



PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS
רופאים אֲطִיבָא לזכויות אדם لحقوق الإنسان
ישראל ישראל ISRAEL



ינואר 2015

הפרד ומשול: אי שוויון בבריאות

תוכן העניינים

1.	הקציר מנהלים 3
2.	הקדמה וסקירה היסטורית 6
3.	מדדים כלכליים-חברתיים 8
4.	מדדי בריאות 15
5.	השליטה הישראלית על בריאות הפלסטינים
	בשטחים הכבושים 35
6.	סיכום 42

כתיבה: מור אפרת

ייעוץ: הדס זיו, פרופ' דני פילק, פרופ' נדב דוידוביץ'

סייעו: סני זיו, ד"ר קרן תורג'מן, ד"ר אילן גל, פרופ' שאול דולברג

תחקיר: גיא ידין-עברון, אילנה בן יעקב, ברניס קשת, תמר מנשה

עריכה לשונית: רעות כ"ץ

תמונת שער: אקטיביסטילס

עיצוב: איתמר חפץ

דו"ח "הפרד ומשול" מנתח את הפערים במדדי בריאות ובמדדים מגדירי בריאות בין ישראל והשטחים הכבושים ודורש שוויון בשירותי הבריאות בין ישראלים לפלסטינים לאור שליטתה של ישראל על מדדים אלו. מספר נתונים מרכזיים המוצגים בדו"ח:

- שיעור תמותת התינוקות עומד על 18.8 ל-1000 לידות בשטחים הכבושים לעומת 3.7 בישראל.
- שיעור תמותת האמהות בשטחים הכבושים הוא 28 ל-100,000 לידות, לעומת 7 בישראל.
- תוחלת החיים הממוצעת של הפלסטינים תושבי השטחים נמוכה בכ-10 שנים מזו שבישראל. בשנים האחרונות הפער בתוחלת החיים בין ישראל לשטחים גדל.
- שכחותן של מחלות זיהומיות היא גבוהה יותר בשטחים מאשר בישראל, למשל צהבת B.
- ישנם חיסונים הניתנים בישראל ולא ניתנים בשטחים הכבושים: הפטיטס A, אבעבועות רוח, דלקת ריאות, נגיף הרוטה ונגיף הפפילומה האנושי.
- שיעור העוסקים במקצועות הרפואה בשטחים הכבושים נמוך בהרבה משיעורם בישראל.
- שיעור הרופאים בישראל גבוה פי 1.6 משיעור הרופאים בשטחים הפלסטיניים ושיעור הרופאים המומחים בשטחים קטן פי שמונה משיעורם בישראל; 0.22 ל-1,000 תושבים בשטחים ו-1.76 בישראל. שיעור האחיות עומד על 1.9 ל-1,000 תושבים בשטחים הכבושים ובישראל על 4.8.
- צריכת המים הביתית והתעשייתית בקרב הפלסטינים בגדה היא 73 ליטר לאדם ביום - פחות מהמינימום המומלץ על ידי ארגון הבריאות העולמי (100 ליטר לאדם ביום); לשם השוואה, הצריכה הביתית בהתנחלויות גבוהה פי חמישה. בישראל, הצריכה הממוצעת בערים היא 242 ליטר לאדם ליום - פי 3.3 מזו שבגדה.
- ההוצאה הלאומית לבריאות לנפש בשטחים הפלסטיניים קטנה פי שמונה מזו שבישראל. ההוצאה הציבורית לבריאות בשטחים מהווה חלק קטן יחסית מסך ההוצאה הלאומית לבריאות-37% - שיעור נמוך הן ביחס לישראל (61%) והן ביחס לשאר מדינות העולם.

הדו"ח מנתח את מנגנוני השליטה בהן משפיעה ישראל על בריאות בשטחים הכבושים, אשר למעשה אינם מאפשרים למשרד הבריאות הפלסטיני לספק שירותי בריאות מלאים לתושבי השטחים. מספר מגבלות מרכזיות וזאת מעבר לכשלי הרשות הפלסטינית עצמה:

- מגבלות ישראליות על חופש תנועה של חולים, אנשי רפואה, אמבולנסים ותרופות, הן בין רצועת עזה, הגדה המערבית וירושלים המזרחית והן בתוך הגדה המערבית.
- שליטה ישראלית על התקציב של הרשות הפלסטינית ובכלל זה תקציב הבריאות.
- מגבלות על היקף אנשי הרפואה המורשים לעבוד בירושלים המזרחית (שם נמצאים ששת בתי החולים הפלסטינים המרכזיים) ועל היקף אנשי הרפואה המורשים להגיע להכשרות בישראל.
- התניית יציאת חולים מרצועת עזה לטיפול רפואי בתחבורים ביטחוניים של השב"כ.

הדרישה העקרונית העולה מניתוח הפערים ומנגנוני השליטה היא שוויון בבריאות בין ישראלים לפלסטינים. במשך שנים, דרשנו ב"רופאים לזכויות אדם" שישראל תישא באחריות לבריאות הפלסטינים בשל היותה הכוח הכובש, ומתוקף דיני הכיבוש והיותו כיבוש ארוך שנים. הכיבוש הפך כבר מזמן ממצב זמני למציאות מתמשכת – מציאות שמתאפיינת ביישוב קולוניאליסטי של אזרחי ישראל בשטחים הכבושים, בקביעת עובדות בשטח תוך שימוש במשאבי טבע ובקרקעות, ובשנים האחרונות אף בהצעות של שרי ממשלה לספח את אזור c, באופן שיקבע את המובלעות הפלסטיניות שנוצרו ולא יאפשר רצף טריטוריאלי ושלטון עצמאי. על רקע כל אלו יש לבחון מחדש את טיב ועומק האחריות הישראלית כלפי תושבי השטחים. בפועל, מתקיימות תחת השלטון הישראלי שתי קבוצות אוכלוסייה, שלאחת מהן זכויות יתר. לכן לא ניתן להסתפק עוד בקריאה לאחריות מסוימת של ישראל – יש לדרוש שוויון בין שתי הקבוצות. מחובתו של משרד הבריאות הפלסטיני להעניק שירותי בריאות לאוכלוסייה לפי יכולתו, אולם מחובתה של ישראל להעניק את כל השירותים שמעבר ליכולתו של משרד הבריאות, כך שילד פלסטיני וילד ישראלי – המתגוררים לעתים במרחק מאות מטרים זה מזה – יקבלו טיפול רפואי שוויוני.

הממשלה עונה למבקריה לעתים תכופות באומרה שמצבם הכלכלי של האפריקנים בדרום אפריקה טוב ממצבם של תושבי מדינות אחרות באפריקה. אינני יודע אם אמירה זו נכונה, וספק בלבי אם אפשר כלל לערוך השוואה בלי להתייחס למדד יוקר המחיה במדינות אלה. אפילו אם עובדה זו נכונה, בכל הנוגע לאפריקנים אין היא רלוונטית. אין אנו קובלים על כך שאנו עניים בהשוואה לאנשים במדינות אחרות, אלא על כך שאנו עניים בהשוואה לאנשים לבנים במדינתנו שלנו, ושעל פי חוק אנחנו מנועים מלשנות חוסר איזון זה.

נלסון מנדלה,

בנאום מפתיחת

משפטו ב-1964

מערכת הבריאות הפלסטינית נמצאת במשבר כרוני שאינו מאפשר לה לתת מענה ראוי לצרכי האוכלוסייה. מזה שנים סובלת מערכת הבריאות באופן קבוע ממחסור בתרופות ובציוד רפואי, לצד מחסור ברופאים מומחים ובאנשי צוות רפואי בכלל. עקב הקשיים הכלכליים בהם נתון משרד הבריאות הפלסטיני, עובדי הרפואה אינם מקבלים משכורות באופן קבוע, מה שמביא לעתים קרובות לשביתות של העובדים, ואף למעבר לשבוע עבודה בן שלושה ימים במקום חמישה. לקשיים אלו מתווספת עלות ההפניות: בכל שנה, חולים רבים הזקוקים לטיפולים שאינם קיימים במערכת הבריאות הציבורית מופנים בעלות גבוהה אל המערכת הפלסטינית הפרטית, אל ששת בתי החולים הפלסטיניים בירושלים המזרחית – ובהתאם לצורך גם אל בתי חולים בישראל, במצרים ובירדן.

המצב המשברי שבו נמצאת מערכת הבריאות הפלסטינית לא נוצר ביום אחד, והוא קשור קשר הדוק לשליטה הישראלית בשטחים הכבושים. לאורך השנים, חלו שינויים בתפיסה של ישראל בנוגע למידת אחריותה על מצב הבריאות בשטחים. עם כיבוש השטחים, ב-1967, ישראל ראתה עצמה אחראית, גם אם בצורה מוגבלת, להמשך תפקודם של שירותי הבריאות שם. אחריות מוגבלת זו מומשה באמצעות קצין מטה לענייני בריאות תחת המושל הצבאי ואחר כך המנהל האזרחי, ולא באמצעות משרד הבריאות הישראלי. מערכת הבריאות הפלסטינית נוהלה כמשק סגור ובאופן נפרד מהמערכת ששירתה את אזרחי ישראל. דגש מיוחד הושם על בריאות הציבור ועל רפואת האם והילד, ולא על פיתוח וסגירת פערים עם המערכת הישראלית. התקציב עצמו נשען עם השנים יותר ויותר על מסים שנגבו מתושבי השטחים, ונוהל בצורה לא שקופה, שלא אפשרה את בחינת המדיניות. ישראל יצרה ביטוח בריאות שכלל את עובדי המנהל האזרחי, אולם עם העברת הסמכויות לרשות הפלסטינית במסגרת הסכמי אוסלו, בוטל הביטוח באחת.¹

ב-1987, עם פרוץ האינתיפאדה הראשונה, צמצמה ישראל עוד יותר את מחויבותה למתן טיפול רפואי בשטחים הכבושים, והקטינה באופן דרסטי את היקף ההפניות לטיפול בישראל. על אף שמדובר בצעד ענישתי מובהק, טענת הצבא הישראלי היתה שחלה ירידה משמעותית בגביית המסים מתושבי השטחים ולכן לא נמצא מקור מימון לאותן הפניות.²

1 הדס זיו, "אי צדק מאורגן: הזכות לבריאות בשטחים הכבושים תחת סגר ומצור", רופאים לזכויות אדם, נובמבר 2002.

