מיתווים
המכון הישראלי למדיניות-חוץ אזורית



שיקום במבט קדימה:
מסגרת אסטרטגית לבנייה מחדש של מערכת הבריאות בעזה

פרופ' דורית ניצן | אפריל 2026

photo by: Jaber Jehad Badwan

כתיבה: פרופ' דורית ניצן

עיצוב: עדי רמות

אפריל 2026

SID ISRAEL
Society for International Development

מיתווים
המכון הישראלי למדיניות-חוץ אזורית

שיקום במבט קדימה:

מסגרת אסטרטגית לבנייה מחדש של מערכת הבריאות בעזה

פרופ' דורית ניצן[1]*

מסמך מדיניות למכון מתווים והאגודה לפיתוח בינלאומי (SID)[2]

1* Prof. Dorit Nitzan, MD, MPH, RD, is Head of the School of Public Health at Ben-Gurion University of the Negev, Director of the Master's Program in Emergency Medicine, and Chair of BGU-FOR, the Food Systems, One Health and Resilience Research Center. She previously served in senior health and emergency leadership roles at the World Health Organization.

2 Writing about the reconstruction of Gaza's health system from within Israeli civil society carries an ethical responsibility. This paper was prepared in that spirit: not as a substitute for Palestinian ownership, decision-making, and leadership over Gaza's future, but as a professional contribution offered in partnership. It draws on public health, humanitarian, and peacebuilding experience, and on dialogue with Palestinian and international colleagues who contributed insights, knowledge, recommendations, and feedback, including those who, for legitimate reasons of safety and context, are not named here. Precisely because Israeli society is part of the regional reality that has contributed to the scale of harm, Israeli public health and peace professionals have a duty to speak, to listen, and to help build conditions for a shared future rooted in dignity, equity, accountability, and mutual security.

תוכן עניינים

תקציר מנהלים 5

1. מבוא ורקע 7

2. סיפורי הצלחה היסטוריים של שיקום מערכת הבריאות לאחר מלחמה 12

3. יישום הלקחים מסיפורי ההצלחה ההיסטוריים ל"שיקום במבט קדימה" של מערכת הבריאות בעזה: מאמצים מובילים, עקרונות מנחים וצעדים קונקרטיים 16

4. תפקידה של ישראל: עבר הווה ועתיד 30

5. מסקנות וקריאה לפעולה 34

נספח א': הצעות אופרטיביות לשיפור הטיפול הרפואי המיידי לתושבי עזה 39

נספח ב': התערבויות קצרות טווח במטרה לשפר את המענה ההומניטרי בעזה 42

תקציר מנהלים

הקריסה הכמעט מוחלטת של מערכת הבריאות בעזה היא מקרה קשה במיוחד של התמוטטות מוסדית, אולם במקביל היא גם חלון הזדמנויות היסטורי לעידן שלאחר המלחמה, ואפשרות לעשות את הקפיצה ממערכת מפוצלת ותלוית תורמים לעבר מודל משולב, הוגן ויציב יותר. נכון לתחילת 2026, המחיר האנושי מונה מעל 72,000 הרוגים ו-171,000 פצועים, בתוך סביבה שבה 84% ממתקני הבריאות ניזוקו או נהרסו, ושנותרו בה 1,400 מיטות אשפוז בלבד לאוכלוסייה של 2.2 מיליון נפש. המסגרת האסטרטגית עבור מכון מיתווים והאגודה לפיתוח בינלאומי (SID) המובאת כאן, קוראת לבצע שינוי רדיקלי על פי העיקרון של "שיקום במבט קדימה" ("Building Forward Better"). שיקום כזה אינו מסתפק בסיוע המסורתי, אלא מבקש לטפל בגורמים הפוליטיים, המבניים והסביבתיים העמוקים המשפיעים על הבריאות. הממצאים מעלים שמדובר בסביבה בלתי יציבה של סיכוני בריאות, עם 61 מיליון טון של פסולת מזוהמת ועם פליטה יומית של 130,000 מטרים מעוקבים של ביוב גולמי, המאיימים על מתקני התפלה אזוריים וכבר גרמו להופעה מחודשת של נגיף הפוליו מסוג 2 ושל קדחת הנילוס המערבי.

הצלחה אסטרטגית תחייב הקמת ארכיטקטורת ניהול מאוחדת, שתהיה כפופה למועצת בריאות לאומית אוטונומית למחצה, ברוח הרפורמות הרדיקליות המוצלחות שנעשו בקוסובו והשכילו לנתק בין קובעי המדיניות לבין יישום השירותים בפועל. המטרה היא להבטיח מנהיגות מבוססת-יכולות ואתיקה מקצועית דרך לשכות רפואיות עצמאיות.

שירותי הבריאות החדשים צריכים להתבסס על מערכת שירותי רפואה ראשונית בקהילה, שבהם צוותי רפואת משפחה נותנים מענה לכ-90% מצורכי הטיפול ועוסקים ברפואה מונעת. בנוסף יש להכשיר צוותים לא רפואיים, ובתוכם מורים ומנהיגי קהילה, וכן להקים שירותים של בריאות הנפש ומרכזים קהילתיים ייעודיים לקורבנות טראומה.

כדי לגשר על הפער במיומנויות מתמחות, מומלץ שבמסגרת מאמצי השיקום תינתן עדיפות במלגות רפואיות לפלסטינים המשמשים כרופאים ואנשי מקצוע בתחומים של טראומה, טיפולי שיקום, בריאות הנפש, אונקולוגיה ושירותי מניעה, וכי עובדי בריאות מנוסים ישולבו מחדש דרך ארגוני חברה אזרחית ושותפויות מקצועיות.

הצורך המיידי ביציבות מחייב גיוס כספים לקרן תיווך פיננסי (Financial Intermediary Fund – FIF), שתנהל את 7 מיליארד הדולר המוערכים כי יידרשו לשיקום, ובנוסף גיבוש "רשימה לבנה" של שרשראות אספקה כדי לעקוף את מגבלות השימוש הכפול בכל הקשור לטכנולוגיות מצילות חיים. כדי להבטיח את רציפות השירות בסביבה ללא יציבות ביטחונית, יהיה צורך בתשתיות שלא יסתמכו על רשת החשמל המרכזית הרעועה, אלא על עמדות רפואה סולאריות ויחידות התפלה ניידות שאינן מחוברות לרשת. מעבר לביטחון הרפואי, חשיבות עליונה מיוחסת לביטחון הסביבתי; אנו ממליצים להשקיע בשיקום מהיר של תשתית ביוב חוצת-גבולות כדי להגן על מקורות מים אזוריים ועל יישום ששת הממדים של ביטחון תזונתי, תוך מתן עדיפות לחקלאות מקומית של "זרעים בריאים" והעצמת החברה האזרחית המקומית להוביל את תיאום הסיוע.

הצורך להבטיח מערכת בריאות איכותית בעזה מציג הזדמנות היסטורית לבנות מערכת שתהיה יותר הוגנת ועמידה מקודמתה ותהנה ממימון יציב יותר. הראיות מקוסובו, רואנדה, גרמניה ובוסניה והרצגובינה מציעות מפת דרכים ברורה: להשקיע בשירותי רפואה ראשונית ובשירותי בריאות הציבור, לפרוס עובדי בריאות קהילתיים, לבסס מנגנוני כיסוי ביטוחי אוניברסלי, לאחד את הממשל, ולהבטיח אחריות מקומית על תהליך השיקום. יש להקשיב לצורכי הקהילה ולקולה ולהשתמש בהם כהנחיות לפעולות קונקרטיות, ובמקביל ליישם שיטות של "שכנות טובה" הרואות בבריאות מכנה משותף וגשר לשלום.

עבור ישראל, הבחירה אינה אידיאולוגית אלא פרגמטית. עשרות שנים של שיתוף פעולה בתחום הבריאות הוכיחו ששיתוף פעולה חוצה-גבולות בתחום בריאות הציבור אינו רק אפשרי, אלא מהלך חיוני לביטחון האזורי. המערכת האקולוגית הסביבתית המשותפת, הצורך החיוני בניטור חוצה-גבולות של מחלות והאיומים הישירים על התשתיות הישראליות ממערכת התברואה הקורסת של עזה, פירושם שהימנעות מפעולה משותפת היא אסטרטגיה הפוגעת בישראל.

מבחינת הקהילה הבינלאומית, קרן השיקום והפיתוח של עזה מספקת את ארכיטקטורת המימון הנדרשת. מה שנחוץ כעת הוא רצון פוליטי, מחויבות מתמשכת, ויישום לקחים ממאמצי השיקום המוכחים שנעשו במקרים אחרים של סיום מלחמות במהלך שמונת העשורים האחרונים. "שיקום במבט קדימה" אינו רק סיסמה, אלא תנאי אסטרטגי לבריאות, לביטחון ולכבוד של כל האנשים, פלסטינים, ישראלים ואחרים, החולקים את אותו אזור קטן וצפוף.

1. מבוא ורקע

קריסתה של מערכת הבריאות בעזה מאז אוקטובר 2023 מחייבת פעולה דחופה. יש לבנות מערכת בריאות בת-קיימא השמה את האדם במרכז, ומעניקה כיסוי אוניברסלי. נכון לתחילת 2026, 94% מכלל בתי החולים ברצועה ניזוקו או נהרסו, למעלה מ-1,722 עובדי שירותי בריאות נהרגו, וארגון הבריאות העולמי (WHO) תיעד 697 תקיפות על מתקני בריאות[3]. על פי מסמך להערכת ביניים מהירה של הנזקים והצרכים בעזה והגדה המערבית (IRDNA)[4], האומדן הכולל של עלויות השיקום הוא 53 מיליארד דולר. עם זאת, ההיסטוריה מלמדת ששיקום לאחר מלחמה יכול לשמש "חלון הזדמנויות" למעבר ממערכות מפוצלות וחסרות משאבים, לעבר מודלים עמידים והוגנים יותר. מהפכת רפואת המשפחה בקוסובו, ביטוח הבריאות הקהילתי של רואנדה שהשיג כיסוי של 97.3%, והנס הכלכלי של גרמניה בעקבות תוכנית מרשל, מציעים שורה של לקחים מעשיים.

המסגרת המובאת כאן, פרי הזמנה משותפת של מכון מיתווים ו-SID-ישראל, עושה שימוש במודל אבני הבניין של ארגון הבריאות העולמי ובמשולש הומניטריות-פיתוח-שלום (HDP), כדי לשרטט מפת דרכים מדורגת לשיקום מערכת הבריאות של עזה. התוכנית כוללת התייחסות מפורשת לתפקיד של ישראל, הן בתרומה ההיסטורית והן במחויבות העתידית, בהיותה חלק בלתי נפרד מהביטחון הבריאותי האזורי. המערכת האקולוגית הסביבתית המשותפת, האיומים האפידמיולוגיים חוצי הגבולות ועשרות שנים של שיתוף פעולה ממוסד, הופכים את הניתוק לבלתי אפשרי ואת שיתוף הפעולה לחיוני.

1.1. קנה המידה הגדול של המשבר

היקף ההרס בעזה הוא חסר תקדים בהיסטוריה המודרנית של מלחמות ובריאות. נכון לאמצע 2025, רק 19 מתוך 36 בתי החולים נותרו פעילים, כאשר 12 מתוכם מספקים מגוון שירותים והשאר מוגבלים לטיפולי חירום בסיסיים. ארגון הבריאות העולמי תיעד 697 התקפות על מתקני בריאות מאז אוקטובר 2023. למעלה מ-1,722 עובדי בריאות נהרגו עד ספטמבר 2025, שהם אובדן עצום של הון

3 World Health Organization (WHO), "Health system at breaking point as hostilities further intensify, WHO warns," 22 May 2025;

4 World Bank, European Union and United Nations, Gaza and West Bank Interim Rapid Damage and Needs Assessment, February 2025.

אנושי שנבנה במשך עשרות שנים. הנזק הפיזי למגזר הבריאות לבדו עולה על 554 מיליון דולר, בעוד שסך צורכי השיקום בכל המגזרים מוערכים ב-53 עד 70 מיליארד דולר.[5]

עזה: רקע דמוגרפי וסוציואקונומי

אוכלוסיית עזה, שמנתה כ-2.2 מיליון תושבים לפני המלחמה, היא בין הצעירות והצפופות בעולם. המצור שהוטל על הרצועה מאז 2007 הגביל את הפעילות הכלכלית, ועד 2022 הוריד את התמ"ג לנפש ל-1,508 דולר – פי 36 נמוך יותר מישראל, שבה הוא עומד על 54,931 דולר. מאז אוקטובר 2023, מחקה המלחמה עשרות שנים של פיתוח: הבנק העולמי מדווח על התכווצות של 83% בתמ"ג ועל שיעורי עוני המתקרבים ל-100%.[6]

עומס התחלואה וסדרי העדיפויות של צורכי הבריאות

קריסת תשתיות המים והביוב הובילה לעלייה של פי 20 במחלות מעיים ולהופעה מחודשת של נגיף פוליו מסוג 2 שמקורו בחיסון החי המוחלש[7]. נשים בעזה נמצאות בסיכון גבוה פי 3 למוות בלידה ובסיכון גבוה פי 3 להפלה, בהשוואה לרמות שלפני המלחמה[8]. למעלה מ-320,000 ילדים מתחת לגיל חמש נמצאים בסיכון לתת-תזונה חריפה[9]. היכולת לנהל מחלות כרוניות קרסה עקב אובדן מתקני רפואה

5 WHO, "Health system at breaking point as hostilities further intensify, WHO warns," 22 May 2025; OCHA oPt, "Reported impact snapshot: Gaza Strip," 17 September 2025;

6 World Bank, "New Report Assesses Damages, Losses and Needs in Gaza and the West Bank," 18 February 2025; World Bank, European Union and United Nations, Gaza and West Bank Interim Rapid Damage and Needs Assessment, February 2025.

