיר בתעודת המתחסן שמנפיקה הרשות", *הארץ*, 28 ביולי, 2021.

⁴⁰ יהונתן ליס, "פלסטינים שנישאו לתושבים ישראלים לא יידרשו לשלם אלפי שקלים כתנאי לביטוח רפואי", *הארץ*, 19 בספטמבר, 2021.

⁴¹ ירון אברהם, "שרי מרצ נפגשו במוקטעה עם אבו מאזן: נמנעו צעדים שיפגעו בפתרון שתי המדינות", *מאקו*, 3 באוקטובר, 2021.

⁴² איתמר אייכנר, "בנט: לא אפגש עם אבו מאזן – הוא התלונן נגדנו בהאג", *Ynet*, 4 בספטמבר, 2021.

מהלך זה יכלול "העברת מקל" מארגוני חברה אזרחית לגורמים ממסדיים, ובאופן טבעי יקטין את מקומם של ארגונים אלה. יש להבהיר כי מדובר בהליך חיובי והכרחי. כשם שטיפול נקודתי איננו תחליף רצוי לקידום בריאות ומניעה מתמשכת לאורך זמן, כך עבודת ארגונים הומניטאריים איננה תחליף הולם לפתרונות מוסדיים ופורמאליים לאורך זמן. עם זאת, מובן שעל תהליך העברה זה להתבצע באופן הדרגתי ולא ברגל גסה. בכלל זה יש לוודא כי התשתית והידע שצברו ארגוני הבריאות ההומניטאריים ישמרו, כדי שהמעבר מ'טיפול הומניטארי' ל'טיפול מוסדי' יהיה חלק וטבעי ככל האפשר.

ד. סיכום

מאז פרוץ אינתיפאדת אל אקצא עסקו אינספור חוקרים בניתוח הגורמים לקריסת תהליך השלום שהחל באוסלו: היעדר מחויבות של שחקני המפתח, היעדר מנגנונים יעילים להבטחת יישום ההסכם, חוסר היכולת של המנהיגים להתמודד עם הניצים המתנגדים לפשרות ועוד.⁴³ כך או אחרת, לאחר שני עשורים שבהם הערוץ הדיפלומטי הראשי היווה את הנתיב העיקרי לניסיונות פיוס בין ישראל לפלסטינים, נדמה כי ערוץ זה הגיע למבוי סתום בתקופת שלטון נתניהו, ובמיוחד לאחר כישלון יוזמת המשא ומתן שהוביל מזכיר המדינה ג'ון קרי ב-2014.⁴⁴ גם לאחר כינון ממשלת בנט, נדמה כי הגישה הדומיננטית בקרב מקבלי החלטות בישראל היא שאין מחויבות אמיתית בצד הפלסטיני למשא ומתן שיוביל לפתרון קבע, ולפיכך אין בו טעם.⁴⁵

מעבר לשאלת כוונותיה של הנהגת הרשות הפלסטינית, יש לתהות עד כמה הגדרת פתרון הסכסוך כ"הכל או כלום" משרתת את הצדדים. ייתכן שהתוצאה האפקטיבית ביותר תגיע דווקא בהתקדמות "עקב בצד אגודל", שתגייס שחקנים רבים מהחברה האזרחית המחויבים למטרה צנועה ומוסכמת (כגון קידום בריאות), ובכך תכשיר בלבבות את חשיבותה של שותפות אמיתית בין הצדדים. ניתן להזכיר כי אחת מהביקורות על הסכמי אוסלו, היא שהכתבת שלום מלמעלה-למטה (Top-down) איננה מתמודדת עם בעיות השורש של הסכסוך: העוינות, הפחד והיעדר דיאלוג בין העמים.⁴⁶ הביקורת על תהליך אוסלו נשמעה הן מפי ישראלים והן מפי פלסטינים דוגמת אדוארד סעיד, אשר טענו כי נציגיהם בתהליך השלום היו חסרי יכולת ומושחתים, וכי ההישגים שהביא עמו ההסכם אינם מספקים.⁴⁷ מבחינה זאת, דווקא העשייה ההומניטארית של ארגוני חברה אזרחית, ובכללם ארגוני בריאות, אשר מכירים בהקשר הפוליטי והמבני הרחב של הסכסוך, תוכל לייצר בסיסי תמיכה עממית לקיום דיאלוג וניהול יוזמות משותפות שיובילו בהדרגה לריפוי השסע. כאמור, הצעדים שביצע משרד הבריאות לאחרונה עברו כמעט ללא התנגדות.

עם זאת, יש גבול להיקף הציפיות שניתן לתלות ביוזמות בלתי פורמאליות שנעשות בידי ארגונים מהחברה האזרחית. על מנת שהעבודה החיונית המתבצעת בידי ארגונים אלה תביא ליצירת יחסי אמון אפקטיביים, ולא תישאר ברמה המקומית בלבד, עליה לעלות מדרגה – ולהבשיל ליחסי Bottom-Up הכוללים יוזמות משותפות לקידום בריאות מטעם נציגי רשמיים מצד הצדדים. על צעדים אלה להיות משמעותיים ובעלי נראות, ולהכיר

⁴³ Çuhadar, Esra, and Bruce W. Dayton. "Oslo and its aftermath: Lessons learned from Track Two diplomacy." *Negotiation Journal* 28, no. 2 (2012): 155-179.

⁴⁴ שלמה ברום, אודי דקל, ענת קורץ, "הזירה הישראלית-פלסטינית: לקחים בעקבות משא ומתן כושל ועימות צבאי." בתוך: ענת קורץ ושלמה ברום (עורכים) הערכה אסטרטגית לישראל 2014-2015, המכון למחקרי ביטחון לאומי.

⁴⁵ למשל אמירותיהם של ראש הממשלה בנט ושרת הפנים שקד, כי 'אבו מאזן אינו פרטנר'. ראו: בר פלג, "שקד: בנט לא מתכוון להיפגש עם עבאס, הוא לא פרטנר." הארץ, 14 בספטמבר, 2021; איתמר אייכנר, "בנט: לא אפגש עם אבו מאזן – הוא התלונן נגדנו בהאג", *Ynet*, 4 בספטמבר, 2021.

⁴⁶ Yaalon, Moshe, "How to Build Middle East Peace: Why bottom-up is better than top-down," *Foreign Aff.* 96 (2017): 73; Rothstein, Robert L. *How Not to Make Peace: "conflict Syndrome" and the Demise of the Oslo Accords*, United States Institute of Peace, 2006.

⁴⁷ Mac Ginty, Roger, and Pamina Firchow, "Top-down and bottom-up narratives of peace and conflict," *Politics* 36, no. 3 (2016): 308-323.

באחריות ישראל לזכות לבריאות של הפלסטינים. המהלכים האמורים שקידם משרד הבריאות בראשית השר
הורוביץ הם צעד ראשוני בכיוון הנכון.