2 שם; "שירותי הבריאות ברצועת עזה", אוגוסט 1989, עמותת רופאים ישראלים-פלסטינים לזכויות אדם.

במסגרת הסכמי אוסלו, שנחתמו בשנים 1993-1994, האחריות על מערכת הבריאות הוטרה לחלוטין מישראל והועברה לידי של משרד הבריאות הפלסטיני, כחלק מהרשות הפלסטינית שקמה בעקבות ההסכמים. על אף שהיה ברור שמערכת הבריאות נמצאת בגירעון כרוני ושעלות הפעלתה גבוהה מאוד, קיבלה הרשות את האחריות כסמל לריבונותה, מבלי שדאגה לקבל גם את השליטה בתחומים הרבים החיוניים לניהול ותכנון של מערכת בריאות עצמאית. ישראל העדיפה להעביר לידי הרשות הפלסטינית תחום שכרוך בהוצאה כספית גדולה, גם במחיר צמצום מסוים של השליטה באוכלוסייה, ובמקביל הבטיחה את המשך שליטתה בשאר התחומים, לרבות מעברי הגבול, יחסי החוץ, מקורות המים, הקרקעות ועוד, ובכך למעשה השאירה בידיה את הכוח הפוליטי והכלכלי.

בדו"ח זה נסקור את מצב הבריאות בשטחים הכבושים,³ וזאת באמצעות הצגת מדדי בריאות כמו תוחלת חיים ותמותת תינוקות, המספקים מבט כללי על בריאותם של תושבי השטחים, וכן מדידים כלכליים וחברתיים המשפיעים על יכולתם של התושבים לממש את זכותם לבריאות.⁴ בנוסף, ננתח את מנגנוני השליטה וההשפעה של ישראל על בריאותם של הפלסטינים. טענתנו היא של ישראל השפעה ישירה על מצב הבריאות בשטחים, המתבטאת הן בשליטתה במעברים ובתנועה, וביכולתה למנוע, למשל, את הגעתו של חולה מרצועת עזה לטיפול רפואי בגדה המערבית, והן – ובעיקר – בשליטתה על תנאים מגדירי בריאות כמו דיור, תזונה ומים.

בהמשך להצגת המידע, יושו נתוני המדדים הרפואיים והכלכליים של התושבים הפלסטינים לאלו שבישראל, על מנת להמחיש את אי השוויון במצב הבריאות בין השטחים הכבושים לבין ישראל. ברצוננו לאתגר את הטענה שאין טעם להשוות בין מצב הבריאות בישראל ובשטחים הכבושים, טענה שנשמכת על מצג שווא כאילו מדובר בשתי ישויות נפרדות, שכל אחת מהן חופשיה להחליט על כלכלתה, תקציבה, ודרכי פיתוחה והפעלתה של מערכת הבריאות שלה.

הסכמי אוסלו יצרו אשליה, או תקווה, כי ההפרדה מהווה שלב בדרך לכינון שתי מדינות. בפועל, מתקיימת כבר שני עשורים מציאות שבה הועמקו מאפיינים של קולוניאליזם והפרדה על בסיס לאום. תחת שלטון אחד, בשטח אחד, חיות שתי קבוצות עם זכויות שונות. האם לא הגיעה העת לדרוש שוויון לשתי הקבוצות?

3 הכוונה בשטחים הפלסטיניים בדו"ח זה היא לגדה המערבית ולרצועת עזה. הדו"ח לא יתייחס לירושלים המזרחית כיוון שעל תושביה חל חוק ביטוח בריאות ממלכתי הישראלי. הנתונים נכונים לתקופה שלפני מבצע "צוק איתן" בעזה בקיץ 2014.

4 מרבית הנתונים בתחום מדדי הבריאות נכונים לשנת 2011, שכן לגבי שנה זו היה ניתן לאסוף נתונים הן בנוגע לישראל והן בנוגע לשטחים.

לא ניתן להפריד את מצב הבריאות ממצב הכלכלה. ב-2003 פרסם ארגון הבריאות העולמי דו"ח המראה כי לתנאים הכלכליים והחברתיים שבהם אנשים חיים, כגון תעסוקה ורמת הכנסה, ישנה השפעה מכרעת על בריאותם.⁵ בדו"ח נוסף של ארגון הבריאות העולמי מ-2008,⁶ שעוסק ב"אי-הגינות" בבריאות - המוגדרת כ"אי-שוויון בבריאות, אותו ניתן למנוע" - נכתב כך:

"אפילו בעשירות שבמדינות, אלה שפחות אמידים חיים פחות וסובלים ממחלות יותר מאשר העשירים. הבדלים אלו בבריאות הם לא רק עוולה חברתית חמורה - הם גם הפנו את תשומת לבם של הקהילה המדעית לכמה מהגורמים המשפיעים ביותר על תנאי הבריאות בחברות מודרניות. הם הובילו להכרה הולכת וגוברת בהשפעתה הדרמטית של הסביבה החברתית על מצב הבריאות, ובמה שמכונה כיום תנאים מגדירי בריאות."⁷

הדו"ח מסתיים בהמלצה להילחם באי-השוויון בבריאות ברחבי העולם על ידי העלאת רמת החינוך והרווחה ושיפור תנאי המחיה והעבודה של כלל האנשים.

אם כן, על מנת להציג תמונה מלאה של מצב הבריאות בשטחים הכבושים, לא ניתן להתעלם מהתנאים החברתיים והכלכליים המשפיעים עליה, אשר חשיבותם אינה פחותה מזו של מדדי הבריאות עצמם.⁸

⁵ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

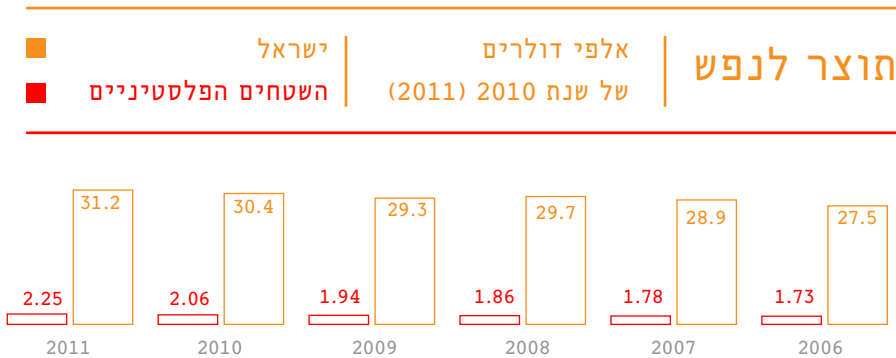
⁶ http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf?ua=1

⁷ שם, עמוד 7.

⁸ אם לא צוין אחרת, פרק זה מבוסס על נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) הישראלית והפולטנינית. הנתונים הישראליים מבוססים גם על נתוני המוסד לביטוח לאומי.

חוצר מקומי גולמי (תמ"ג)

החוצר המקומי הגולמי של הכלכלה הפלסטינית עמד בשנת 2011 על כ-9.3 מיליארד דולר. מספר התושבים בשטחים עמד על 4.1 מיליון נפשות, כך שהחוצר לנפש בדולרים נאמד בכ-2,250 דולר. זהו נתון נמוך, שעל פיו השטחים הפלסטיניים נמנים עם קבוצת המדינות העניות בדירוג רמת החיים. התמ"ג הפלסטיני נמוך ב-93% מהתמ"ג בישראל, בה החוצר לנפש בשנת 2011 נאמד ב-31.2 אלף דולר לנפש.



גם קצב הצמיחה של התמ"ג בכלכלה הפלסטינית הוא נמוך, והוא מלמד על כך שלא צומצמו הפערים ברמת החיים בין תושבי ישראל, לרבות התושבים היהודים בגדה המערבית, ובין התושבים הפלסטיניים בשטחים. בשנים 2000-2011 עמד קצב הצמיחה של החוצר לנפש בשטחים על 1% לשנה בלבד - קצב נמוך ביותר בהשוואה למדינות מתפתחות ברמת הכנסה דומה. לדוגמה, באותה תקופה, הצמיחה הממוצעת לנפש במדינות המזרח התיכון ובאפריקה עמדה על 2.9% לשנה. בישראל, בעשור האחרון, קצב הצמיחה לנפש עמד על 1.7% - שיעור דומה לזה שבמדינות עם הכנסה דומה. מצב זה הוא יוצא דופן, שכן לרוב נצפה לצמיחה מהירה יותר של מדינות עניות ולסגירה הדרגתית של הפער ביניהן לבין המדינות העשירות.