7 Grotto, I., Agha, H., Abu Al-Halaweh, A., Davidovitch, N., McKee, M., & Nitzan, D. (2025). "Public health, war and cross-border challenges: The recent cVDPV2 polio outbreak in Gaza." EClinicalMedicine, 81, 103136. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103136

8 Palestinian Central Bureau of Statistics, "World Health Day, April 7th, 2026," 7 April 2026; https://www.pcbs.gov.ps/media/2zslosog/worldhealthday2026e.pdf

9 UNICEF State of Palestine, "Gaza's Malnourished Children Can't Afford to Wait," 28 July 2025; Integrated Food Security Phase Classification (IPC), Acute Malnutrition Situation for April 2025–March 2026: Gaza Strip.

ראשונית, תרופות, שירותי מעבדה ומכשירי הדמיה[10]. צורכי בריאות הנפש הם אדירים, עם למעלה ממיליון ילדים הזקוקים לתמיכה פסיכו-סוציאלית.[11]

פערים אסטרטגיים

תחום	מצב לפני המלחמה	מצב נוכחי (2026)	פער
בתי חולים	36 מתפקדים	10–19 בתפקוד חלקי	ירידה של 47% - 72%
מיטות אשפוז	כ-3,500	כ-1,400	ירידה של 60%
עובדי בריאות	מעל יותר מ-10,000	1,722 נהרגו; המונים עקורים	מחסור קריטי
מים/סניטציה	לקוי אבל מתפקד	קריסה כמעט מוחלטת	עלייה של פי 20 במחלות מעיים
תמ"ג	כ-6.2 מיליארד דולר (גדה מערבית + עזה)	התכווצות של 83%	קריסה כמעט מוחלטת
שיעור העוני	כ-53%	קרוב ל-100%	תלות מוחלטת בסיוע

1.2. רציונל והיקף

המסמך הנוכחי נכתב לאור הצורך הדחוף במסגרת אסטרטגית מבוססת ראיות וצופה פני עתיד לשיקום מערכת הבריאות של עזה. הוא מבוסס על הקונספט של "Building Forward Better" (שיקום במבט קדימה): לא רק לשחזר את הקיים, אלא ליצור מערכת בריאות הוגנת, עמידה ובעלת מימון בר-קיימא בהשוואה למצב שלפני המלחמה. המסגרת מעוגנת בשלוש פרדיגמות השלובות זו בזו: (א) אבני הבניין של ארגון הבריאות העולמי לתפקוד מערכת הבריאות; (ב) המשולש

10 Aldabbour, B., Barakat, Y., Elamassie, S. et al. War and chronic illness: a health center-based study of Palestinians with non-communicable diseases in Gaza. Confl Health 19, 36 (2025). https://doi.org/10.1186/s13031-025-00679-9

11 UNICEF, State of Palestine Humanitarian Situation Report No. 45, 30 November 2025; UNICEF, State of Palestine Appeal, 2026. https://www.unicef.org/media/177756/file/SOP-Humanitarian-SitRep-30-November-2025.pdf

הומניטריות-פיתוח-שלום, או "הקשר המשולש", (ג) גישת בריאות למען שלום, הרואה בשיתופי פעולה בתחום הבריאות כגשר לפיוס פוליטי רחב יותר.[12]

הקשר המשולש הומניטריות-פיתוח-שלום, הוא התפיסה המכירה בכך שסיוע הומניטרי, פיתוח ארוך טווח ובניית שלום אינם יכולים לפעול במנותק זה מזה. במשברים ממושכים כמו עזה, תגובות החירום לטווח הקצר צריכות להיות מתוכננות כך שיסייעו להתאוששות בטווח הבינוני ולחיזוק המערכת בטווח ארוך. מיקומו האסטרטגי של ארגון הבריאות העולמי במשולש זה מלמד כי הרחבה של כיסוי בריאות אוניברסלי (פיתוח), מתן מענה בחירום (הומניטרי) ובניית לכידות חברתית (שלום), הם תהליכים החייבים להתבצע במקביל.[13]

1.3. שיטה ומקורות

המסגרת המובאת כאן מתבססת על ראיות ממקורות מוסמכים מרובים: מסמך הערכת הביניים המהירה של הנזקים והצרכים (IRDNA) של הבנק העולמי[14], דוחות מבצעיים ותוכניות מערכת בריאות של ארגון הבריאות העולמי[15], מחקרי

12 World Health Organization, Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action, Geneva, 2007. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/809f813f-5b90-4187-861b-3953bb54e244/content; WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, "Humanitarian-development-peace nexus"; World Health Organization, Bridging the Divide: A Guide to Implementing the Humanitarian-Development-Peace Nexus for Health, Cairo, 2021. https://applications.emro.who.int/docs/9789290227502-eng.pdf?_gl=1*18lsnzq*_ga*OTAwMjI5OTQzLjE3NzM4Njg5OTg.*_ga_610FGB0GNK*czE3ODE0NDk4NTAkbzEkZzAkdDE3ODE0NDk4NTAkajYwJGwwJGgw; World Health Organization, "The Health and Peace Approach to programming," Global Health and Peace Initiative; WHO Executive Board, Global Health for Peace Initiative, EB150/20, 2 December 2021.

13 WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, "Humanitarian-development-peace nexus"; World Health Organization, Bridging the Divide: A Guide to Implementing the Humanitarian-Development-Peace Nexus for Health, Cairo, 2021. https://www.who.int/initiatives/who-health-and-peace-initiative/an-innovative-approach---the-health-for-peace-approach-to-programming

14 World Bank, European Union and United Nations, Gaza and West Bank Interim Rapid Damage and Needs Assessment, February 2025. https://palestine.un.org/en/download/178604/289429

15 WHO, Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes, 2007.

מקרה שעברו ביקורת עמיתים מקוסובו[16], בוסניה והרצגובינה[17] ורואנדה[18] על התקופות שלאחר המלחמות שם, וכן תוכנית Palestine Emerging ופרסומי מכון מיתווים.[19] נסקרו מקורות ספרות ראשוניים ואפורים.

1.4. מתווה המסמך

המסמך נפתח בהצגת לקחים רלוונטיים ממקרי עבר של שיקום מערכות בריאות בתום מלחמה, תוך התמקדות בדוגמאות מקוסובו, רואנדה, תוכנית מרשל ובוסניה והרצגובינה. בשלב הבא מתורגמות התובנות ממקרים אלה לעקרונות מנחים ולצעדים קונקרטיים שיש לאמץ ולקדם בהקשר של שיקום עזה. תשומת לב מיוחדת ניתנת לתחומים של ממשל, מימון, כוח אדם מקצועי, תשתיות פיזיות, מערכות מידע, מתן שירותים, הקשר בין בריאות לסביבה, מזון ותזונה, גישה והוגנות, ועוד.

בהמשך מובא דיון בתפקידה של ישראל ובצורך לבחון את שיקום מערכת הבריאות בעזה כחלק בלתי נפרד ממערכת בריאות אחת ומאוחדת, שתכלול את ישראל, עזה והגדה המערבית, ובהתאם, בצורך לקדם שיתוף פעולה. בסיום מודגש הצורך לאמץ תהליך הדרגתי בן שלושה שלבים ליישום אבני הבניין של ארגון הבריאות העולמי בעזה, לצד הדחיפות שבנקיטת פעולה כבר עתה.

למסמך צורפו שני נספחים חשובים. הראשון מציג הצעות אופרטיביות לשיפור הטיפול הרפואי המיידי לתושבי רצועת עזה, והשני מציג התערבויות לטווח קצר שמטרתן לשפר את הסיוע ההומניטרי בעזה.

16 Buwa, D., & Vuori, H. (2007). Rebuilding a health care system: war, reconstruction and health care reforms in Kosovo. European journal of public health, 17(2), 226–230. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl114
Percival, V., Sondorp, E., & Maclean, A. (2010). "A case study of health sector reform in Kosovo." Conflict and Health, 4, 7.

17 The Portland Trust, Economics in Peacemaking: Lessons from Bosnia and Herzegovina, London, 2009.

18 Hezagira, E. et al. (2025). "Three decades of community health workers in primary health care in Rwanda"; Rwanda Social Security Board, "Community Based Health Insurance (Mutuelle de Santé)."

19 Palestine Emerging, Economic Reconstruction & Development Blueprint, April 2024; Mitvim Institute, Recommendations for Essential Infrastructure and Healthcare in the Gaza Strip, Tel Aviv, 2024.

2. סיפורי הצלחה היסטוריים של שיקום מערכת הבריאות לאחר מלחמה

2.1 קוסובו (1999): רפואה ראשונית כעוגן השינוי

קיימת הסכמה רחבה כי רפורמת הבריאות בקוסובו לאחר המלחמה היא המקרה המלמד ביותר עבור עזה. לאחר המלחמה ב-1999, למעלה מ-90% ממרפאות הבריאות שפעלו כמערכת מקבילה למערכת המדינתית נהרסו, ומתקנים ציבוריים נבזזו. במקום להסתפק בשיקום מודל המומחים שקדם למלחמה, בחר משרד הבריאות של קוסובו לבצע רפורמה מקיפה.

הרפורמות המרכזיות:

- אימוץ מודל של רפואה ראשונית (Primary Health Care) כעמוד התווך של המערכת, כאשר צוותי רפואת משפחה מטפלים ב-80% עד 90% מהבעיות הרפואיות ומשמשים כשומרי סף לטיפול שלישוני, מודל המכונה "הספר הכחול".
- השקת התמחות ברפואת משפחה לבעלי תואר ראשון, כשלוחה של הקולג' המלכותי לרופאים (בריטניה), שהביאה להכשרת 400 רופאים מקוסובו.
- תוכנית של שנתיים לתואר שני בניהול שירותי בריאות, להכשרת קבוצה של מנהיגים מוכווני רפורמה בניהול בריאות מבוזר.
- ניתוק המשרד הממשלתי מיישום ישיר של התוכנית, על מנת לאפשר לו להתמקד בקביעת מדיניות, הבטחת איכות ותכנון משאבי אנוש.

בין השנים 1999 ל-2002, הוקדשו כ-80 מיליון אירו בתרומות למגזר הבריאות של קוסובו, נתח שהיה שני בגודלו רק לתקציב החינוך. הדמיון בין המקרים מבחינת סביבת יישום אוהדת, מעורבות גבוהה של תורמים, אוכלוסייה תומכת וריכוז של הון אנושי באזור גיאוגרפי קטן, הם סיבה לאופטימיות ולזהירות גם יחד, בהתחשב בתנאים המוגבלים הרבה יותר של עזה.

2.2 רואנדה (1994) מהריסות לכיסוי בריאות אוניברסלי

המהפכה הבריאותית ברואנדה לאחר רצח העם, היא כנראה סיפור ההצלחה הדרמטי ביותר בהיסטוריה המודרנית של בריאות הציבור. בשנת 1994 מערכת הבריאות הייתה לא קיימת: בתי חולים נהרסו, פחות מ-100 רופאים נותרו במדינה, והאספקה הפרמצבטית אזלה.

עקרונות האסטרטגיה של רואנדה:

- **עובדי בריאות קהילתיים:** עובדי הבריאות הקהילתיים החלו לפעול בשנת 1995, ומאז הפכו לעמוד השדרה במתן שירותי רפואה ראשונית, חלוקת תרופות נגד מלריה, טיפול בשחפת, בדיקות סקר לתת-תזונה, אמצעי מניעה וטיפול באימהות ברמת הקהילה.
- **Mutuelle de Santé (ביטוח בריאות קהילתי):** הושק בפיילוט בשנת 1999, ומ-2004 הורחב לקנה מידה ארצי והפך לחובה על פי חוק. נכון לשנת 2024, 97.3% מהאוכלוסייה היו מכוסים. הפרמיות נקבעו על כ-2 דולר אמריקאי לבן משפחה לשנה, עם סובסידיות מדינה לעניים ביותר.
- **הזכות החוקתית לבריאות:** חוקת 2003 קבעה את הזכות לבריאות כזכות יסוד, מהלך שאותת על מחויבות פוליטית ארוכת טווח.
- **מימון על סמך ביצועים:** מתקני בריאות קיבלו מימון משלים שנקשר לתפוקות מדידות והביא לשיפור האיכות.

רואנדה התפתחה מפחות מ-100 רופאים לאחר רצח העם ליותר מ-2,000, וכיום מפעילה 2,067 מתקני בריאות ציבוריים ופרטיים, כולל 8 בתי חולים לאומיים שניתן להגיע אליהם בהפניה. כתב העת הרפואי הבריטי The Lancet ייחס את הצלחתה של רואנדה למנהיגות הממשלה, לתוכנית פיתוח לאומית הדוגלת בהוגנות בבריאות, לביטוח הקהילתי, להכשרת עובדי בריאות קהילתיים, ולשיתוף הפעולה המוצלח עם שותפי פיתוח בינלאומיים.

2.3 גרמניה ויפן (1945): מודל תוכנית מרשל

שיקום גרמניה ויפן לאחר מלחמת העולם השנייה קבע את הסטנדרט לשיקום שלאחר מלחמה. תוכנית מרשל (1948–1952) חילקה כ-13.3 מיליארד דולר (שווי ערך ליותר מ-150 מיליארד דולר כיום), תוך מתן עדיפות לביטחון תזונתי, מניעת מחלות ושיקום תשתיות כלכליות.

הקבלות מרכזיות לעזה:

- **סדרי עדיפויות מיידיים:** מחצית מכלל הסיוע בתוכנית מרשל בשנה הראשונה הוקדש למזון, עם מאמצים שיטתיים למנוע מגפות שחפת ומחלות אחרות.
- **אחריות מקומית:** המדינות המשתתפות נדרשו לסייע בפיתוח תוכניות השיקום, ולהבטיח "תרופה ולא רק פלסטר" למצוקה הכלכלית.
- כושר הייצור הכולל בגרמניה בסוף 1947 עמד על 33% בלבד מהרמות שלפני המלחמה (בהשוואה להתכווצות התמ"ג של עזה ב-83%), אך ההתאוששות יצרה את "הנס הכלכלי" בשנות ה-50 וה-60.

2.4 בוסניה והרצגובינה (1995): לקחים זהירים

המקרה של בוסניה והרצגובינה מציע לקח חשוב על הסיבות לכישלון. הסכם דייטון שם קץ למלחמה אך יצר מדינה מפוצלת עם שתי ישויות, נשיאות משולשת, ושכבות מרובות של ממשל. מבנה זה התגלה כקטסטרופלי להתאוששות הכלכלית ולמשילות:

- **5.1 מיליארד דולר** הובטחו בוועידת התורמים הראשונה; 82% מהם הוקדשו לשיקום תשתיות ורק 18% לפיתוח עסקי.
- 13 שנים לאחר מכן, התמ"ג נותר נמוך ב-20% מרמתו טרום המלחמה, האבטלה נעה סביב 40%, והאמון החברתי כמעט ולא היה קיים (7.2% - הנמוך ביותר מבין המדינות להשוואה).
- הפיצול האתני חיזק שחיתות, מנע ניידות עובדים, ויצר כלכלה לא מתפקדת שבה "כולם מדברים בגלוי על האפשרות של מלחמה חדשה".
- במדינה חלשה עם תרומה מקומית מועטה, קידום רפורמות שוק חופשי החמיר את המתחים האתניים במקום למתנם.

הלקח המרכזי: מבנה ההסדר הפוליטי קובע את אופי הכלכלה לאחר המלחמה. עבור עזה, משמעות הדבר היא הימנעות מהסדרי ממשל מפוצלים והבטחה לניהול מערכת בריאות מאוחדת, בעלת יכולת טכנית ובהובלה פלסטינית.

חקר מקרה	גורם הצלחה מרכזי	לקח עיקרי לעזה
קוסובו (1999)	רפורמת שירותי רפואה ראשונית ; רפואת משפחה	מעבר ממודל שבו בית החולים במרכז למודל שבו רפואה ראשונית בקהילה במרכז
רואנדה (1994)	עובדי בריאות קהילתיים + ביטוח בריאות; זכות יסוד לבריאות	ביטוח קהילתי + כוח אדם לכיסוי אוניברסלי
גרמניה (1945)	תוכנית מרשל; אחריות מקומית	מימון בהיקף גדול עם רשות תכנון מקומית
בוסניה (1995)	ממשל מפוצל	הימנעות מפיצול פוליטי בממשל הבריאותי

3. יישום הלקחים מסיפורי ההצלחה ההיסטוריים ל"שיקום במבט קדימה" של מערכת הבריאות בעזה: מאמצים מובילים, עקרונות מנחים וצעדים קונקרטיים

ממשל, מנהיגות ומשמריות

בעיית הפיצול

ממשל הבריאות בעזה סבל באופן היסטורי מפיצול בין משרד הבריאות ברמאללה, הממשל המקומי בעזה, אונר"א, וארגונים לא-ממשלתיים בינלאומיים. הרפורמות המוצלחות ביותר לאחר מלחמות, בעיקר בקוסובו, כללו את ניתוק המשרד הממשלתי מיישום ישיר של התוכניות, וכך אפשרו לו להתמקד בקביעת מדיניות, תכנון משאבי אנוש והבטחת איכות. לעומת זאת, מבנה הרשויות הרב-שכבתי והמחולק אתנית של בוסניה הוביל לסיוע לא מתואם ולחוסר יעילות מערכתית שנמשכו למעלה מעשור.

המלצות אסטרטגיות

- **רשות בריאות מאוחדת:** הקמת רשות בריאות אחת לעזה, המוסמכת לסוגיות הטכניות ומתואמת עם משרד הבריאות הפלסטיני ברמאללה, עם אוטונומיה תפעולית לניהול היומיומי ופיקוח רגולטורי. לחלופין ניתן להקים ממשל שיפעל בשיתוף פעולה עם מועצת השלום הבינלאומית (BoP) והרשות הפלסטינית. הארגון צריך להציב את כל עובדי הבריאות הפעילים בעזה תחת גוף מנהלי זמני אוטונומי ומקצועי – מועצת הבריאות של עזה.
- **יישור קו משפטי ורגולטורי:** ניסוח טיוטת מסגרת רגולטורית פלסטינית מאוחדת, התואמת את תקנות הבריאות הבינלאומיות (IHR) ואת הדין ההומניטרי הבינלאומי (IHL), תוך הסתמכות על מומחיות ישראלית במדיניות בריאות לצורך ייעוץ טכני.
- **ארכיטקטורת תיאומים:** ניהול התיאום בין גורמי הסיוע, הפיתוח והשלום באמצעות מנגנון תיאום שיקום ייעודי בתוך משרד הבריאות, בהתאם להנחיות ארגון הבריאות העולמי לשיקום מערכת הבריאות.

- **מנגנוני נשיאה באחריות:** יישום פלטפורמות של מעורבות קהילתית ואחריות חברתית שיתבססו על פלטפורמות אספות האזרחים ומועדוני הנשים של יוזמת Palestine Emerging.[20]

ועדות לבטיחות ובריאות אזורית

הקמה של ועדות משותפות כגופי קישור רשמיים, כדי להבטיח שמתקנים רפואיים ישמרו על מעמד של "מרחבים מוגנים". ועדות אלו חיוניות ליישום הדין ההומניטרי הבינלאומי, שהוא מערכת כללים גלובלית המעניקה למתקנים וצוותים רפואיים "מעמד מוגן" כדי להבטיח שיישארו לתפקד כאזורים בטוחים ניטרליים בעתות מלחמה. כמו כן, הכללים הבינלאומיים מסייעים לציית לתקנות הבריאות הבינלאומיות, שהן המסגרת המשפטית המחייבת עבור מדינות בסוגיות של תיאום תגובות חוצות-גבולות, שיתוף נתונים וניהול איומי בריאות, במטרה למנוע ממשברים מקומיים להפוך לאירועי בריאות ציבור אזוריים או עולמיים.[21]

מימון מערכת הבריאות והגנה פיננסית

מבנה המימון לפני המלחמה

מימון הבריאות בעזה לפני המלחמה הנוכחית היה רגרסיבי ושברירי מבחינה מבנית. אוכלוסיות בעלות הכנסה נמוכה נשאו בנטל לא פרופורציונלי ושילמו מכיסן עבור תרופות כרוניות וטיפול רפואי שלישוני. השעיית העברת ההכנסות מסליקה יצרה אמנם משבר נזילות קריטי, אולם חוסר היציבות הפיננסית של המערכת מקורו באתגרים מבניים עמוקים שקדמו למערכה הנוכחית. בתוכם ניתן למנות את הירידה החדה בסיוע הבינלאומי, מ-2 מיליארד דולר בשנת 2008 ל-358 מיליון דולר בשנת 2025, ואת הסתמכות היתר על מערכת ההפניות הרפואיות שנוהלה בצורה גרועה, וצרכה שליש מתקציב הבריאות. עלויות היחידה הגבוהות של טיפול חיצוני, ביחד עם חוסר יכולת פנימית והיעדר מודל ביטוח בריאות סוציאלי מאוחד, יצרו בור תקציבי כרוני שזקוק לרפורמה רדיקלית ולא רק לשיקום רמות המימון הקודמות.

20 Palestine Emerging (April 2024). PALESTINE EMERGING is an initiative of the Palestinian Reconstruction and Economic Partnership (PREP). https://palestine-emerging.org/2024/04/08/1-prologue/

21 World Health Organization, International Health Regulations (2005), 4th ed., 2024. https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations/#tab=tab_1

מימון השיקום

מסמך IRDNA של הבנק העולמי מעריך את סך צורכי השיקום ב-53 עד 70 מיליארד דולר, כאשר 20 מיליארד דולר יידרשו בשלוש השנים הראשונות. צורכי השיקום הספציפיים למגזר הבריאות מוערכים ב-1.2 מיליארד דולר עבור שיקום מתקנים ותשתיות דיגיטליות לטווח הבינוני-ארוך. קרן השיקום והפיתוח של עזה, שהוקמה כקרן תיווך פיננסי (Financial Intermediary Fund), החלה לפעול רשמית בפברואר 2026 עם התחייבויות ראשוניות של 5 מיליארד דולר. הבנק העולמי משמש כנאמן מוגבל, ומנהל את הכספים הנכנסים והיוצאים תחת הנחיות מועצת השלום, עם סטנדרטים מחמירים של שקיפות פיננסית ופיקוח.[22]

המעבר למימון בר-קיימא[23]

בהתבסס על הצלחת מודל ביטוח הבריאות (Mutuelle de Santé) של רואנדה, על עזה לעבור בהדרגה ממימון הומניטרי לכיסוי בריאות בר-קיימא, באמצעות:

- **ביטוח בריאות סוציאלי:** פיתוח מודל ביטוח בריאות סוציאלי מבוסס הפרשות משכר, שבו התשלומים משקפים את יכולת ההשתכרות, כאשר סובסידיות מדינה מכסות את הפגיעים ביותר, בהמשך ישיר לגישת רואנדה שהשיגה כיסוי ביטוחי של 97.3%.
- **מימון מבוסס ביצועים:** קישור מימון המתקנים לתפוקות בריאות מדידות, כפי שיושם בהצלחה ברואנדה והומלץ על ידי ארגון הבריאות העולמי.
- **תיאום תורמים:** איגום משאבי תורמים באמצעות מנגנון קרן FIF כדי למנוע זרימת סיוע מקוטעת ולא מתואמת כפי שקרה בבוסניה.

22 World Bank, "Financial Intermediary Fund for Gaza Reconstruction and Development," 25 November 2025; https://www.worldbank.org/en/country/westbankandgaza/brief/financial-intermediary-fund-for-gaza-reconstruction-and-development

23 Ghanem, H., & Maghen, L. (2026). Financing Sustainable Reconstruction of Gaza. Mitvim / Policy Center for the New South, April 2026. English-Financing-Reconstruction-in-Gaza-Liel-Maghen-and-Hafez-Ghanem-April-2026-final_Designed.pdf

צוותי הבריאות: חוסן עובדים ושימור עובדים

המשבר בהון האנושי

עובדי שירותי הבריאות בעזה פועלים בתנאים קיצוניים ומתמודדים עם שחיקה גורפת. מחקרים מציינים כי 56% מהם איבדו עמית לעבודה, ו-37% מדווחים על טראומה משנית קשה. מותם של 1,722 עובדי בריאות הוא אובדן עצום, שכולל עשרות שנים של הכשרה, חניכה וידע מוסדי. בנוסף, עובדי שירותי הבריאות בעזה מדווחים גם על "פציעה מוסרית", שמקורה בחוסר היכולת המערכתית למלא את שבועתם המקצועית בתנאי מחסור קיצוני במשאבים. אנשי רפואה מוצאים עצמם נאלצים לפעול על פי סטנדרטים של חירום, כמו למשל לבצע ניתוחי קטיעות ללא הרדמה. מעשים כאלה מפרים בצורה ישירה את ליבת הקוד האתי שלהם, וגורמים לתחושה עמוקה של כישלון מקצועי.

לקחים השוואתיים

קוסובו התמודדה עם המחסור החריף ברופאים באמצעות "התמקצעות מחדש". היא הפעילה תוכנית תואר שני בת שנתיים בניהול שירותי בריאות כדי להכשיר סוכני שינוי למנהיגות מבוזרת. רואנדה פרסה עובדי בריאות קהילתיים בקנה מידה גדול החל משנת 1995, ובנתה סגל רחב שהביא את שירותי הרפואה הראשונית לכל קהילה.