שיעור התעסוקה

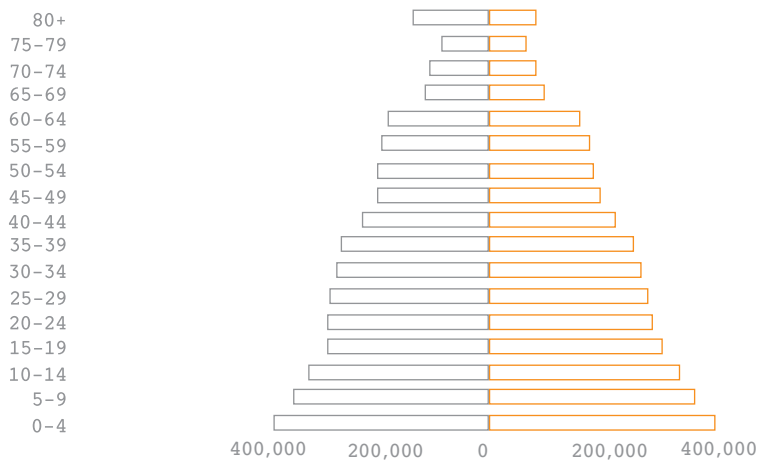
שיעור התעסוקה פירושו שיעור המועסקים מתוך כלל האוכלוסייה. מדד זה מבטא את יחסי התלות הכלכלית בתוך החברה: מספר המפרנסים ביחס למספר הנפשות הכללי. ככל ששיעור התעסוקה נמוך יותר, כך התלות במפרנסים גבוהה יותר וקשה יותר למצוא את פוטנציאל הצמיחה. שיעור התעסוקה תלוי במבנה הגילאים, בשיעור ההשתתפות וביעור האבטלה. בשטחים הפלסטיניים, פוטנציאל המועסקים אינו מגיע לידי מיצוי, כתוצאה משיעור ההשתתפות הנמוך של נשים בכוח העבודה ומביקושי חסר לעובדים, המתבטאים בשיעור אבטלה גבוה.

מבנה הגילאים

האוכלוסייה הפלסטינית צעירה מאוד: שיעור הילדים מתחת לגיל 14 הוא 40% מכלל האוכלוסייה, לעומת 28% בישראל. מספר הילדים הגדול מביא להגדלת הנטל על האוכלוסייה העובדת, אשר נדרשת לפרנס מספר רב של נפשות.

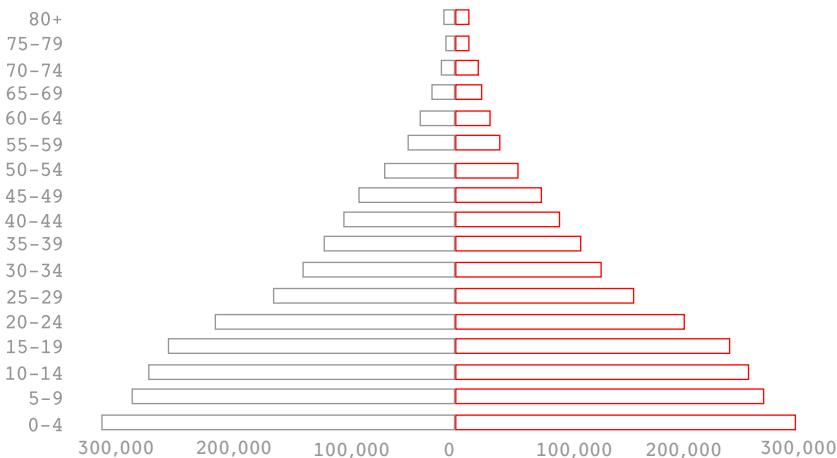
פירמידת גילאים ישראל (2011)

גברים | נשים



פירמידת גילאים השטחים הפלסטיניים (2011)

גברים | נשים



שיעור ההשתתפות בכוח העבודה

שיעור ההשתתפות באוכלוסייה הפלסטינית נמוך בהשוואה לישראל (43% לעומת 64%). באוכלוסיית הגברים שיעורי ההשתתפות דומים (69%), ואולם בקרב הנשים שיעורי ההשתתפות נמוכים משמעותית ביחס לישראל (17% לעומת 58.1%). שיעור השתתפות נמוך מבטא לעתים קרובות מצב שבו עובדים התיאשו מלחפש עבודה לאחר שלא הצליחו בכך במשך זמן רב. שיעור ההשתתפות הנמוך מגדיל גם הוא את הנטל על האוכלוסייה העובדת, המפרנסת הן את הילדים והן את הנשים שאינן עובדות.

שיעור האבטלה

מתוך האוכלוסייה שמחפשת עבודה, כ-28% הם מובטלים; זוהי אחת הבעיות העיקריות של המשק הפלסטיני. מדובר בשיעור אבטלה גבוה, המעיד על כך שבנוסף לשיעור ההשתתפות הנמוך של הנשים, גם גברים שמחפשים עבודה מתקשים בכך בגלל שורה ארוכה של חסמים. זהו אחד הגורמים המסבירים את הנתון הנמוך של תוצר לנפש.

מלאי ההון לעובד

מלאי ההון הוא סך הנכסים המשתתפים בתהליך הייצור, לרבות מבנים, ציוד, מכונות, כלי רכב ועוד; מלאי ההון לעובד הוא סך הנכסים העומדים לרשותו של כל עובד בתהליך הייצור. זהו אחד הגורמים המרכזיים המשפיעים על גובה התוצר לנפש. כאשר אין בנמצא נתונים על מלאי ההון, ניתן להשתמש בנתונים על צריכת החשמל כמדד עקיף למלאי ההון: ככל שלמפעל יש יותר מכונות וציוד, כך צריכת החשמל שלו תגדל.

מאחר שאין נתונים זמינים על מלאי ההון לעובד ברשות הפלסטינית ביחס לישראל, נשתמש להלן בנתונים הנוגעים לצריכת החשמל. צריכת החשמל לנפש בשטחים הפלסטיניים עמדה בשנת 2011 על 1,200 קוט"ש (קילוואט בשעה) לנפש. לעומת זאת, צריכת החשמל לנפש בישראל באותה שנה הייתה 7,900 קוט"ש. הפער בצריכת החשמל מעיד על רמת ההון הנמוכה במשק הפלסטיני ועל רמת התיעוש הנמוכה. הדברים מתחדדים לאור ההשוואה של נתוני הצריכה של חשמל לשימוש ביתי, המצביעה על פער קטן יותר (2,160 קוט"ש למשק בית בשטחים לעומת 6,740 בישראל) – ומכאן שרמת התיעוש של המפעלים בשטחים הפלסטיניים נמוכה משמעותית מזו שבישראל. רמת תיעוש נמוכה (המעידה על מלאי הון נמוך לנפש) היא אחת הסיבות העיקריות לנתון נמוך של תוצר לנפש.

השקעות זרות

השקעות זרות הן אחד המקורות העיקריים להגדלת כושר הייצור של משק (בנוסף לחסכונות פרטיים). ההשקעות הזרות הישירות במשק הפלסטיני בשנת 2012 הסתכמו ב-204 מיליון דולר בלבד, בהשוואה לכ-9,481 מיליון דולר בישראל.

צפיפות אוכלוסין

צפיפות האוכלוסין היא נתון דמוגרפי שנהוג לכלול אותו בסקירה כלכלית, מאחר שהוא משפיע על היעילות הכלכלית בייצור, על שוק הדיור, על תשתיות התחבורה, על החקלאות, על המסחר ועל הקשרים החברתיים. צפיפות האוכלוסין בשטחים הפלסטיניים עומדת על 724 נפש לקמ"ר (בגדה המערבית - 475, וברצועת עזה - 4,583), לעומת 347 נפש לקמ"ר בישראל.

שיעור העוני

שיעור העוני נמדד לפי מספר המשפחות שנמצאות מתחת לקו העוני. בשטחים הפלסטיניים, כ-25% מהמשפחות נמצאות מתחת לקו העוני, לעומת 19.9% בישראל. חשוב לציין שמדובר במדד יחסי: קו העוני מוגדר כ-50% מההכנסה החציונית הפנויה לנפש תקנית. בישראל, ההכנסה החציונית הפנויה בשנת 2011 היתה 4,000 ש"ח, ומכאן שקו העוני עמד על 2,000 ש"ח לחודש לנפש תקנית. בשטחים הפלסטיניים בתקופה המקבילה קו העוני היה 458.6 ש"ח לנפש לחודש.

השכלה

מספר שנות הלימוד הממוצע של האוכלוסייה הפלסטינית בשטחים עמד, נכון ל-2013, על 8 שנות לימוד, לעומת ממוצע של 12 שנות לימוד בישראל.⁹

אי שוויון

אי השוויון נמדד על פי מדד ג'יני, המתייחס לאי שוויון בחלוקת ההכנסות בין מדינות, כאשר 0% מציון שוויון ו-99% מציון אי שוויון. מדד ג'יני בשטחים הפלסטיניים מגיע לכ-40%, לעומת 35.9% בישראל.

מדד הפיתוח האנושי

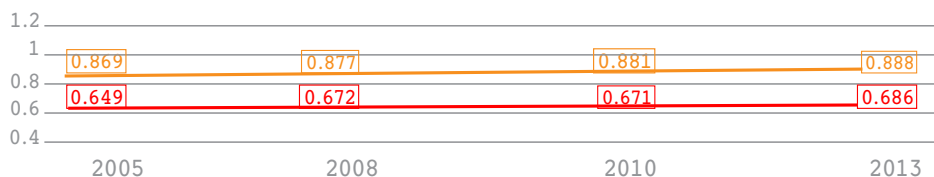
מדד הפיתוח האנושי מפורסם על ידי סוכנות האו"ם לפיתוח (UNDP). מטרת המדד היא להעריך את רמת החיים בכל מדינה, על פי מספר נתונים בסיסיים הנוגעים לחינוך, בריאות והכנסה. נכון לשנת 2013, בשטחים הפלסטיניים המדד עמד על 0.686 והם מדורגים במקום ה-107 בעולם, ואילו בישראל המדד עמד על 0.888, והיא מדורגת במקום ה-19 בעולם.¹⁰ בין השנים 2013-1990, ישראל ירדה מהמקום ה-18 בעולם למקום ה-19, ואילו פלסטין עלתה מקום אחד בדירוג - מ-108 ל-107 - בין השנים 2013-2005 (אין נתונים לגבי

9 סוכנות האו"ם לפיתוח. הנתונים על ישראל לקוחים מתוך: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/ISR>
הנתונים על השטחים הפלסטיניים לקוחים מתוך: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/PSE>

10 ש.ם.

השנים הקודמות). המיקום של ישראל בדירוג הוא בקבוצה הגבוהה מאוד, בעוד שפלסטין מדורגת בקבוצה הבינונית. יש לציין כי הפער בין ישראל לשטחים נשאר דומה לאורך כל העשור האחרון.

ישראל | מדד הפיתוח האנושי
 השטחים הפלסטיניים



גישה לאדמות

בהסכמי אוסלו מ-1993 חולקו השטחים הפלסטיניים לאזורי A, B ו-C. שטחי A הוגדרו כשטחים בשליטה פלסטינית מלאה, שטחי B הוגדרו כשטחים בשליטה אזרחית פלסטינית ושליטה ביטחונית ישראלית, ושטחי C – כשטחים בשליטה ישראלית מוחלטת. 60% מכלל שטחי הגדה המערבית, ורובם הגדול של השטחים הפתוחים בה, מוגדרים כשטחי C. הבנייה הפלסטינית בכ-70% מהאדמות בשטח C נאסרה באופן גורף על ידי ישראל, בטענה שמדובר בשטחי אש, אדמות מדינה, אדמות סקר, גנים לאומיים ועוד. גם הבנייה באדמות הנותרות בשטחי C תלויה באישור המנהל האזרחי – אישור שמתקבל רק בחלק קטן מהמקרים. לפי ההערכות של ארגון זכויות האדם "במקום – מתכננים למען זכויות תכנון", בנייה פלסטינית מותרת בפועל רק בכחצי אחוז משטחי C. למדיניות זו יש השלכות משמעותיות גם על החיים בשטחי A ו-B, בהם מתגוררים רוב תושביה הפלסטיניים של הגדה: שטחים אלה מורכבים למעשה מ-165 "איים" נפרדים המוקפים על ידי שטחי C, ומכאן שעתודות הקרקע של רוב היישובים והערים הפלסטיניות נמצאות בשטחי C, אולם בגלל הגבלות הבנייה המחמירות בשטחים אלה, הרשות הפלסטינית אינה יכולה לנצל אותם כראוי למטרות הרחבה ופיתוח.¹¹

ב-2013 פרסם הבנק העולמי דו"ח על הכלכלה הפלסטינית שהתמקד בשטחי C.¹² על פי ההערכה שהוצגה בדו"ח, ההגבלות שישראל מטילה על הפלסטינים, אשר מונעות את השימוש בשטחי C ואת פיתוחם, עולות לכלכלה הפלסטינית כ-3.4 מיליארד דולר בשנה – כ-35% מהתל"ג.

11 "כנתון שלה: מדיניות ישראל בשטח C של הגדה המערבית", בצלם, יוני 2013.

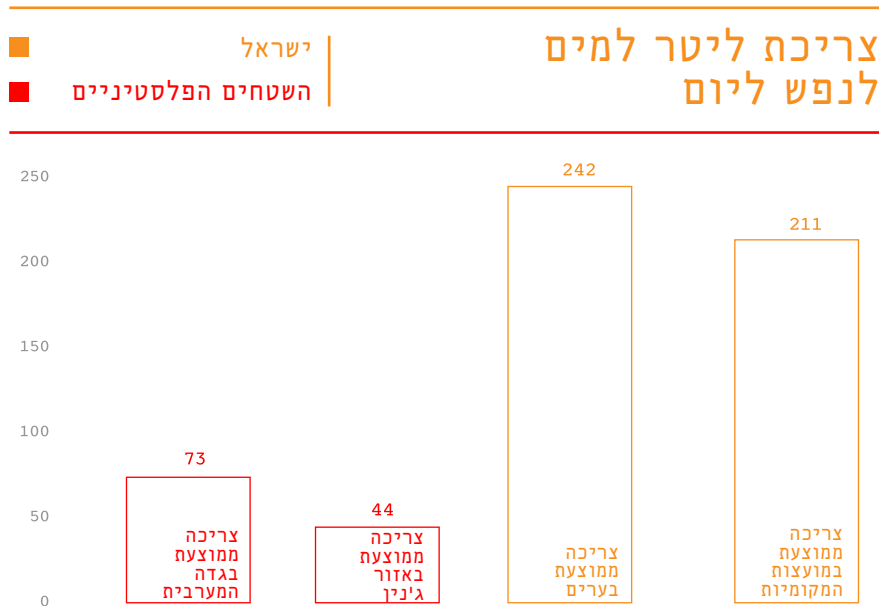
12 West Bank & Gaza, Area C & the Future of the Palestinian Economy, World Bank, October 2013

גישה למים

מקורות המים העיקריים בגדה המערבית - נהר הירדן ואקוויפר ההר - נמצאים בשליטה ישראלית. מערכות המים בגדה מנוהלות על ידי חברת המים הממשלתית הישראלית "מקורות", המספקת כמעט מחצית מכמות המים שצורכים תושבי הגדה. בעקבות הסכמי אוסלו הוקמה רשות פלסטינית למים (PWA), אולם רשות זו אינה מסוגלת להפיק כמות מים מספקת, ונאלצת לקנות מים מחברת "מקורות"; זאת, משום שישראל שומרת על השליטה בנהר הירדן ובמרבית מי האקוויפר, ומונעת את הקמתה ותחזוקתה של תשתית מים פלסטינית בשטחי C על ידי סירוב שיטתי למתן אישורי בנייה.¹³

התוצאה היא שצריכת המים הביתית והתעשייתית בקרב הפלסטינים בגדה היא 73 ליטר לאדם ביום - פחות מהמינימום המומלץ על ידי ארגון הבריאות העולמי (100 ליטר לאדם ביום); לשם השוואה, הצריכה הביתית בהתנחלויות גבוהה פי חמישה. בישראל, הצריכה הממוצעת בערים היא 242 ליטר לאדם ליום - פי 3.3 מזו שבגדה.

רצועת עזה, שנותקה מהגדה המערבית, נותרה עם מקור מים אחד - אקוויפר החוף, שנמצא בחלקו בשטח רצועת עזה ובחלקו בשטח ישראל. תשתיות המים והביוב ברצועה אינן מתפקדות כראוי, לאחר שנפגעו מהמצב הכלכלי, מההגבלות הישראליות על יבוא חומרי בנייה, מהמחסור בחשמל, וכן מהתקפות הצבא הישראלי לאורך השנים, שגרמו להרס שטחים. בנוסף, שאיבת יתר של מים, הן מצד ישראל והן מצד הממשלה בעזה, הביאה לזיהום האקוויפר, עד שכיום 90%-95% מהמים בו אינם ראויים לשתייה.¹⁴



13 Water for One People Only: Discriminatory Access and "Water - Apartheid" in the OPT, Al-Haq, 2013.

14 http://www.btselem.org/hebrew/water/consumption_gap

בפרק זה נציג את נתוני הבריאות בשטחים הכבושים, תוך השוואתם לנתונים בישראל (כולל ההתנחלויות), על פי מספר מדדים מרכזיים. בנושאים שבהם ישנם נתונים זמינים המאפשרים זאת, נתייחס בנפרד לגדה המערבית ולרצועת עזה. הנתונים על ישראל מבוססים ברובם על נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) הישראלית, על נתוני משרד הבריאות הישראלי ועל נתוני הארגונים הבינלאומיים (ארגון הבריאות העולמי ואחרים). הנתונים על השטחים הכבושים מבוססים על נתוני הלמ"ס הפלסטינית, על נתוני משרד הבריאות הפלסטיני, וכן על נתוני הארגונים הבינלאומיים. במקרים מסוימים, הופקו נתונים במיוחד לצורך כתיבת דו"ח זה; כך למשל, הנתון הנוגע לשיעור התמותה ממחלות לב לפי גיל בישראל הופק על ידי "תחום בריאות ותנועה טבעית" בלמ"ס הישראלית לפי שכבות הגיל הנהוגות במשרד הבריאות הפלסטיני, על מנת לאפשר השוואה בין הנתונים.

סיבות מוות עיקריות

בישראל: ¹⁵	בגדה המערבית: ¹⁶
1. סרטן (26.3%)	1. מחלות לב וכלי דם (22.4%)
2. מחלות לב וכלי דם (17.2%)	2. סרטן (12.4%)
3. סוכרת (5.8%)	3. מחלות כלי דם במוח (10.3%)
4. מחלות כלי דם במוח (5.8%)	4. סוכרת (8.6%)
5. מחלות כליה (3.8%)	5. מחלות במערכת הנשימה (7%)
6. תאונות	6. מחלות ילודים ומחלות טרום לידתיות
7. אלח דם	7. אלח דם
8. מחלות כרוניות במערכת הנשימה התחתונה	8. מחלות כליה
9. דלקת ריאות ושפעת	9. תאונות
10. יתר לחץ דם	10. סניליות (Senility)

¹⁵ "סיבות מוות מובילות בישראל":

http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/leading-causes_2010.pdf

¹⁶ משרד הבריאות הפלסטיני, דו"ח שנתי, 2011, עמ' 40:

<http://www.moh.ps/attach/440.pdf>. לגבי רצועת עזה אין נתונים.

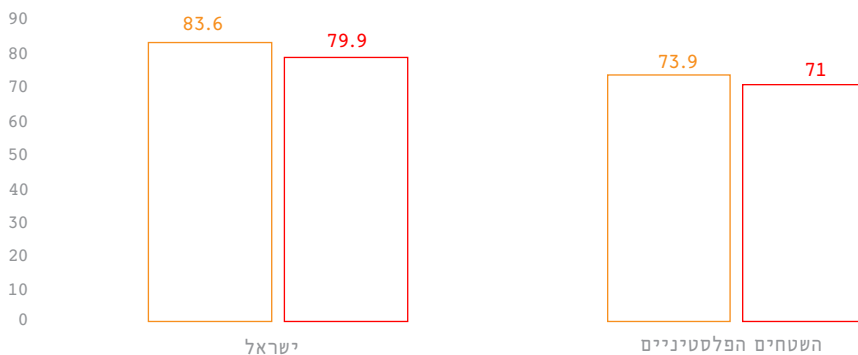
בישראל, סרטן הוא גורם התמותה הראשון בעשר השנים האחרונות, לאחר ש"עקף" ברשימה את מחלות הלב וכלי הדם, וזאת בין היתר בשל הירידה בתמותה ממחלות לב, הודות למניעה ראשונית ושניונית. בשטחים הפלסטיניים, לעומת זאת, שיעור התחלואה בסרטן נמוך מבישראל, והוא הגורם השני לתמותה. כמו כן, בשטחים, המחלות הזיהומיות, בעיקר של דרכי הנשימה, נמצאות במקום גבוה יותר ברשימה (5 לעומת 8), וכך גם מחלות הילודים והמחלות הטרומ לידתיות (מקום 6 בשטחים, בעוד שבישראל אינן נמצאות בין עשרת הגורמים העיקריים). אלה הם שני תחומים נוספים שבהם למניעה תפקיד קריטי בהפחתת התמותה.