המלצות אסטרטגיות

- **שיקום השם את האדם במרכז:** מעבר למודל פעולה תחת מועצת הבריאות של עזה. מתן עדיפות לתשלום מיידי ומוסדר של משכורות תקניות לעובדי שירותי הבריאות, כבסיס ליציבות אזרחית ולמניעת "בריחת מוחות" מקצועית. הייצוב הפיננסי חיוני ליצירת המעבר הנדרש מסיוע רפואי הומניטרי לכוח עבודה בר-קיימא, מנוהל היטב ומפוקח.
- **מלגות רפואה:** מוסדות רפואיים, בישראל ומחוצה לה, צריכים להציע מלגות מתקדמות בכירורגיה, אונקולוגיה, שיקום וטיפול נמרץ לרופאים עזתים כדי להתמודד עם הפער במיומנויות המיוחדות.
- **הכשרה מקצועית:** שיתוף פעולה עם בתי ספר ישראליים ובינלאומיים לרפואה ולבריאות הציבור, למתן מלגות מתקדמות בשירותי מניעה, ניתוחי טראומה, טיפולי שיקום, אונקולוגיה, בריאות הנפש ועוד. תוכניות אלו יאפשרו למומחים עזתים לרכוש מיומנויות גבוהות בטיפול מורכב, שנפגעו במהלך הסכסוך.

- **ממשל עצמי מקצועי:** איגודים רפואיים ממדינות שונות, כולל ההסתדרות הרפואית הישראלית, יכולים לתמוך בהקמת לשכה רפואית פלסטינית עצמאית לרישוי מקצועי ואתיקה.
- **משימות משותפות ועובדי בריאות קהילתיים:** הכשרת מנהיגי קהילה ומורים שאינם מתחום הרפואה לסייע באבחונים בסיסיים בתחומי בריאות הנפש ותזונה. הדבר יאפשר לקהילה לתמוך בצרכים בריאותיים ברמה המקומית בזמן המחסור ברופאים מומחים.
- **תמיכה בבריאות הנפש לעובדים:** מיסוד שירותי תמיכה פסיכולוגית לעובדי הבריאות, כולל תוכניות תמיכת עמיתים, תשאול מובנה וגישה לאנשי מקצוע מומחים בתחום בריאות הנפש.
- **הפצת חדשנות ויכולת בינלאומית ל"מילוי שורות" (מודל RAND):** האצת ההפצה של שיטות רפואיות מצילות חיים באמצעות אסטרטגיות RAND, כגון יצירת לוחות מחוונים דיגיטליים בזמן אמת למעקב אחר התפרצות מחלות והקמת "צוותי הדרכה" שיתרגמו מחקר מורכב להוראות ברורות לעובדי הבריאות. בשלב השיקום הראשוני יהיה צורך חיוני במתנדבים בינלאומיים וצוותי רפואת חירום לצורך "מילוי שורות" מהיר, עקב החלל שהותיר אובדן 1,722 עובדי הבריאות. התהליך ייפסק בהדרגה, ככל שהצוות המקומי ישוב וישתלב במערך, ובסיום יהפוך לתוכניות ארוכות טווח של "הכשרת המדריכים", במסגרתן מומחים זרים יחנכו קלינאים מקומיים על מנת לבנות עצמאות רפואית מלאה.[24]

24 O'Hanlon, C. E., Berdahl, C. T., Sousa, J. L., et al. (2026). Improving Diffusion of Clinical Care Innovations in Public Health Emergencies. RAND Corporation, RR-A4441-1; https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA4441-6.html

תשתית פיזית ומוצרים רפואיים חיוניים

הגירעון התשתיתי

הנזק השיטתי ל-84% מתשתיות הבריאות מסתכם באובדן של 554 מיליון דולר למגזר הבריאות בלבד. מתוך 36 בתי חולים, רק 10 עד 19 נותרו פעילים חלקית, ומספקים ביחד כ-1,400 מיטות, מספר נמוך באופן קריטי עבור 2.2 מיליון איש. קיים איסור על הכנסת פריטים חיוניים, כולל אינקובטורים, אולטרסאונד ותותבות, עקב הגדרתם כ"שימושים כפולים", למרות 24,000 איש הזקוקים לטיפול משמעותי בפציעות משנות חיים.

כדי להתקדם מסיוע רפואי הומניטרי לשעת חירום למערכת בריאות בת-קיימא ומנוהלת היטב, השיקום הפיזי חייב להתמקד במרפאות קהילתיות מקומיות במתקנים גמישים במקום להסתמך על שירותי בריאות זמניים או ניידים. בהתחשב באילוצים המרחביים החמורים ובמגבלות המשאבים בשטח, תוכנית השיקום צריכה לתעדף את פיתוחם של מרחבים קהילתיים רב-שימושיים.

מתקנים אדפטיביים כאלה יכולים לשמש ככיתות לימוד בבתי ספר יסודיים בבוקר, וכמרפאות בריאות קהילתיות בשירות מלא בשעות אחר הצהריים והערב, וכך למקסם את המתקן ולשקם את השגרה האזרחית. כדי להקל ולהאיץ את השיקום הפיזי, הממשל יכול להשתמש גם בשיטות בנייה מודולריות. גישה זו עוקפת את המגבלות הישראליות על יבוא הבטון ומאפשרות הקמת תשתית רפואית מהירה ועמידה. חיוני לתעדף מרכזים רב-שימושיים כאלה בחיבור מהיר לרשתות חשמל מקומיות (תוך שימוש במערכים מיקרו-סולאריים) ולתשתית מים נקייה ומשוקמת, על מנת להבטיח תברואה קלינית בסיסית ופעולה רציפה.

כדי למנוע מצב שבו פריסת התשתית נתקעת או מתדרדרת לכאוס מנהלי, מוצע כי תיאום האסטרטגיה המרחבית בשטח יופקד בידי הוועדה הלאומית לניהול עזה. כך תקבל הוועדה הטכנוקרטית החדשה "ידיים ורגליים" מבצעיות במגזר הבריאות. הוועדה, שתפעל באמצעות הסוכנות הטכנית הייעודית שלה - מועצת הבריאות של עזה - תשמש כרשות היחידה לתכנון ותיאום. מומלץ כי מועצת הבריאות של עזה : 1. תבצע הערכות צרכים מרחביות מקומיות בתיאום עם האו"ם והבנק העולמי; 2. תקצה הון ישירות מקרן השיקום והפיתוח של עזה שבבנק העולמי; 3. תאכוף עמידה בתקנים פלסטיניים אחידים של רפואה ובנייה; 4. תגייס ישירות ותפרוס את הצוות הרפואי והמנהלי הדרוש להפעלת מרכזים קהילתיים אלה.

המלצות אסטרטגיות

- **פתרונות חיצוניים לרשת החשמל:** פריסת מרפאות ניידות עם הפעלה סולארית ומתקני התפלה זעירים שפותחו בישראל, שיספקו שירותי בריאות מסוג "חבר והפעל" ללא תלות בתשתית חשמל מרכזית.
- **רשימה לבנה של שרשראות אספקה:** ארגונים לא-ממשלתיים ישראליים ירכיבו בתיאום עם משרד הביטחון שרשראות אספקה ייעודיות לציוד אבחון ותרופות עם בקרת טמפרטורה.
- **תכנון עמיד לאקלים:** כל מתקני הבריאות המשוקמים צריכים לשלב אנרגיה סולארית, איסוף מי גשמים ותקני בנייה עמידים לרעידות אדמה, בהתאם לדגש שמושם בתוכנית Palestine Emerging על רשתות עמידות.
- **ניהול פסולת:** לפני תחילת השיקום יש לטהר באופן שיטתי את 60 מיליון טונות הפסולת, אשר 15% מתוכם מזוהמים באסבסט ובמתכות כבדות, בהתאם להמלצות הערכת הסביבה של UNEP. חיוני שתהליך זה יתעדף פרוטוקול בטיחות מקיף לגילוי וסילוק של נפלי תחמושת ואמצעי לחימה המעורבבים בהריסות, ומהווים סיכון קטלני לעובדים ולאזרחים החוזרים לבתיהם. פינוי שרידים אלה הוא צעד ראשון הכרחי, שכן חומרי נפץ קבורים עלולים להתפוצץ במהלך פעולות הטיהור, ולהוביל לאסון של אובדן חיים ולנזק נוסף לסביבות המקומיות.[25]

25 For a more detailed discussion of construction waste management, see: Adi Magar (2026), *Resource Management and Waste Treatment in the Gaza Strip: An Innovative Model for Environmental and Diplomatic Recovery.* Mitvim Institute and Brody Institute.

מערכות מידע רפואי וטרנספורמציה דיגיטלית

משבר הנתונים

הרס המידע הרפואי בעזה פגע בתהליכי קבלת ההחלטות ובמעקב האפידמיולוגי. ללא מעקב מתפקד, היכולת לגילוי התפרצות מחלות, ניטור מחלות והקצאת משאבים מבוססת-ראיות נפגעת קשות.

המלצות אסטרטגיות

- **כלי בריאות דיגיטליים:** פריסת טלרפואה, תמיכה מרחוק בקבלת החלטות ויישומי בריאות ניידים כדי להרחיב את טווח ההגעה של מומחים מעבר למגבלות המתקנים הפיזיים. הדבר יחייב ארכיטקטורה מבוססת ענן: בנייה מחדש של מערכת המידע הרפואי של עזה, כולל גישה חדשנית בעזרת יוזמת Health In My Hand (למשל, רשומות רפואיות לפי אנשים בבעלות המטופלים עצמם, שניתן יהיה לשתף עם ספקי שירותי בריאות). יהיה צורך בארכיטקטורת ענן מבוזרת וביישומים ניידים כדי להבטיח את הישרדות הנתונים במקרה של נזק פיזי למתקנים.
- **מודיעין אפידמי:** שילוב פלטפורמת EIOS (מודיעין אפידמי ממקורות פתוחים) של ארגון הבריאות העולמי, לגילוי בזמן אמת של איומים חוצי-גבולות, ובכלל זה קדחת הנילוס המערבי, פוליו ופתוגנים מתפתחים.
- **תקני תאימות תפעולית:** אימוץ תקן HL7 FHIR (Health Level Seven Fast Healthcare Interoperability Resources) כדי להבטיח שהרשומות הדיגיטליות של עזה יהיו תואמות למערכות אזוריות וגלובליות, תוך התבססות על מסגרת MECIDS. תקן HL7 FHIR הוא מסגרת בינלאומית של "שפה משותפת" למחשבים רפואיים, המשתמשת בטכנולוגיות אינטרנט מודרניות כדי לאפשר ליישומי בריאות שונים להעביר ביניהם נתונים בצורה חלקה, ללא קשר לתוכנה שבשימוש. באמצעות תקן זה, עזה תוכל להבטיח שניתן יהיה להעביר את ההיסטוריה הרפואית של המטופל באופן מיידי ומדויק לבתי חולים בישראל, ירדן או הגדה המערבית בעת הפניות, וכי ניתן יהיה לשתף נתוני התפרצות מחלות באופן אוטומטי עם ארגון הבריאות העולמי כדי למנוע מגפות אזוריות.

מתן שירות רפואי: העוגן של שירותי רפואה ראשונית

מודל קוסובו לעזה

הראיות מקוסובו שלאחר המלחמה הן חד-משמעיות: על מנת להבטיח יעילות כלכלית, הוגנות וכיסוי ביטוחי לכלל האוכלוסייה, השיקום חייב לתעדף את המעבר ממודל המתמקד בבתי חולים למערכת המתמקדת ברפואה ראשונית בקהילה. רפורמת "הספר הכחול" של קוסובו הקימה צוותי רפואת משפחה המטפלים ב-80% עד 90% מהבעיות הרפואיות, ומשמשים כשומרי סף לטיפול שניוני ושלישוני.

מסגרת מקיפה למתן שירותים רפואיים

- **רפואה ראשונית:** בנייה מחדש של מרפאות רפואה ראשונית, הפעם כבסיס למתן הטיפול השוטף, המשלב את תחום בריאות האם והילד, ניהול מחלות כרוניות, חיסונים, ותמיכה בהיבטי בריאות הנפש והיבטים פסיכוסוציאליים (MHPSS) בכל ביקור.
- **מערכות הפניה:** פיתוח מסלולי מטופלים מובנים ופרוטוקולי הפניה המחברים בין שירותי הרפואה הראשונית לשירותי בתי החולים, תוך התמקדות מיוחדת במערכות רפואת חירום (אמבולנסים, MEDEVAC, צוותי רפואת חירום).
- **שילוב בריאות הנפש:** למעלה ממיליון ילדים בעזה זקוקים לתמיכה בבריאות הנפש. יש לשלב שירותים נפשיים ופסיכוסוציאליים ברפואה הראשונית כמרכיב ליבה, ולא כתחום התמחות נפרד.
- **טיפול פליאטיבי וארוך טווח:** המספר הגדול של בעלי פציעות ומוגבלות באוכלוסייה בעקבות המלחמה מחייב שירותי שיקום וטיפול פליאטיבי מורחבים.

בריאות אחת ובניית שלום סביבתי

סיכונים סביבתיים חוצי-גבולות

הצטברות של 60 מיליון טון של פסולת, 15% מתוכם מזוהמים באזבסט ובמתכות כבדות[26], יוצרת משבר סביבתי ובריאותי לדור שלם. הזרימה היומית של 130,000 מטרים מעוקבים של שפכים גולמיים לים התיכון היא סיכון ישיר למתקני ההתפלה, פעילות הדיג וקהילות החוף בישראל. הערכת הסיכונים הבריאותיים של EcoPeace Middle East לשנת 2019 תיעדה כיצד ליקויים בטיפול בשפכים בעזה כבר הפריעו למתקן ההתפלה באשקלון וזיהמו את עתודות מי התהום הישראליות. [27]

סיכונים משותפים, פתרונות משותפים

ההתדרדרות הסביבתית בעזה מהווה איום ביטחוני ישיר על ישראל. מוסדות ישראליים הודו שוב ושוב כי לא ניתן יהיה להכיל את קריסת בריאות הציבור בעזה, וכי היא מציבה סיכון חמור לאזורים אזרחיים בישראל. דינמיקה זו יוצרת בסיס פרגמטי לשיתוף פעולה גם בהיעדר פתרון פוליטי.

המלצות אסטרטגיות

- **ועדה משותפת לחוסן סביבתי ואקלימי:** הסתמכות על מערכות ניטור ותגובה סביבתיות ישראליות-פלסטיניות קיימות או חדשות, לצורך ניהול איומים פיזיים וביולוגיים משותפים. הוועדה תעקוב אחר סכנות כמו עמידות מיקרוביאלית לאנטיביוטיקה, מחלות הנישאות על ידי וקטורים ועוד, ותבצע תיאומים למניעת שיטפונות חוצי-גבולות ולניהול מי סער. לשם כך תידרש קבוצה משותפת של מומחים משני הצדדים, אשר יפקחו על מפגעים סביבתיים חוצי-גבולות. תידרש גם עבודה משותפת לתיאום תשתית לניקוז מי שיטפונות בשני הצדדים כדי למנוע נזקי סערות ואת סחיפת האשפה והביוב למי התהום ולים התיכון, המשמשים את שתי האוכלוסיות, לשם הגנה על ביטחון המים ובריאות האדם באזור.

26 United Nations Environment Program (UNEP), "Environmental damage in Gaza Strip harming human health, threatening long-term food and water security," 23 September 2025. Environmental damage in Gaza Strip harming human health, threatening long-term food and water security – new UNEP report

27 Hermesh, B., Maya, M., & Davidovitch, N. (2019). Health Risk Assessment for the Israeli Population Following the Sanitary Crisis in Gaza. EcoPeace Middle East. https://ecopeaceme.org/wp-content/uploads/2024/04/Gaza-Health-Report-Eng.-Mar.-2019.pdf

- **שיקום חוצה-גבולות של תשתיות WASH (מים, ביוב, היגיינה):** מתן עדיפות לתיקון תשתיות מים משותפות בעזרת ארגון EcoPeace, שיקדם שיתוף פעולה בתיקון צנרת חוצת-גבולות וטיפול בשפכים.
- **ממשל בריאות מאוחד:** מיסוד שיתוף פעולה ישראלי-פלסטיני חוצה-מגזרים, המקיף את בריאות האדם, בעלי החיים, הצמחים והסביבה. פרדיגמת "בריאות אחת" פירושה הכרה מדעית בכך שבריאות האדם כרוכה בבריאות בעלי החיים ובסביבה המשותפת שלנו. במערכת אקולוגית מקושרת, שבה פתוגנים, מזהמים ובני אדם אינם עוצרים בגבולות, כל סכנה בישראל או באחת משכנותיה היא סכנה המשותפת לכל האזור. שילוב גישה זו בתכנון השיקום תאפשר למומחים אזוריים לתאם מעקב משותף אחר מחלות זואונוטיות וסכנות אחרות ולפעול בקודים סניטריים סביבתיים משותפים, וכך לשחזר הצלחות היסטוריות של תוכניות מניעה אזוריות, דוגמת החיסון ההמוני של בעלי חיים מפני קדחת השבר הסורי-אפריקני בשנות ה-70.
- **ביטחון מזון וביטחון תזונתי:** בהתאם למסגרת שהוצעה על ידי ברי (Berry) ואחרים, תכנון ביטחון תזונתי לעזה דורש פעולה בשישה ממדים:[28]

28 Berry, E. M., Nitzan, D., & Kussmann, M. (2025). "Providing food security in Gaza for the 'day after'." Israel Journal of Health Policy Research, 14, 34. https://doi.org/10.1186/s13584-025-00700-9

ממד	עדיפות אסטרטגית
זמינות	שחזור דרכי כניסה מרובות (יבשה, אוויר, ים); קידום חקלאות מקומית של "זרעים בריאים" ("seeds for health")
נגישות	חידוש תפקוד השוק; רשתות ביטחון חברתיות עבור 132,000 ילדים שנמצאים בסיכון לתת-תזונה
נצילות	הבטחת מים נקיים (WASH); מרשמים תזונתיים לחולים עם סוכרת, צליאק
יציבות	פיתוח אסטרטגיות להתמודדות קהילתית עם זעזועים קצרי טווח
קיימות	מיחזור פסולת לחומרי שיקום; שיקום של תעשיות המזון המקומיות
סוכנות	העצמת החברה האזרחית הפלסטינית וארגונים לא-ממשלתיים להוביל את תיאום סיוע המזון

ביטוח בריאות אוניברסלי: כיסוי, הוגנות וגישה

השגת כיסוי בריאות אוניברסלי במצב של משבר ממושך

השגת כיסוי בריאות אוניברסלי (UHC) בעזה דורשת התקדמות בשלושה מישורים במקביל: כיסוי שירותים, כיסוי כלכלי ואיכות. החסמים עוד טרם המלחמה כבר היו קשים, ובתוכם הגבלות תנועה, מגבלות הפניה, פערים מגדריים ביכולת גישה ומימון עצמי (Out-of-pocket) גבוה, אולם המצב הנוכחי החמיר אותם לאין שיעור. כיסוי בריאות אוניברסלי בעזה פירושו זכות מוגנת לחבילה מוסכמת של שירותים חיוניים, ומניעת מצב שבו משק בית יתדרדר לעוני בגלל מחלה.

האפשרות הפרגמטית היא להקים תוכנית ביטוח בריאות בעזה: מנגנון כיסוי בריאותי ציבורי בניהול פלסטיני, אשר יצרף אליו בהדרגה את כל תושבי עזה ויעניק חבילת ביטוח בריאות בסיסית. בשלב החירום הראשון יינתנו השירותים חינם בנקודת הטיפול, ויכללו שירותי הצלת חיים, רפואת אם וילד, חיסונים, טראומה, שיקום, מחלות זיהומיות, מניעה וטיפול בבריאות הנפש ומחלות כרוניות, ושירותים פליאטיביים. מומלץ לבנות את השירותים שלא כחלק ממודל סיוע הומניטרי, שאינו מוגבל, אינו יציב ואינו בר-קיימא. מלכתחילה, כל תושב צריך להיות רשום, מקושר לצוות רפואה ראשונית, ומכוסה בחבילת הטבות מוגדרת.

אחת מאפשרויות המימון היא ליצור חלון ייעודי לכיסוי בריאות במסגרת קרן השיקום והפיתוח של עזה/קרן התיווך הפיננסי, שיושלם בהמשך על ידי מימון ציבורי פלסטיני, תרומות, והפרשות סמליות מותאמות הכנסה ממשק בית או משכר, ככל שהתעסוקה תתאושש. משקי הבית העניים ביותר, ילדים, נשים בהריון, אנשים עם מוגבלויות וקשישים, צריכים לקבל סבסוד מלא. ההפרשות לתשלום לעולם לא יהוו חסם לטיפול. מטרתן אינה מימון מלא של המערכת, אלא יצירת מנגנון ביטוח מובנה, צפוי, מגיב, ממוקד-אדם ומבוסס זכויות, שיחליף בהדרגה סיוע חירום לא אחיד.

מומלץ לגבש חבילת שירותים חיוניים ברורה וריאלית, ולכלול בה שירותי בריאות ראשונית, בריאות האם והילד, חיסונים, שירותי תזונה, תמיכה בבריאות הנפש ובריאות פסיכו-סוציאלית, טיפול במחלות כרוניות, תרופות חיוניות, טיפול שיניים אקוטי, טיפולי חירום, אבחון בסיסי, שיקום, טיפול פליאטיבי, תמיכה בבעלי מוגבלויות, ומסלולי הפניה לשירותים שאינם זמינים בעזה. טיפול שלישוני מתקדם יכול להיות מכוסה באמצעות קרן הפניות שקופה, עם מסלולים מוסכמים מראש למתקנים בגדה המערבית, מצרים, איחוד האמירויות, ירדן, ישראל, קפריסין, ושותפים אחרים המעוניינים בכך.

מודל כזה לביטוח בריאות סוציאלי יוצר זכאות מוגדרת, מפזר את הסיכונים על כלל האוכלוסייה, מגן על משקי בית מפני הוצאות עצמיות שלא ניתן לעמוד בהן, מעניק לספקי השירותים מימון יציב, מאפשר רכישה אסטרטגית של שירותים, ובונה אחריות על איכות וגישה. לסיכום, טיפולי החירום צריכים להינתן כרגע בחינם, אולם על עזה למהר ולהקים מערכת כיסוי בריאות אוניברסלי המבוססת על דמי ביטוח.

אסטרטגיות הממוקדות בהוגנות

- **מימוש הדרגתי:** פיתוח אסטרטגיית כיסוי בריאות אוניברסלי מדורגת, המתעדפת את האוכלוסיות הפגיעות ביותר, כולל נשים, ילדים, קשישים, אנשים עם מוגבלויות ועקורים בתוך הרצועה, ונאמנה לעיקרון "אף אחד לא נשאר מאחור".
- **תנועה וגישה:** ניהול משא ומתן על מסלולים קבועים להפניות רפואיות מחוץ לעזה, כולל למתקנים בישראל, בקפריסין, במצרים, באמירויות, בירדן ובגדה המערבית, תוך התבססות על מסלולי ההפניה הקיימים לטיפול שלישוני.
- **תפיסת הבריאות כזכות יסוד:** הטמעת הזכות לבריאות בכל מסגרת ממשל עתידית, בהתאם למודל החוקתי של רואנדה.

נושאים וגורמים חוצי-תחומים

מגדר, גיל, מוגבלות ואינטרסקציונליות

נשים בעזה מתמודדות עם פגיעויות מורכבות יותר: תמותת אימהות גבוהה פי שלושה, אלימות מבוססת מגדר על רקע עקירה, ונשיאה עיקרית בנטל הטיפול. שיעור האבטלה בקרב נשים צעירות לפני המלחמה עמד על 87%, ומלמד על הצורך בהעצמה כלכלית כגורם מכריע בבריאות. תוכנית "מועדון הנשים" ותוכניות החונכות הגלובליות של יוזמת Palestine Emerging, מציעות מודלים מעשיים להעצמת נשים בניהול השיקום.[29]

שינויי אקלים והפחתת סיכוני אסונות

לאור פגיעותו של מזרח הים התיכון לאירועי חום קיצוניים, למחסור במים ולעליית מפלס הים, כל שיקום של תשתית הבריאות יהיה חייב לשלב חוסן אקלימי – כגון אנרגיה סולארית, מיחזור מים וחומרי בנייה עמידים בחום. התוכנית של יוזמת Palestine Emerging מדגישה כי השקעות לטווח קצר ישפיעו על עזה במשך דורות; ללא תכנון חכם מבחינה אקלימית, מתקנים שייבנו מחדש מסתכנים בהתיישנות מהירה.

אתיקה והגנה על שירותי הבריאות

ההתקפה השיטתית על מתקני בריאות במהלך המלחמה דורשת מנגנוני אכיפה חזקים. ועדות ביטחון-בריאות משותפות של ישראל והפלסטינים, שיפעלו על פי כללי הדין הבינלאומי ההומניטרי, צריכות להבטיח שמתקנים רפואיים שנבנו מחדש יוכרו ויוגנו כמרחבים ניטרליים. המסגרת של תאגיד RAND לרשתות תקשורת במצבי חירום של בריאות הציבור, מציעה מודל תפעולי כיצד לשמור על הפצה ותיאום של חדשנות קלינית גם בתנאים מוגבלים.[30]

29 United Nations Palestine, "Amid violence and displacement: a reproductive health crisis in Gaza," 12 December 2025. https://palestine.un.org/en/307014-amid-violence-and-displacement-reproductive-health-crisis-gaza

30 O'Hanlon, C. E., Berdahl, C. T., Sousa, J. L., et al. (2026). Improving Diffusion of Clinical Care Innovations in Public Health Emergencies. RAND Corporation, RR-A4441-1; https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA4441-6.html

4. תפקידה של ישראל: עבר הווה ועתיד

4.1 תרומה היסטורית

תפקידה של ישראל בפיתוח הבריאות של עזה הוא משמעותי ומתועד. התקופה של 1967–1994 הניבה יתרונות מדידים בבריאות הציבור בזכות השקעה שיטתית בבריאות האם והילד, מיגור מחלות והכשרה מקצועית. קונסורציום MECIDS הוכיח כי ניתן לקיים שיתוף פעולה בתחום הבריאות "גם בתקופות של סכסוך פוליטי והתפרצויות אלימות".[31]

תקופת המנהל האזרחי (1967–1994)

לא ניתן לנתק את שיקום מערכת הבריאות של עזה מהקשרים ההיסטוריים העמוקים שלה עם מערכת הבריאות הישראלית. משנת 1967 ועד אמצע שנות ה-90 נוהלו שירותי הבריאות האזרחיים בעזה בהדרכת משרד הבריאות הישראלי, והציגו שיפור דרמטי בבריאות הציבור בזכות שותפויות בין צוות פלסטיני, מומחים ישראלים וסוכנות הסעד והתעסוקה של האו"ם (אונר"א).[32]

- **בריאות האם והילד:** מרכזי בריאות האם והילד בעזה גדלו מ-3 בשנת 1976 ל-29 עד 1994, ותרמו לירידה בתמותת תינוקות מ-76 לכל 1,000 לידות חי בשנת 1978 ל-40 עד 1991.[33]
- **מיגור מחלת הפוליו:** בסוף שנות ה-70, יישם צוות פלסטיני-ישראלי משותף, בסיוע ארגון הבריאות העולמי, אסטרטגיה משולבת של חיסון סבין בטיפות לפה וחיסון סאלק של חיידק מומת, שמיגר את הפוליו בעזה למשך למעלה מ-25 שנה, ואומץ בהמשך כמודל בעולם.[34]

31 Tulchinsky, T. H., Troen, A. M., Nitzan, D., Lobel, R., & DeFriese, G. (2025). "Israel and Gaza: Keeping room for hope based on past cooperation in public health." American Journal of Public Health, 115(7), 1046–1049. https://doi.org/10.2105/AJPH.2025.308190

32 Tulchinsky, T. H., Troen, A. M., Nitzan, D., Lobel, R., & DeFriese, G. (2025). "Israel and Gaza: Keeping room for hope based on past cooperation in public health." American Journal of Public Health, 115(7), 1046–1049. https://doi.org/10.2105/AJPH.2025.308190.