תוחלת חיים

תוחלת החיים, דהיינו אורך החיים הממוצע של אדם באוכלוסייה, היא המדד הנפוץ ביותר להערכה של מצב הבריאות. תוחלת החיים מוכרת גם על ידי האו"ם כמדד המעיד על רמת הבריאות במדינה, וזאת למרות שהוא משקף רק את אורך החיים של התושבים ולא את איכות חייהם.¹⁷ הנתונים בגרף הבא נכונים לשנת 2011:¹⁸

תוחלת החיים (2011)

נשים | גברים



OECD Better Life index ¹⁷

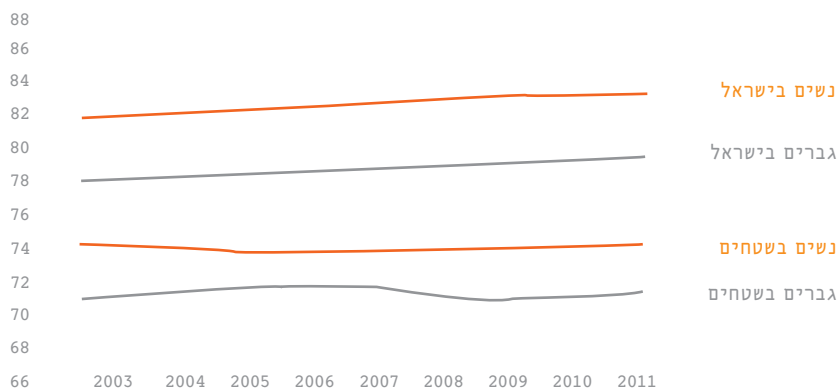
<http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/health>

WHO Country Statistical Profiles ¹⁸

http://applications.emro.who.int/docs/RD_Annual_Report_2011_country_statistics_EN_14587.pdf

מהגרף עולה כי תוחלת החיים בישראל גבוהה בכעשר שנים מזו שבשטחים הפלסטיניים. הפער בתוחלת החיים נובע בעיקר מפערים בתנאים מגדירי הבריאות (ראו עמ' 10-5 בדו"ח זה). בשטחים הפלסטיניים, הפער בין נשים לגברים בתוחלת החיים הוא מהקטנים בעולם, והוא עומד על 2.9 שנים; בישראל הפער בין נשים לגברים הוא מעט גדול יותר - 3.7 שנים - אך גם הוא נחשב לקטן מאד יחסית. יתכן שהפער הקטן בתוחלת החיים בין נשים לגברים, הן בישראל והן בשטחים הפלסטיניים, הוא תוצאה של אי השוויון השורר בשתי החברות בין נשים לגברים, שכן במרבית מדינות העולם הפער בתוחלת החיים בין נשים לגברים גבוה בהרבה. מתחילי העשור האחרון, מסתמן כי הפערים בתוחלת החיים בין ישראל לשטחים הכבושים רק הולכים וגדלים, בקרב נשים וגברים כאחד:

תוחלת החיים (2003-2011)



בעוד שבשראל, תוחלת החיים של הנשים עלתה ב-1.8 שנים בין 2003 ל-2011, ושל הגברים ב-2.3 שנים,¹⁹ בשטחים המספרים הם רק 0.1 ו-0.3 בהתאמה.²⁰ התוצאה היא שהפער בתוחלת החיים בין ישראל לשטחים גדל בשנים אלו, מ-8 שנים ל-9.7 שנים בקרב נשים, ומ-6.9 שנים ל-8.9 שנים בקרב גברים. העובדה שלמרות העלייה הכללית בתוחלת החיים, הפער בתחום זה בין ישראל לבין השטחים לא הצטמצם עם השנים אלא גדל, מלמדת על נסיגה בתוחלת החיים של תושבי השטחים ביחס לתושבי ישראל.

19 ש.ס.

20 עפ"י הדו"חות השנתיים של משרד הבריאות הפלסטיני מהשנים 2003-2011. הנתונים מ-2002 ומ-2008 לא היו זמינים.

חמותת תינוקות

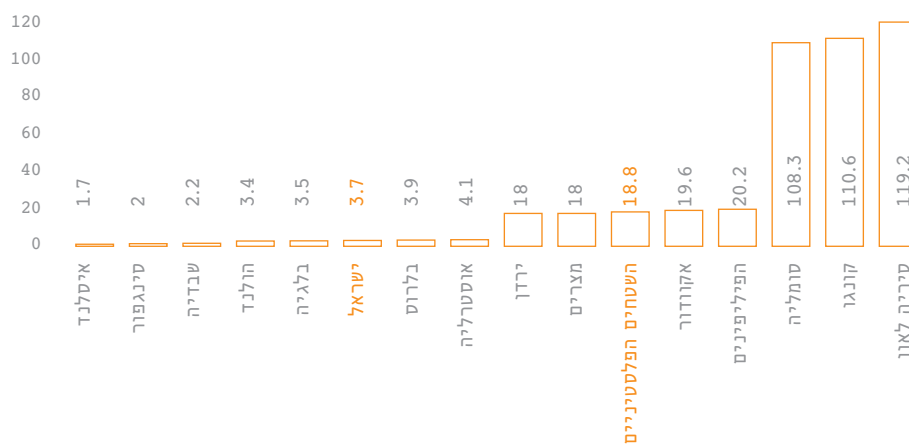
חמותת תינוקות נמדדת על פי מספר מקרי המוות של תינוקות מתחת לגיל שנה, לאלף לידות חי. זהו מדד מרכזי ומקובל להערכה של איכות הבריאות במדינה. הנתונים נכונים לשנת

2011:21

חמותת תינוקות ל-1000 לידות חי (2011)



חמותת תינוקות ל-1000 לידות חי (2011)



21 WHO Country Statistics, Occupied Palestinian Territory

http://applications.emro.who.int/docs/RD_Annual_Report_2011_country_statistics_EN_14587.pdf

The Palestinian Central Bureau of Statistic, A Press Release on the Eve of the World Health Day

<http://www.pcbs.gov.ps/site/512/default.aspx?tabID=512&lang=en&ItemID=757&mid=3171&wversion=Staging>

Ministry of Health, Palestine, annual report 2011

<http://www.moh.ps/attach/440.pdf> pg.40

למ"ט, שנתון סטטיסטי לישראל, 2012:

http://www.cbs.gov.il/shnaton63/st03_11x.pdf

Child Mortality Estimates, a database based on the research of the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation <http://www.childmortality.org/index.php?r=site/index>

הפער בשיעור תמותת התינוקות בין השטחים הפלסטיניים לבין ישראל הוא משמעותי ביותר: כמעט פי חמישה. בעוד ששיעור תמותת התינוקות בישראל הוא מהנמוכים בעולם, בשטחים הפלסטיניים הנתון דומה לזה שבמדינות בעלות מדד פיתוח בינוני, כגון מצרים, ירדן והפיליפינים.

בדומה לנתונים על תמותת תינוקות בישראל, מרבית מקרי המוות בשטחים הפלסטיניים – כשני שלישי – מתרחשים בתקופה הסמוכה ללידה (neonatal period), ואילו מיעוט מקרי המוות – כשליש – מתרחשים חודש ומעלה לאחר הלידה (post neonatal period).²² לעומת זאת, בשונה מהמצב בישראל, מקרי המוות בשטחים הפלסטיניים קשורים ברובם במחלות זיהומיות (כ-55%) ורק מיעוט מהמקרים (כ-16%) קשור בפגות. השיעור הגבוה יחסית של תמותת תינוקות הקשורה במחלות זיהומיות – תופעה שניתנת למניעה – הוא ההסבר העיקרי לפער בשיעורי תמותת התינוקות בין השטחים הפלסטיניים לבין ישראל.

משקל לידה נמוך

מדד זה מתייחס לשיעור התינוקות שנולדים במשקל הנמוך מ-2,500 גרם מתוך כלל הילודים.²³ למשקל נמוך של ילודים עלולות להיות השלכות ארוכות טווח, ובכלל זה תמותה, נכות ודיכאון בקרב פעוטות וילדים, וכן השפעה על המצב הבריאותי בעת בגרות. תזונה קלוקלת במהלך ההריון משפיעה לא רק על בריאותה של היולדת, אלא עלולה להשליך באופן שלילי גם על משקל הילוד והתפתחותו המוקדמת. הטיפול בילודים במשקל נמוך כרוך בנטל כלכלי משמעותי על מערכת הבריאות.²⁴ הנתונים נכונים לשנת 2011:²⁵

שיעור הילודים במשקל הנמוך מ- 2.500 גרם, (2011) פגים | ילודים שאינם פגים



Ministry of Health, Palestine, annual report 2011 22
<http://www.moh.ps/attach/440.pdf>

MEETING OF ADVISORY GROUP ON, MATERNAL NUTRITION AND LOW BIRTHWEIGHT, 23
 Geneva, 4 - 6 December 2002, WHO
http://www.who.int/nutrition/publications/advisory_group_lbw.pdf

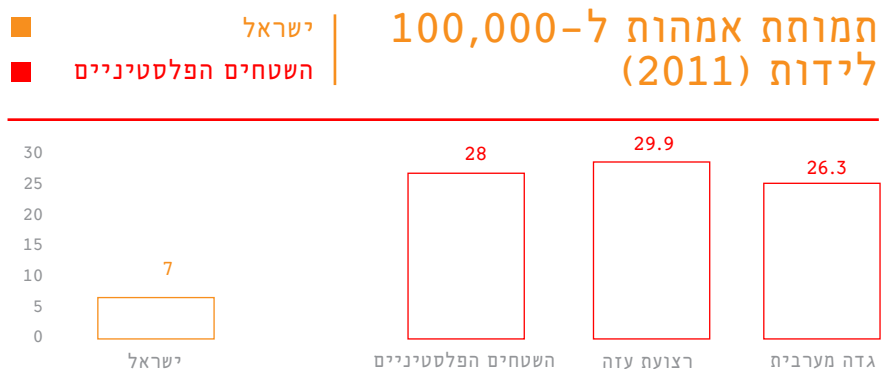
,Nutrition, Feto-maternal nutrition and low birth weight, WHO 24
http://www.who.int/nutrition/topics/feto_maternal/en/index.html

25 הנתונים על ישראל נמסרו לרל"א על ידי הלמ"ס בהתכתבות בדוא"ל מ- 18.4.2013. הנתונים על השטחים הפלסטיניים לקוחים מ: Palestine country profile, 2011, WHO
<http://rho.emro.who.int/rhodata/?theme=country&vid=21500#>

מהגרף עולה כי שיעור התינוקות שנולדים במשקל נמוך בישראל הוא גבוה מזה שבשטחים הפלסטיניים: אולם יש לקחת בחשבון ש-6.1% מתוך כלל הילודים בישראל – וכ-80% מהילודים במשקל נמוך מ-2,500 גרם – הם פגים (כלומר, נולדו לפני השבוע ה-38).²⁶ זאת, בין היתר בשל השימוש הנרחב בטיפולי פוריות בישראל. סביר להניח שפגים במשקל נמוך שנולדים בשטחים לא מצליחים לשרוד, עקב היעדר מומחיות רפואית וציוד מתאים. נתונים אלו יכולים להסביר הן את הפער בשיעור הילודים במשקל נמוך בין ישראל לשטחים הפלסטיניים, והן את שיעור התמותה הגבוה של תינוקות בשטחים.

תמותת אמהות

תמותת אמהות היא מדד מקובל להערכת מצב הבריאות ורמת שירותי הבריאות במדינה, והיא מחושבת לפי מספר מקרי המוות של יולדות כתוצאה מסיבוכים בהריון או בעת הלידה, לכל 100,000 לידות. בין השנים 2010–1990, שיעור תמותת האמהות בעולם צנח בקרוב ל-50%²⁷ וכיום כמעט כל מקרי המוות של אמהות מתרחשים במדינות ה"עולם השלישי". שיעור תמותת האמהות הוא גבוה יותר בקרב נשים החיות באזורים כפריים ובקהילות עניות, וכן נמצא קשר מובהק בין שיעור התמותה לבין רמת ההשכלה של האמהות: ככל שרמת ההשכלה גבוהה יותר, הסיכון לתמותה נמוך יותר. תמותת אמהות נחשבת לתופעה שניתנת למניעה באופן משמעותי: טיפול רפואי מקצועי לפני הלידה, במהלכה ולאחריה יכול, כמעט בכל המקרים, להציל את חיי האמהות וילדיהן. הנתונים על ישראל נכונים לשנת 2010²⁸ והנתונים על השטחים הפלסטיניים נכונים ל-2011:²⁹



26 על פי נחוני הל"ס, התכנות בדוא"ל מ-27.5.13.

27 WHO, Maternal Mortality, May 2012

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>

28 World Health Organization, Israel

<http://www.who.int/gho/countries/isr.pdf>

29 Ministry of Health, Palestine, annual report 2011

<http://www.moh.ps/attach/440.pdf>

WHO Country Statistics, key health related statistics, Occupied Palestinian Territory
http://applications.emro.who.int/docs/RD_Annual_Report_2011_country_statistics_EN_14587.pdf

מהגרף עולה כי שיעור תמותת היולדות בשטחים הפלסטיניים גבוה פי ארבעה מזה שבישראל, וכי קיים פער בשיעור התמותה בין הגדה המערבית לבין רצועת עזה. סיבת המוות העיקרית של אמהות כפי שדווחה בגדה המערבית היא תסחיף ריאתי (23.5% מהמקרים). לגבי סיבות המוות ברצועת עזה אין בנמצא נתונים מפורטים. יש לציין שעל פי המידע הרשמי של משרד הבריאות הפלסטיני, כל הלידות בשטחים הפלסטיניים נערכות תחת השגחה של צוות רפואי.³⁰

חיסונים

חיסוני השגרה, הניתנים כחלק מתוכנית לאומית בשטחים הפלסטיניים ובישראל הם:

חיסון	השטחים הפלסטיניים 2011	ישראל 2013
Hib – DPT (דיפתריה, שעלת וטטנוס)	כן	כן *
Polio (OPV+IPV) (פוליו)	כן	כן **
MMR (חצבת, חזרת ואדמת)	כן	כן
Varicella (אבעבועות רוח)	לא	כן
HBV (הפטיטיס B)	כן	כן
HAV (הפטיטיס A)	לא	כן
PCV13 (דלקת ריאות)	לא	כן
Rota (נגיף הרוטה)	לא	כן
HPV (נגיף הפפילומה האנושי)	לא	כן

* בישראל, המרכיב שנמצא בשימוש בחיסון השעלת הוא שעלת אל-תאי (aP). חיסון זה הוא יקר משמעותית, ותופעות הלוואי שלו קלות משמעותית ביחס לחיסון שקיים בשטחים הפלסטיניים.

** בישראל הוחזר לאחרונה חיסון OPV (חיסון חי מוחלש נגד פוליו) לאחר שהוצא מתוכנית החיסונים בשנת 2005, וזאת עקב התפרצות של הנגיף בקרב האוכלוסייה.

על פי משרד הבריאות הפלסטיני, היקף החיסונים בשטחים הפלסטיניים הוא גבוה, והם ניתנים בממוצע ליותר מ-99% מהאוכלוסייה.³¹ יש לציין שבמסגרת הסכמי אוסלו, ישראל עמדה על כך שהרשות הפלסטינית תתחייב לחסן את תושביה בחיסונים שצוינו בהסכם.³²

מחלות זיהומיות

מחלות זיהומיות הן גורם משמעותי לתחלואה ולתמותה. משרד הבריאות הפלסטיני השתלט בהצלחה על מחלות כמו בילהרציה, צרעת, דיפטריה, דבר, שיתוק ילדים וכלבת, אולם עדיין פועל למניעתן של מחלות אחרות, כמו דלקת עוצבה (קרום המוח) מנינגוקוקית, ברצלוזיס, HIV/איידס, צהבת, שחפת ריאתית וחוץ-ריאתית, שלשול ודלקת ריאות.³³

הנתונים שיוצגו להלן לקוחים מתוך פרסומים של משרד הבריאות הפלסטיני ושל משרד הבריאות הישראלי.³⁴

שיעור מקרים של מחלות זיהומיות ל – 100,000 אנשים:

ישראל 2010	רצועת עזה 2011	הגדה המערבית 2011	השטחים הפלסטיניים 2011	
0.6	0	0.9	0.6	צהבת B (Hepatitis B)
0.7	26.6	21	23.1	צהבת A (Hepatitis A)
* 4.6	1.4	0.3	0.8	שחפת ריאתית וחוץ-ריאתית (Tuberculosis)
0.7	9.5	0.04	3.6	דלקת עוצבה (קרום המוח) מנינגוקוקית (Meningococcal meningitis)
1.8	0.4	6.7	4.3	ברצלוזיס (Brucellosis)

* הנתונים נכונים
לשנת 2009.

31 דו"ח משרד הבריאות הפלסטיני, 2011, עמוד 27.

32 הדס זיו, "אי צדק מאורגן: הזכות לבריאות בשטחים הכבושים תחת סגר ומצור", רופאים לזכויות אדם, נובמבר 2002.

33 שם.

34 הנתונים על השטחים לקוחים מדו"ח משרד הבריאות הפלסטיני, 2011, עמ' 24:
<http://www.moh.ps/attach/440.pdf>

הנתונים על ישראל לקוחים מתוך "מחלות זיהומיות מחייבות הודעה בישראל: 60 שנות ניטור, 1951-2010":
http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Disease1951_2010.pdf

ניתן לראות כי שיעורי ההיארעות של צהבת A, דלקת מנינגוקוקית וברוצלוזיס גבוהים יותר בשטחים הכבושים מאשר בישראל. חשוב לציין שהחיסונים נגד צהבת A ונגד מנינגוקוק הם יקרים יחסית, וכי בישראל מחסנים נגד מחלות אלו החל משנות ה-90 של המאה שעברה. ניתן להניח כי שיעור ההיארעות הגבוה יותר של שתי המחלות הללו בשטחים מעיד על קושי של התושבים לרכוש בעצמם את החיסונים, שאינם נכללים בתוכנית החיסונית הלאומית.

HIV/איידס

בישראל התגלו בין השנים 1981-2012 7,517 מקרים חדשים של נשאי HIV וחולי איידס³⁵ בשטחים הפלסטיניים התגלו בין השנים 1988-2011 רק 72 מקרים חדשים, מתוכם 60 חולי איידס ו-12 נשאי HIV,³⁶ אולם ניתן לשער שיש תת-דיווח באשר להיקף המחלה.