33 Hermesh, B., Maya, M., & Davidovitch, N. (2019). Health Risk Assessment for the Israeli Population Following the Sanitary Crisis in Gaza. EcoPeace Middle East.

34 Ibid.

- **הובלה בתחום החיסונים:** בשנת 1983, עזה יישמה תוכנית שתי מנות לחצבת שהשיגה כיסוי של למעלה מ-90%, מודל שישראל עצמה אימצה כמעט עשור לאחר מכן.[35]

הכשרה מקצועית וחילופי מחקרים קליניים

הפיתוח המקצועי של כוח העבודה הרפואי בעזה עוגן היסטורית במערכת בתי החולים הישראלית. בשנות ה-70, השלימו 25 רופאים מעזה והגדה המערבית התמחות אינטנסיבית בת 30 חודשים בבתי חולים ישראליים. עד 2005, רופאים, אחים/ות וטכנאי מעבדה פלסטינים נטלו חלק קבוע בתוכניות הכשרה מקצועית בתוך ישראל, וטיפחו סטנדרטים קליניים משותפים ושפה טכנית משותפת.[36]

שיתוף פעולה ממוסד (1994–2023)

הקמת הרשות הפלסטינית בשנת 1994 העבירה לידיה את השליטה המנהלית, אך התלות הטכנית נמשכה. כך למשל:

- **MECIDS:** הקונסורציום המזרח-תיכוני למעקב אחר מחלות זיהומיות, שהוקם בשנת 2003, יצר מנגנונים רשמיים עבור מעבדות ישראליות, פלסטיניות וירדניות לשיתוף נתוני מעקב ולפיתוח אסטרטגיות תגובה משותפות. MECIDS הוכיח עצמו כחיוני במהלך התפרצויות שפעת העופות (2006), היערכות למגפת H1N1 (2009) והתגובה המוקדמת לקורונה.[37]
- **יוזמות בהובלת ארגונים לא-ממשלתיים:** תוכנית "הצלת ילדים" של מרכז פרס לשלום סייעה בהשגת מעל 6,560 הפניות לתינוקות פלסטינים שעברו ניתוחים מצילי חיים בבתי חולים ישראליים.[38]
- **תלות בטיפול שלישוני:** המרכז הרפואי ברזילי באשקלון שימש כגיבוי לטיפול שלישוני לתושבי עזה, וקלט אליו אלפי מקרים מורכבים מדי שנה.

35 Ibid.

36 Ibid.

37 Ibid.

38 Ibid.

דוגמאות ליתרונות שיתוף הפעולה הבריאותי בין ישראל לעזה

תקופה	הישג עיקרי	ממשק ישראלי-פלסטיני
1994–1967	מרכזים לאם ולילד: מ-3 ל-29 תמותת תינוקות: מ-76 ל-40 לכל 1,000 לידות חי	מנהל אזרחי בפיקוח משרד הבריאות
סוף שנות ה-70	מודל עולמי למיגור הפוליו	צוות משותף בסיוע ארגון הבריאות העולמי
1983	שתי מנות חיסון לחצבת, מעל 90% כיסוי	עזה הובילה, ישראל אימצה בהמשך
1970s–2005	הכשרת רופאים (התמחות בת 30 חודשים)	מערכת בתי החולים הישראלית כמרכז הכשרה
2023–2003	MECIDS לפיקוח על מחלות	קונסורציום תלת-לאומי (ישראל, פלסטינים, ירדן)
2023–1994	6,560 הפניות לב לילדים	מרכז פרס, לבתי חולים בישראל

4.2 האינטרס העצמי של ישראל בשיקום עזה

מחקר של EcoPeace מעלה כי משבר הבריאות בעזה מהווה איום ישיר על בריאות הציבור ועל ביטחון הסביבה בישראל:[39]

- שפכים לא מטוהרים מעזה זיהמו את מימי החוף של ישראל ואיימו על תשתית ההתפלה.
- פתוגנים עמידים לאנטיביוטיקה ממערכת הבריאות הקורסת של עזה הם סיכון חוצה-גבולות.
- התפרצויות של מחלות מדבקות (פוליו, חצבת, הפטיטיס) באוכלוסייה הלא מחוסנת של עזה מאיימות ישירות על קהילות העוטף בישראל.

39 Ibid.

4.3 המלצה לפעולות ישראליות

תחום	פעולה	מנגנון
ממשל	ייעוץ טכני על מסגרת רגולטורית	מומחי מדיניות בריאות ישראלים + יישור קו עם תקנות הבריאות העולמיות
כוח עבודה	מלגות רפואה לרופאים עזתיים	מוסדות רפואיים בישראל
ניהול מקצועי	תמיכה בלשכה רפואית פלסטינית	לשכות הרפואה הישראליות
תשתית	מרפאות ניידות סולאריות	חדשנות קלין-טק ישראלית
שרשראות אספקה	רשימה לבנה למסדרונות אספקה רפואיים	ארגונים לא ממשלתיים ישראליים בתיאום עם משרד הביטחון

5. מסקנות וקריאה לפעולה

5.1 מפת דרכים אסטרטגית לשיקום

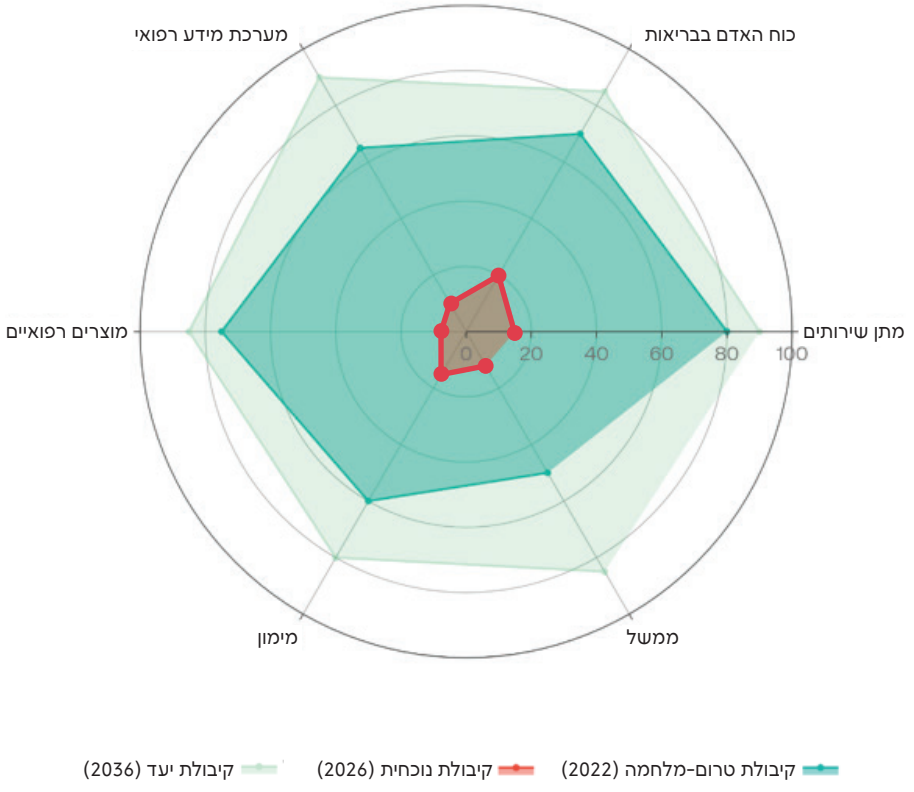
תרשים הרדאר שלהלן ממחיש את הקריסה בכל ששת תפקודי מערכת הבריאות שמגדיר ארגון הבריאות העולמי, ואת היעד השאפתני לשנת 2036. כל הממדים מחייבים השקעה במקביל; אף ממד לא ניתן לבנות מחדש בנפרד.

כדי שבניית מערכת הבריאות של עזה תיישם את העיקרון "שיקום במבט קדימה", עליה להתקדם על פי מפת דרכים אסטרטגית מדורגת.

השלב הראשון (0–6 חודשים) חייב לייצב חיים ולשקם תפקודי בסיס בבריאות הציבור: טיפול בטראומה, חיסונים, תיקון דחוף של תשתיות מים וביוב וכן מיפוי סיכונים. השלב השני (6–24 חודשים) יכלול מעבר מתיקוני חירום לתחילת השיקום: הקמה מחדש של שירותי רפואה ראשונית, טיפול במחלות כרוניות, טיפולי שיקום וטיפול פליאטיבי, הכשרת כוח אדם חדש וטיפול בזיהומים סביבתיים. השלב השלישי (2–10 שנים) יכלול הקמת מערכת עמידה באמצעות מימון יציב, ממשל עצמי מקצועי, תשתית עמידה לשינויי אקלים וכיסוי בריאות אוניברסלי. היכולת לממש שלבים אלה תלויה בהתקדמות מקבילה בתהליך פוליטי אמין, שייצור יציבות, גישה ומרחב מקצועי לצוותי בריאות פלסטינים ובינלאומיים מספיק על מנת לממש את משימותיהם.

מסגרת אבני הבניין של מערכות הבריאות של ארגון הבריאות העולמי (WHO): מערכת הבריאות בעזה

קיבולת טרום-מלחמה לעומת קיבולת נוכחית לעומת קיבולת יעד (במדד)



5.2 תוכנית תלת-שלבית

שלב	לוח זמנים	יעדים אסטרטגיים
I .I. סעד וייצוב	0 – 6 חודשים	טיפול מציל חיים בטראומה; חיסון המוני נגד פוליו/חצבת; תיקון דחוף של מערכות מים וביוב; הערכת סכנות מפסולת מזוהמת
II. התחלת השיקום	6 – 24 חודשים	הקמה מחדש של מרפאות רפואה ראשונית; שיקום הטיפול האמבולטורי במחלות כרוניות; טיהור שיטתי של הקרקע; הכשרה של כוח אדם חדש בתחום הבריאות
III. חוסן לטווח הארוך	2 – 10 שנים	מיסוד ביטוח בריאות סוציאלי; הקמת לשכות רפואיות עצמאיות; סיום פרויקט ה- Green Blue Deal; השגת כיסוי בריאות אוניברסלי

5.3 מעקב, הערכה ולמידה

מסגרת ניטור ומעקב איתנה תעקוב אחר ההתקדמות על פי מדדי כיסוי השירות של ארגון הבריאות העולמי (WHO UHC), בחלוקה לפי מגדר, גיל, סטטוס עקירה ומיקום גיאוגרפי. לוחות מחוונים בזמן אמת, בהתאם למודל המומלץ של תאגיד RAND לניטור מצב פעולה, יספקו שקיפות לתורמים, לשותפים ליישום ולציבור הפלסטיני.[40]

40 O'Hanlon, C. E., Berdahl, C. T., Sousa, J. L., et al. (2026). Improving Diffusion of Clinical Care Innovations in Public Health Emergencies. RAND Corporation.