להלן ההתפלגות של דרכי ההדבקה בנגיף:

ישראל (7,517 מקרים)	השטחים הפלסטיניים (72 מקרים)	
* אין נתונים זמינים	55.5%	יחסי מין הטרוסקסואליים
22.6%	5.5%	יחסי מין הומוסקסואליים
13.8%	4.1%	מזרקים ומחטים
2.9%	2.7%	העברה מאם לילד
1.4%	5.5%	דם/ מוצרי דם
39.6%	*	מדינת מוצא אנדמית ל-HIV
3.5%	*	פרטנר עם HIV
15.9%	26.3%	אחר/ לא ידוע

35 HIV/איידס בישראל: דו"ח אפידמיולוגי תקופתי 1981-2012, משרד הבריאות: http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/AIDS_PeriodicReport2013.pdf

36 דו"ח משרד הבריאות הפלסטיני, 2011, עמוד 36: <http://www.moh.ps/attach/440.pdf>

סוכרת

סוכרת היא בין המחלות הנפוצות בעולם, ואחד מגורמי התמותה השכיחים ביותר.³⁷ הנתונים בטבלה הבאה לקוחים מפרסום של פדרציית הסוכרת הבינלאומית, והם נכונים לשנת 2012:³⁸

ישראל	השטחים הפלסטיניים	
436.73	129.89	מספר מקרי הסוכרת בין הגילאים 20-79, באלפים
7.85%	9.15%	שיעור החולים בסוכרת מתוך כלל האוכלוסיה
181.55	72.39	מספר מקרי הסוכרת הלא מאובחנים, באלפים
29.4%	35.8%	שיעור החולים הלא מאובחנים מתוך כלל חולי הסוכרת

מהטבלה עולה כי מחלת הסוכרת נפוצה יותר בשטחים הפלסטיניים מאשר בישראל. יש לציין ששכיחות הסוכרת נמצאת כיום במגמת עלייה בכל העולם, גם בגילאים צעירים מבעבר, וזאת בעיקר בשל שינויים באורח החיים (מעבר לאורח חיים יושבני - sedentary lifestyle) ובתזונה (תזונה המורכבת בעיקר ממזון מעובד ועתיר סוכרים ושומנים). חברות מבעבר, שנמצאות בתהליך של מודרניזציה, נוטות להתאפיין בשכיחות גבוהה יותר של סוכרת. כמו כן, נמצא קשר בין מעמד חברתי-כלכלי נמוך לבין שכיחות גבוהה של סוכרת; לאנשים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך יש גישה פחותה למזון בריא ולפעילות גופנית.

הן בישראל והן בשטחים הכבושים ישנו תת אבחון של מחלת הסוכרת, ועל כן ניתן להניח ששכיחות המחלה בפועל גבוהה יותר מכפי שמשקף בטבלה. עם זאת, בישראל הבעיה היא פחות חמורה, הודות לשימוש יעיל יותר בשירותי הבריאות.³⁹ בהתאם לכך, ניתן לראות בטבלה כי השיעור המוערך של חולים לא מאובחנים מתוך כלל חולי הסוכרת גבוה יותר

37 משה פיליפ ושלומית שליטין, "סוכרת נעורים", משרד הבריאות, המחלקה לאם, לילד ולמתבגר, מאמרים: <http://www.old.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=35&catId=101&PageId=845>
:World Health Organization, Health topics, Diabetes
<http://www.emro.who.int/health-topics/diabetes>

38 :International Diabetes Federation, Atlas, 5th addition, 2012
http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/5E_IDFAtlasPoster_2012_EN.pdf?utm_medium=email&utm_campaign=IDF%20Diabetes%20Atlas%202012%20Update&utm_content=IDF%20Diabetes%20Atlas%202012%20Update+Preview+CID-720a5262162f1f585ba9fc8ca39fef30&utm_source=campaignmonitor&utm_term=English
פדרציית הסוכרת הבינלאומית היא ארגון גג שמאגד 200 ארגוני סוכרת, הפועלים בלמעלה מ-160 מדינות. הפדרציה מזוהה עם מחלקת המידע הציבורי של האו"ם ונמצאת בקשרים רשמיים עם ארגון הבריאות העולמי.

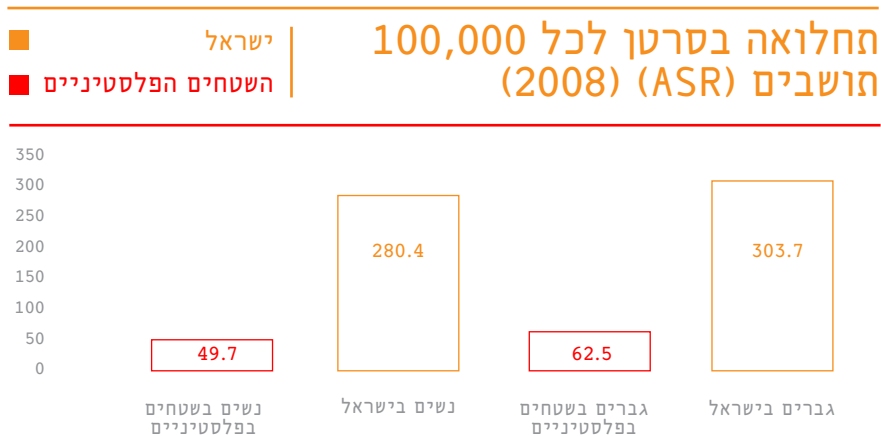
39 החייעצות עם ד"ר קרן תורג'מן, מומחית באנדוקרינולוגיה.

בשטחים מאשר בישראל.

בנוסף, יש לציין שהטיפול בסוכרת בשטחים הכבושים לוקה בחסר, מה שמביא במקרים רבים לסיבוכים של המחלה. למשל סוכרת שאינה מאובחנת בשלב מוקדם מספיק, ושאינה מטופלת כראוי, עלולה לגרום לנזקים ברשתית העין ולעתים אף לאיבוד הראייה.⁴⁰

סרטן

שיעור התחלואה בסרטן נמדד לפי מספר המקרים החדשים שנרשמו במדינה בשנה לכל 100,000 תושבים,⁴¹ והוא מספק הערכה בנוגע לסיכון לתחלואה בסרטן.⁴²



מהנתונים לשנת 2008 ניתן להסיק כי בישראל, שיעור חולי הסרטן מתוך כלל האוכלוסייה גבוה יותר מבגדה המערבית וברצועת עזה. הסיבה המרכזית לכך נעוצה בעובדה שאוכלוסיית ישראל מבוגרת משמעותית מאוכלוסיית השטחים. בנוסף, יש לשער שבשטחים הפלסטיניים קיים תח אבחון משמעותי של המחלה, וכי המספרים האמיתיים הם גבוהים יותר.

40 ג'ון תאלבוט, בית החולים לעיניים סנט ג'ון:

<http://www.stjohnseyehospital.org/diabetes-opt>

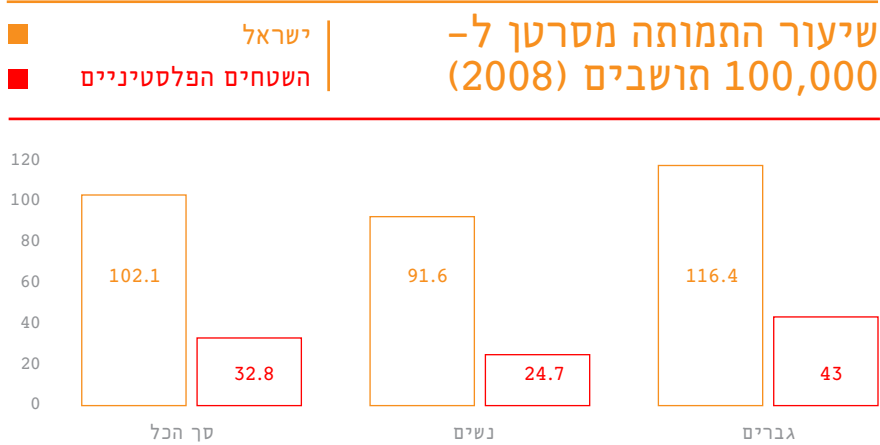
41 נתוני ה-OECD, Health at a Glance: Europe 2012, Cancer Incidence

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8112121ec016.pdf?expires=1365685346&id=id&acname=guest&checksum=1CD04FEDBD64F8193CC932A2EF42442>

42 GLOBCAN 2008, <http://globocan.iarc.fr>

תמותה מסרטן

שיעור התמותה מסרטן נמדד על פי מספר מקרי המוות של חולי סרטן בשנה לכל 100,000 תושבים.⁴³ נכון לשנת 2012, סרטן הוא גורם התמותה השני בחשיבותו ברשות הפלסטינית.⁴⁴ הנתונים בגרף שלהלן נכונים לשנת 2008:⁴⁵



מהגרף עולה כי שיעור התמותה מסרטן בשטחים הפלסטיניים נמוך מבישראל. בשנת 2011, שיעור התמותה מסרטן בגדה המערבית עלה ביחס לשנים קודמות.⁴⁶ בישראל, מאז סוף שנות ה-90 של המאה העשרים, סרטן הוא גורם התמותה הראשון בחשיבותו, והוא אחראי לכרבע מכלל הפטירות.⁴⁷ יש לציין ששיעור גבוה של תמותה מסרטן מעיד על כך שרמת הבריאות במדינה היא גבוהה, שכן המשמעות היא שחלה ירידה בתמותה כתוצאה מגורמים מרכזיים אחרים שניתנים למניעה, כמו סיבוכים של סוכרת, מחלות לב ועוד.

<http://globocan.iarc.fr> 43

44 דו"ח משרד הבריאות הפלסטיני על המחצית הראשונה של שנת 2012: www.moh.ps/attach/453.pdf, P.8

45 <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp> International Agency for Research on Cancer, World Health Organization
שנת 2008 היא השנה האחרונה בה נעשתה השוואה בינלאומית בנושא.