5.4 סיכונים ואירועים אפשריים

סיכון	סבירות	אסטרטגיית הפחתה
התחדשות הלחימה	גבוהה	תשתית בריאות מבוזרת, שאינה תלויה ברשת החשמל; מערכות נתונים מבוססות-ענן
פיצול הממשל	גבוהה	מנדט מאוחד לרשות בריאות; תמיכה טכנית בינלאומית
עייפות תורמים	בינונית	מנגנון קרן תיווך פיננסי (FIF) למימון משותף ושקוף
בריחת מוחות של עובדי בריאות	גבוהה	שכר תחרותי, תוכניות מלגות ומסלולי פיתוח מקצועי
עיכוב בשל זיהום סביבתי	גבוהה	מיפוי סיכונים בעדיפות גבוהה; טיהור מדורג לפי הנחיות UNEP

5.5 קריאה לפעולה

הצורך להבטיח מערכת בריאות איכותית בעזה, מציע הזדמנות היסטורית להקים אותה מחדש כמערכת יותר הוגנת, עמידה וממומנת מזו שקדמה לה. הראיות מקוסובו, רואנדה, גרמניה ובוסניה והרצגובינה, מציעות מפת דרכים ברורה: להשקיע בשירותי רפואה ראשונית ובשירותי בריאות הציבור, לפרוס עובדי בריאות קהילתיים, להקים מנגנון כיסוי אוניברסלי, לאחד את הממשל, ולוודא אחריות מקומית על תהליך השיקום. חשוב להקשיב לצורכי הקהילה ולקולה, ולהשתמש בהם כדי לכוון את העשייה הקונקרטית. חלק מהתהליך יהיה ליישם שיטות של "שכנות טובה", כשהרעיון הוא לנצל את הבריאות כמכנה משותף הפועל למען השלום.

עבור ישראל, הבחירה אינה אידיאולוגית אלא פרגמטית. עשרות שנים של שיתוף פעולה בתחומי הבריאות הוכיחו ששיתוף פעולה חוצה-גבולות למען בריאות הציבור אינו רק אפשרי, אלא תנאי חיוני לביטחון האזורי. המערכת האקולוגית הסביבתית המשותפת, ההכרח לנטר מחלות חוצות-גבולות והאיומים הישירים על התשתיות הישראליות ממערכת התברואה שקרסה בעזה, הופכים את היעדר שיתוף הפעולה לאסטרטגיה שתפנה נגד ישראל.

מבחינת הקהילה הבינלאומית, הקרן לשיקום ופיתוח עזה מספקת את ארכיטקטורת המימון. מה שנחוץ כעת הוא רצון פוליטי, מחויבות מתמשכת ויישום לקחים ממאמצי שיקום מבוססי ראיות שנעשו באזורים לאחר מלחמות במהלך שמונת העשורים האחרונים.

שיקום מערכת הבריאות לא יצליח לשרוד לאורך זמן בוואקום פוליטי. הוא זקוק לתהליך שלום פוליטי מקיף, שיספק אופק ארוך טווח ואמין ליציבות, גישה, ממשל והשקעות. ללא מסגרת כזו, גם התוכנית הטובה ביותר תישאר שבירית: צוותי בריאות לא יוכלו לפעול בבטחה, תורמים ומשקיעים יהססו, ומשאבי השיקום הראשוני יופנו שוב ושוב למענה חירום. מסיבות אלה יש לראות בשיקום מערכת הבריאות של עזה הן פרויקט טכני של בריאות הציבור והן תנאי מקדים לבניית שלום.

"שיקום במבט קדימה" אינו רק סיסמה. זהו תנאי אסטרטגי לבריאותם, ביטחונם וכבודם של כל בני האדם, פלסטינים וישראלים גם יחד, החולקים את חייהם באזור הקטן והצפוף הזה.

נספח א': הצעות אופרטיביות לשיפור הטיפול הרפואי המיידי לתושבי עזה

א.1 רקע כללי

הלחימה ברצועת עזה יצרה חוסר איזון חמור בין הצרכים הרפואיים של האוכלוסייה המקומית לבין יכולות הטיפול העומדות לרשותה, וזאת עקב:

- מספר רב של פצועים
- הרס תשתיות רפואיות
- שיתוק מערכת הבריאות השוטפת
- הפסקת העברת חולים מורכבים לטיפול בישראל
- תנאי מחיה צפופים במחנות פליטים ללא תשתיות מים וביוב
- שיבושים באספקת המזון ותת-תזונה כתוצאה מכך

מענה חלקי לצרכים אלה ניתן על ידי פעילות מוגבלת של בתי חולים מקומיים, בתוספת משלוחי תרופות ואספקה רפואית מארגוני סיוע, וכן דרך פריסה מוגבלת של משלחות רפואיות בינלאומיות בתוך הרצועה. פתרונות אלה נותנים מענה רק לחלק קטן מהצרכים בפועל.

בשלבים הבאים של העימות, ככל שעוצמת הלחימה תפחת (שלב 3) והצורך לסייע לאוכלוסייה האזרחית הנמצאת תחת שליטה ישראלית יגבר – ולאור הלחץ הבינלאומי שיופעל על ישראל בהקשר זה – יתעורר הצורך להקים מתקן רפואי שיהיה מסוגל לטפל במספר רב של פצועים וחולים. מעבר לצורך ההומניטרי, להקמת בית חולים כזה יש אפקט חשוב של דיפלומטיה ציבורית, החיוני לאור המשבר ההומניטרי המתמשך ברצועה בעקבות הלחימה. תגובה כזו צריך ליזום ולהוביל, ולא להיגרר אליה על ידי כוחות חיצוניים.

א.2 הצעה 1: בית חולים שדה הומניטרי לתושבי רצועת עזה

הרעיון המרכזי

- הקמת בית חולים שדה אזרחי בשטח ישראל, סמוך לגבול רצועת עזה. המיקום המדויק ייקבע על סמך שיקולי צורך (ריכוזי אוכלוסייה), ביטחון (יכולת בידוק חולים ומלווים), לוגיסטיקה (עדיפות למתקן צבאי או אזרחי עם חיבור לחשמל, מים וביוב), ושיקולי מרחק מהגבול והובלת החולים.
- בית החולים שדה יוקם בתיאום מלא עם מערכת הביטחון.
- **יכולות בית החולים יכללו:** חדר מיון, מרפאות חוץ (כ-100 חולים ביום), מחלקת אשפוז (עד כ-50 חולים), מיילדות ויכולת כירורגית (5–7 ניתוחים קלים עד בינוניים).
- יש לתת עדיפות לפעולות טיפוליות בנשים וילדים. היתרונות לכך הם יכולת כניסה הדרגתית לפעילות, ההיבט ההומניטרי, הפחתת סיכונים ביטחוניים ונכונות הרשויות המקומיות לאשר את המשימה.
- התפעול הלוגיסטי של בית החולים שדה ייעשה על ידי KLP, חברה המתמחה בהפעלת בתי חולים שדה בישראל ובעולם.
- כוח האדם הרפואי יתבסס על צוותים שיגויסו בארץ ובחו"ל.

שיתוף פעולה בינלאומי

- שיתוף פעולה עם ארגונים רפואיים בינלאומיים נוספים – ממשלתיים ולא-ממשלתיים. שיתוף פעולה זה יכול לבוא לידי ביטוי בחיזוק צוות בית החולים בצוותים בינלאומיים, בהקמת מתקנים רפואיים נוספים בסמוך (מרפאות או בתי חולים שדה נוספים), ובהקמת מרפאה קדמית על ידי צוות בינלאומי בצד העזתי של הגבול. המרפאה הקדמית תבצע מיון ראשוני, תטפל במקרים קלים ותפנה מקרים מורכבים יותר לטיפול בבית החולים שדה.
- מקרים מורכבים מדי ליכולת של בית החולים שדה יועברו לטיפול בחו"ל, בהתאם למודל שכבר העביר חולים למדינות אחרות. עם שינוי האווירה המקומית, ניתן יהיה לשקול העברת חולים לטיפול בבתי חולים ישראליים.

מימון

מכיוון שמדובר במשימה בעלת ערך משמעותי של דיפלומטיה ציבורית למדינת ישראל, רצוי מאוד שהמימון יהיה ישראלי. בנוסף, יש לעשות מאמצים להשיג מימון מגופים בינלאומיים המעורבים בסיוע לשיקום רצועת עזה.

א.3 הצעה 2: הקמת מערכת טלרפואה כפתרון חלקי לטיפול הרפואי השוטף ברצועת עזה

בעיית הקריסה של מערכת הבריאות ברצועה, הן ברמת בתי החולים והן ברמת הרפואה הקהילתית, התווספה לבעיות הרפואיות הקשות כתוצאה מהמלחמה. שיקום בתי החולים הוא פרויקט אדיר ממדים וארוך טווח, אך ניתן לספק פתרון חלקי לטיפול הרפואי השוטף על ידי הקמת מערכת טלרפואה שתשמש כמשאב ייעוץ לצוותים המקומיים. המרכיבים הנדרשים להקמת מערכת כזו כוללים:

- צוותים רפואיים מקומיים בצד העזתי
- צוות רב-תחומי של יועצים רפואיים בצד הישראלי
- ציוד בדיקה ייעודי
- מערכת תקשורת

ניתן לגייס צוותים מקומיים על סמך קשרים קיימים בין אנשי מקצוע רפואיים בישראל לאנשי מקצוע רפואיים ברצועה. מערכת הייעוץ תוכל להתבסס על ארגונים כמו רופאים לזכויות אדם, בתי חולים במזרח ירושלים או בגדה המערבית, ומתנדבים פרטיים שיעבדו תחת המטריה הארגונית של גופים אלה.

לפתרון הטכני של ציוד הבדיקה, ניתן להשתמש במערכות קיימות בישראל כמו "שיבא Beyond". את פתרון התקשורת יש להשיג ממערכת הביטחון.

כמובן שמעבר לייעוץ מרחוק, יש לפתח במקביל גם מערכת שתספק פתרונות טיפול ממשיים.

נספח ב': התערבויות קצרות טווח במטרה לשפר את המענה ההומניטרי בעזה

ב.1 מבוא

המשבר ההומניטרי בעזה מתבטא ברעב, בהתפשטות מחלות זיהומיות, בהחמרה של מחלות כרוניות, בטראומה ובסיבוכיה, ובהיעדר גישה לטיפול רפואי הולם. מתן מענה הומניטרי למשבר הוא חובתנו הבסיסית כבני אדם וכאנשי מקצועות הרפואה. העיקרון המנחה הוא "ראשית אל תזיקו", לצד הבטחת מתן סיוע הומניטרי בצורה בטוחה ומקצועית. יתרה מכך, שיפור המצב ההומניטרי ברצועה ישרת את מטרות מדינת ישראל הן ברמה הטקטית והן ברמה האסטרטגית. יצוין כי מסמך עקרונות זה מבוסס על המומחיות שלנו במתן מענה רפואי במהלך משברים הומניטריים כתוצאה מאסונות טבע ומלחמות.

ב.2 הערכת צרכים

ב.1.2. מזון וערכים תזונתיים

- **צרכים תזונתיים כלליים לאור סטנדרטים בינלאומיים (SPHERE):** פריטי מזון טריים וארוחות מבושלות.
- צרכים תזונתיים לאוכלוסיות פגיעות (ילדים, נשים, קשישים, בעלי מוגבלויות וחולים).
- פרוטוקולים ואמצעים למניעת תסמונת חידוש הזנה (פרוטוקול מותאם למסגרות עם רמת טכנולוגיה נמוכה), פורמולות ייעודיות, תוספי תזונה ומעבדות ניידות.

ב.2.2 מים, ביוב והיגיינה (WASH)

- צורכי מים בהתאם לתקנים בינלאומיים (SPHERE).
- השלכות רפואיות של מחסור במים לפי התקנים הנ"ל.

ב.3.2 מענה רפואי

המתווה שלהלן מתייחס לכלל הצרכים. המודל ייבנה לפי צרכים עבור 1,000,000 עקורים, ועם גיבוש הנתונים על המצב הקיים, ייגזרו צרכים מדויקים יותר להקמה והקצאה, שיסווגו לפי סוגי מתקנים וכושר ניוד.

- **רפואה מונעת:** חיסונים, גילוי מוקדם וניטור של התפרצות מחלות, היבטים נוספים של בריאות הציבור - צרכים מפורטים כולל עמדות התחסנות, תחזוקת שרשרת קירור, כוח אדם נדרש וכו', בהתאם למודל.
- **רפואה אמבולטורית שוטפת:** מספר המרפאות המצוידות והמאוישות בהתאם למודל ולגודל האוכלוסייה, שממנו ייגזר כוח האדם הנדרש.
- **רפואה שוטפת ברמת בית החולים:** מיטות אשפוז נדרשות בהתאם לגודל האוכלוסייה (1.5–2 מיטות לכל 1,000, משמע צורך של 1,500–2,000 מיטות), בחישוב התוספת עבור חדרי לידה, חדרי ניתוח, הדמיה, מעבדה וכו'. כוח אדם נדרש על סמך מדדי גודל – רופאים, צוות סיעוד ואנשי מקצוע בתחום הבריאות.
- **צרכים רפואיים הקשורים למלחמה:** טראומה, עצירת טיפולים מורכבים. יכולות נדרשות (מתקנים ייעודיים, ציוד כירורגי, כוח אדם, דם ומוצרי דם).
- **אספקת תרופות:** כולל ניהול שרשרת קירור.
- **טיפולי שיקום:** יכולות שיקום, כולל תותבות, מתקני שיקום וצוות שיקום.
- **תמיכה פסיכו-סוציאלית:** כולל מספר המרכזים וצוות הנדרש.

ב.3 סביבות הטיפול ומתקנים רפואיים

להלן פירוט היכולות, היתרונות והחסרונות של כל סוג מתקן. עם ביסוס הנתונים על המצב הנוכחי, ניתן יהיה לגזור מהם את הצרכים להקמה:

ב.1.3 מערכת בריאות מקומית

המערכת המקומית תהיה בסופו של התהליך המערכת העיקרית למתן שירותי הבריאות לאוכלוסייה, הן מבחינת גודלה והן מבחינת קביעותה לטווח הארוך. לכן, יש להפנות משאבים ניכרים לשיקום בתי החולים והמרפאות.

ב.2.3 מתקנים של ארגונים בינלאומיים

המתקנים הרפואיים המקומיים יכולים להיעזר בבתי חולים שדה, מרפאות וצוותים ניידים. כל מתקן נייד יהיה אמנם קטן בגודלו בהשוואה למתקנים הקבועים, עם יכולות מוגבלות לטיפול רפואי ראשוני או שניוני וללא כושר לבצע טיפולים מורכבים, אולם היתרון טמון ביכולת הפריסה על פני מיקומים שונים ובמידה מסוימת של ניידות במקרה של עקירת אוכלוסייה.

יתרונות נוספים כוללים:

- רוב ארגוני הסיוע פיתחו מערכות לוגיסטיות לרכישה והובלה של אספקה רפואית ותרופות, מה שיוסיף לכמויות הנכנסות לרצועה.
- לחלק מהארגונים יש קשרים ישירים או עקיפים עם בתי חולים במדינות מוצאם, ויכולת לארגן את פינוי המקרים המורכבים לבתי חולים אלה.

מכל הסיבות הללו, במצב הנוכחי, ארגוני סיוע בינלאומיים מהווים מרכיב משמעותי במענה הרפואי הכולל, ויש להסיר את החסמים לכניסת כוח אדם וציוד כדי לאפשר להם למקסם את יכולותיהם.

ב.3.3 מתקנים ישראליים בגבול

מרפאות ובתי חולים שדה בקו הגבול יוכלו להעניק טיפול רפואי ראשוני ושניוני ולשמש כמתקני מיון והיערכות לצורך פינוי חולים מעזה.

ב.4.3 בתי חולים בישראל

הקמת מנגנון לטיפול בחולים ופצועים מורכבים, בדומה למנגנון שנבנה לסוריה. העדיפות צריכה להינתן להבטחת גישה לבתי חולים במזרח ירושלים ובגדה המערבית ולמתן תמיכה כספית וטכנית לבתי חולים אלה.

ב.5.3 בתי חולים בחו"ל

הרחבת מספר המדינות הקולטות כך שיכללו מדינות שכנות, כולל מדינות המפרץ וטורקיה; מדינות מוסלמיות מרוחקות (פקיסטן, בנגלדש, אינדונזיה); דרום אפריקה; ומדינות נוספות ברחבי העולם. יש לשפר את מנגנון הפינוי למדינות אלו, ובמקביל ליצור מנגנון להחזרת החולים בסיום הטיפול.

ב.4 גורמים פעילים ופוטנציאליים

- צוותים רפואיים מקומיים
- ארגונים בינלאומיים
- מערכת הרפואה הישראלית
- אנשי מקצוע בתחום הבריאות שהם ערבים-ישראלים או תושבי מזרח ירושלים/ הגדה המערבית
- צוותים רפואיים ממדינות שכנות

ב.5 מודלים תפעוליים

- **מטה ישראלי ייעודי לתיאום:** הקמת מטה ישראלי ייעודי בשיתוף פעולה עם גופים בינלאומיים לאישור ותיאום משימות ולטיפול במחסור בציוד ובתרופות (הזמנת ארגון Health Cluster לפגישות תיאום).
- **ערוצי תקשורת ישירים:** הקמת ערוצי תקשורת ישירים בין צוותי רפואה מקצועיים במתקנים השונים בתוך הרצועה, לבין מרכז התיאום או בתי החולים בגבול מחוץ לרצועה ובישראל, לשם תיאום העברת חולים הזקוקים לטיפול מתקדם והחזרת חולים להמשך טיפול ומעקב ברצועה.

תמיכה במערכת הרפואית המקומית באמצעות:

- השלמת חוסרים בציוד קבוע ומתכלה + תרופות
- השלמת חוסרים בכוח אדם בעזרת ארגונים בינלאומיים והבאת צוותים נוספים מחו"ל
- הקמת מערכת טלרפואה לתמיכה מבתי חולים בישראל ובחו"ל
- הפעלת מסדרונות סיוע (יבשה, אוויר, ים) תוך שמירה על אבטחה ופיקוח קפדניים
- מעורבות הרשות הפלסטינית / מדינות "שלישיות" לתיאום בשטח

ב.6 צורכי מערכת הבריאות עבור מיליון עקורים

בהתבסס על התקנים של ארגון הבריאות העולמי, נציבות האו"ם לפליטים וארגון SPHERE:[41]

ב.1.6 בתי חולים, מיטות אשפוז ומרפאות

- בית חולים אחד לכל 250,000 איש (כלומר, 4 בתי חולים לכל מיליון העקורים). יש לפזר את מיקומם כך שלכל אדם באוכלוסייה תהיה גישה לבית חולים אחד לפחות.
- לפחות 18 מיטות אשפוז (לא כולל יולדות) לכל 10,000 איש.
- **מרפאות קהילתיות:** מרפאה אחת לכל 10,000 איש (כלומר, כ-100 מרפאות טיפול ראשוני, קבועות או ניידות, לכל מיליון העקורים).
- באזורים עם צפיפות אוכלוסין נמוכה, מרפאה אחת לכל 50,000 איש עשויה להספיק (כלומר, 20 מרפאות קבועות וניידות).

ב.2.6. כוח אדם

- **רופאי בית חולים:** 1 לכל 25,000 (כלומר, 40 רופאים לכל מיליון איש)
- **רופאי קהילה:** 1 לכל 10,000
- **צוותי סיעוד בבית חולים:** 4 אחים/יות למחלקה סטנדרטית, במשמרות של 24 שעות ביממה
- **צוותי סיעוד במרפאה:** אחים/ות אחת לכל 10,000 איש (100 אחים/יות, ללא עבודה במשמרות)
- **עובדי בריאות קהילתיים:** 1–2 לכל 1,000 איש (מתנדבים ועובדים)

ב.3.6 תחנות חיסונים ובריאות הנפש

- כל מרפאה קהילתית ראשונית, בין אם קבועה ובין אם ניידת, צריכה לכלול יחידה שהוכשרה במתן חיסונים.

41 Sphere Association, The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, 2018. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response – 2018 edition [EN/AR] – World | ReliefWeb; WHO, Emergency Handbook: Health; WHO, Classification and Minimum Standards for Emergency Medical Teams, 2021. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f1a9750a-f68b-401c-87ea-c5157a3af6d9/content

- לפחות מומחה אחד לבריאות הנפש (וכנראה גם עובדים סוציאליים) לכל 25,000 איש.
- **תזונה:** מומלץ תחנה אחת לכל מרפאה ולכל מרכז קבלה – לביצוע סקרים תזונתיים, טיפול תזונתי, מניעה וטיפול בתסמונת חזרה להזנה

ב.4.6. מרפאות ניידות (MEPU)

בהתבסס על הניסיון מאוקראינה, סוריה וסביבות אחרות:

- **צוותים:** רופא/ה, אח/ות (עם הכשרה גם כמיילד/ת), לעתים 2 פרמדיקים בלבד, ולעתים גם עם עובדים סוציאליים, דיאטנים ורשם רפואי (medical registrar). הם יספקו טיפול ראשוני הכולל טיפול מונע, תרופות, מבצעים הערכות גדילה ומצב תזונתי, מתן חיסונים ועוד.
- **ציוד בסיסי:** סטטוסקופים, מדי לחץ דם, מדחומים, מדי גלוקוז בדם, אוטוסקופ, אופטלמוסקופ, חומרי עזרה ראשונה וחבישה, תרופות חיוניות (משככי כאבים, אנטיביוטיקה בסיסית, תרופות למחלות כרוניות כולל אינסולין וכו'), ערכות טיפול במחלות זיהומיות. ציוד ניטור כגון א.ק.ג., אולטרסאונד נייד, גלוקומטר, מד סטורציה. חיסונים ומקררים, ערכת לידה בסיסית, טיפול טרום-לידתי בסיסי, משקל, מד גובה, מד MUAC. לפעמים מכשיר רנטגן נייד. ציוד מגן לצוות.
- **ציוד דיגיטלי:** מחשבים ניידים עם תוכנת טלרפואה, אחסון ועיבוד נתונים. מומלץ גם את אפליקציית HIMA (Health In My Hand).
- **ציוד לניהול וטיפול בפסולת רפואית.**

ב.7 נגישות

- לפחות 80% מהאוכלוסייה צריכים להיות מסוגלים להגיע למרפאה בתוך פחות משעת הליכה.
- מערך ביקורים במחנות העקורים - חיוני לזיהוי חולים שאינם ניידים.
- רשת של מרפאות ניידות - המכסה את כל המחנות לפחות פעמיים בשבוע.
- מערכת מאורגנת של הפניות והסעות במקרים דחופים לבתי חולים.

ב.8 מעקב ופיקוח

יבוצעו על ידי מומחים ישראלים ושותפים בינלאומיים.

יצירת מנגנון מעקב לקביעת עמידה בתקנים, שקיפות החלוקה, דיווח על כשלים ושיפור מתמיד.

ב.8.1. מטרות המעקב והפיקוח

- הבטחת עמידה בתקנים מקצועיים (SPHERE ואחרים) במתן הסיוע ההומניטרי.
- מניעת הסטת משאבים (מים, מזון, ציוד רפואי) לגורמים לא רלוונטיים או עוינים.
- מדידה מתמשכת של יעילות הסיוע והשפעתו בפועל על בריאות האוכלוסייה ומצב התזונה.
- זיהוי כשלים ותגובה מהירה לאתגרים במהלך היישום.

ב.8.2. מנגנוני מעקב

א. מיפוי וניטור בזמן אמת

- הפעלת מערכת איסוף נתונים יומי מהשטח (כולל באמצעות אפליקציות, חיישנים ומעקב אחר דגימות).
- עדכונים בזמן אמת של כמויות, מסלולים ונקודות חלוקה של מזון, מים ותרופות.

ב. תיעוד מלא של זרימת המשאבים

- שימוש במסמכים דיגיטליים, ברקודים ומערכות ERP למעקב אחר כל משלוח.
- חתימות דיגיטליות של נציגים מוכרים (ישראלים ובינלאומיים) עם קבלת/העברת הציוד.

ג. סקרי בריאות ומדדי אוכלוסייה

- פריסת צוותי מעקב בינלאומיים ומקומיים לביקורות תקופתיות (מדדי תזונה, תחלואה, תמותה, גישה לשירותים).
- איסוף נתונים גם באמצעות מרכזים קהילתיים, מרפאות וארגוני סיוע.

ב.3.8 מנגנוני פיקוח

א. פיקוח חיצוני עצמאי

- שילוב של ארגון בינלאומי ניטרלי (כמו הצלב האדום, תוכנית המזון העולמית, ארגון הבריאות העולמי) לביצוע ביקורות תכופות והוצאת דוחות ציבוריים.
- פעולה על פי נהלים ומסמכים מוסדרים הנגישים לכל בעלי העניין.

ב. צוות בקרת איכות ישראלי-בינלאומי

- פעולה מסונכרנת של צוות בקרת איכות בשטח ובגבול, בשיתוף פעולה עם נציגים ערבים-ישראלים, על מנת להבטיח שקיפות ואמינות.

ג. קו חם לתלונות

- הפעלת מרכז שירות טלפוני וערוצי תקשורת דיגיטליים לקבלת דיווחים, תלונות ומשוב ישיר מהאוכלוסייה ומעובדי השטח.

ב.4.8. תהליכי הערכה

א. הערכה שוטפת:

- ניתוח נתונים שבועי/חודשי לבחינת מגמות (למשל, ירידה בתחלואה, עלייה בגישה לשירותים).
- **התאמת תהליכי סיוע על סמך ממצאים:** "למידה תוך כדי תנועה".

ב. הערכה מסכמת:

- עיבוד דוחות תקופתיים (רבעוניים/שנתיים) והשוואה ליעדים שהוגדרו מראש כגון שיעורי תת-תזונה, אספקת מים לנפש, זמינות שירותים רפואיים.
- פרסום דוחות מסכמים לציבור, למדינות התורמות ולממשלת ישראל.

ג. משוב מהאוכלוסייה:

- ביצוע משוב מובנה באמצעות ראיונות, קבוצות מיקוד ושאלונים, בניהול צד שלישי בלתי תלוי.

ב.5.8 תגובה, תיקון ושקיפות

- גיבוש פרוטוקול תגובה מיידית לכל תקלה או הפרה שנמצאו בביקורות/בדיקות.
- הצגה פומבית של דוחות (בכפוף לאילוצי אבטחה) ויישום מנגנון מעקב אחר ביצוע התיקונים.
- קיום דיונים תקופתיים בוועדת היגוי, בהשתתפות כל בעלי העניין, לצורך עדכונים, סקירה וקבלת החלטות.

ב.9 טכנולוגיה למעקב ופיקוח

- חישה מרחוק
- יישום מערכת מידע גיאוגרפית (GIS) למעקב אחר משלוחים בשטח
- פריסת יישומי מדידת בריאות (HIMA – Health In My Hand)
- שילוב מצלמות וניטור חזותי בנקודות קריטיות



mitvim.org.il