46 על פי משרד הבריאות הפלסטיני, שיעור התמותה מסרטן מתוך כלל מקרי המוות בגדה המערבית עלה מ-10.3% ב-2007 ל-10.8% ב-2010, ול-12.4% ב-2011: <http://www.moh.ps/attach/440.pdf>, p.41

47 דו"ח משרד הבריאות הישראלי, "סיבות מוות מובילות בישראל: 2000-2010", פברואר 2013: http://doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2013/03/10032013_leading-causes%20of%20death%20in%20Israel_2010.pdf

תמותה ממחלות לב

בגדה המערבית, מחלות לב וכלי דם הן גורם התמותה הראשון בחשיבותו (22.4% ממקרי המוות), ואילו בישראל מחלות לב הן גורם התמותה השני בחשיבותו. הטבלה הבאה מתארת את שיעור מקרי המוות כתוצאה ממחלות לב לכל 100,000 תושבים, בהשוואה בין גברים לנשים ובקבוצות גיל שונות. הנתונים על השטחים נלקחו מדו"ח של משרד הבריאות הפלסטיני, והנתונים על ישראל חושבו על ידי הלמ"ס לצורך דו"ח זה, בהתאם לתקנון הנתונים הפלסטיניים.⁴⁸ כל הנתונים נכונים לשנת 2011:

מספר מקרי המוות כתוצאה ממחלות לב ל-100,000 תושבים, 2011

ישראל			הגדה המערבית			קבוצת גיל
סה"כ	נשים	גברים	סה"כ	נשים	גברים	
1.384	1.548	1.228	0.283	0.578	0	0-4
0.552	0.516	0.585	1.359	0.641	2.046	5-19
10.412	4.369	16.581	26.415	15.16	37.178	20-59
557.279	521.62	601.39	1043.513	935.053	1177.843	מעל 60
86.38	85.435	87.342	62.709	57.798	67.468	סה"כ

ניתן לראות כי בכל קבוצות הגילאים (למעט 0-4), שיעור התמותה ממחלות לב גבוה יותר בגדה המערבית מאשר בישראל. עם זאת, בשל ההבדל במבנה הגילאים של האוכלוסיות בגדה ובישראל (אוכלוסיית ישראל מבוגרת יותר) – ובפרט היקפה הגדול של קבוצת הגיל מעל 60 בישראל (14.5% מהאוכלוסייה) ושיעור התמותה הגבוה בקבוצת גיל זו, לעומת היקפה הקטן בגדה (4.8% מהאוכלוסייה) – שיעור התמותה הגולמי⁴⁹ ממחלות לב בישראל גבוה יותר מאשר בגדה.

שיעורי התמותה הגבוהים יותר בגדה המערבית בקבוצות הגיל השונות יכולים להצביע, בין היתר, על גישה פחותה לשירותי בריאות בתחום הקרדיולוגי; זאת בניגוד לישראל, שבה חלה בעשורים האחרונים ירידה משמעותית בשיעור התמותה ממחלות לב, הודות לשילוב של שינויים באורח החיים וגישה משופרת לטכנולוגיות רפואיות.

48 הנתונים על השטחים לקוחים מתוך דו"ח משרד הבריאות הפלסטיני, 2011, עמ' 59-55
<http://www.moh.ps/attach/440.pdf>

הנתונים על ישראל התקבלו בהתכתבות דוא"ל עם מחלקת הבריאות בלמ"ס, ב-28.11.13.

49 הכוונה בשיעור התמותה הגולמי היא לסך מקרי התמותה בכל קבוצות הגילאים.

ניתוחים קיסריים

מדד זה מתאר את שיעור הניתוחים הקיסריים מתוך כלל הלידות באוכלוסייה.⁵⁰

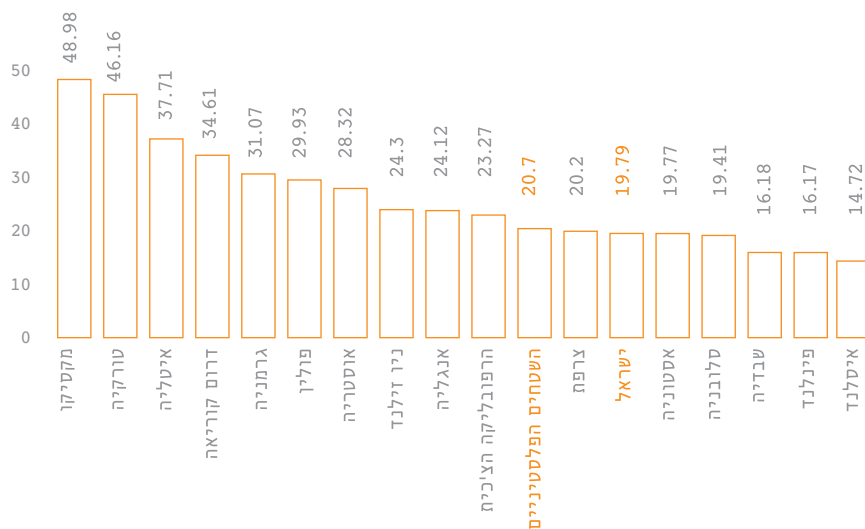
שיעור הניתוחים הקיסריים מתוך כלל הלידות, 2011

■ ישראל | השטחים הפלסטיניים



בהשוואה בינלאומית:⁵¹

שיעור הניתוחים הקיסריים מתוך כלל הלידות בהשוואה למדינות ה - DCEO (2011)



50 הנחונים על השטחים לקוחים מתוך הדו"ח השנתי של משרד הבריאות הפלסטיני, 2011, עמ' 169.
<http://www.moh.ps/attach/440.pdf>

הנחונים על ישראל לקוחים מתוך:
<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm>

51 נתוני ה-OECD:
<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm>
http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PRO

ניתן לראות כי שיעורי הניתוחים הקיסריים בשטחים הפלסטיניים ובישראל הם דומים, וכי מדובר בשיעורים ממוצעים ביחס למדינות המפותחות. על פי ארגון הבריאות העולמי, השיעור הרצוי של ניתוחים קיסריים מתוך כלל הלידות באוכלוסייה הוא 5%-20%, כך שהן ישראל והן השטחים הפלסטיניים נמצאים בטווח הרצוי.

כוח אדם רפואי

היקף כוח האדם במקצועות הרפואה מעיד על מידת יכולתה של מערכת הבריאות לספק שירותים נגישים למטופלים, על מידת ההשקעה הציבורית בתשתיות הבריאות, ועל מידת התכנון לטווח הארוך – בשל משך ההכשרה הממושך יחסית הנדרש במקצועות אלו.

שיעור הרופאים והרופאים המומחים

מדד זה בודק את מספר הרופאים והרופאים המומחים לכל 1,000 תושבים⁵².

שיעור רופאים ורופאים מומחים ל-1,000 תושבים (2011)

■ רופאים מומחים
■ רופאים לא מומחים



מהגרף עולה כי שיעור הרופאים בישראל גבוה פי 1.6 משיעור הרופאים בשטחים הפלסטיניים; זהו פער קטן יחסית, ושיעור הרופאים בשטחים אינו רחוק מהממוצע במדינות ה-OECD. עם זאת, שיעור הרופאים המומחים בשטחים קטן פי שמונה משיעורם בישראל, מה שמעיד על מחסור ניכר ברופאים מומחים.

⁵² הנחונים על ישראל לקוחים מתוך: "כח אדם במקצועות הבריאות", 2011, עמ' 5: <http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Documents/62614512.pdf>
 הנחונים על השטחים הפלסטיניים לקוחים מתוך: הדו"ח השנתי של משרד הבריאות הפלסטיני, 2011, עמ' 22: <http://www.moh.ps/attach/440.pdf>
 החישוב של שיעור הרופאים המומחים נעשה על בסיס מספרים מוחלטים של רופאים מומחים, כפי שפורסמו בדו"ח השנתי של משרד הבריאות הפלסטיני, 2011, עמ' 42: <http://www.moh.ps/attach/440.pdf>
 משרד הבריאות, "כח אדם במקצועות הבריאות", 2011, עמ' 5: <http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Documents/62614512.pdf>

שיעור האחיות

שיעור האחיות באוכלוסייה הוא מספר האחיות והמיילדות לכל 1,000 תושבים.⁵³

שיעור האחיות ל-1,000 תושבים (2011)

■ ישראל
■ השטחים הפלסטיניים



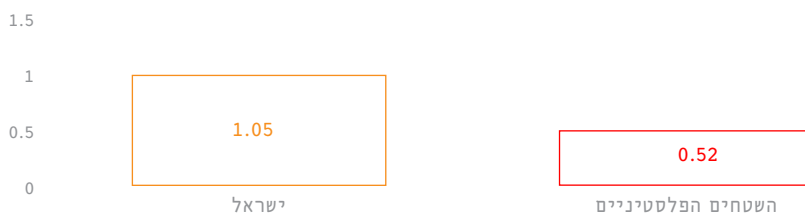
כפי שניתן לראות בגרף, שיעור האחיות בשטחים הכבושים נמוך מאוד בהשוואה לזה שבארץ, מה שמצביע על מחסור משמעותי בכוח אדם בתחום זה.

שיעור רופאי השיניים

מדד זה בודק את שיעור רופאי השיניים לכל 1,000 תושבים.⁵⁴

שיעור רופאי השיניים ל-1,000 תושבים (2011)

■ ישראל
■ השטחים הפלסטיניים



⁵³ הנתונים על השטחים לקוחים מתוך דו"ח משרד הבריאות הפלסטיני, 2011, עמ' 22: www.moh.ps/attach/440.pdf, והם דומים מאוד לנתונים של ארגון הבריאות העולמי, לפיהם שיעור האחיות בשטחים עומד על 1.8 ל-1,000 תושבים: Regional Health Observatory, World Health Organization, <http://rho.emro.who.int/rhodata/?vid=2624>

⁵⁴ הנתונים על השטחים הפלסטיניים לקוחים מהדו"ח השנתי של משרד הבריאות הפלסטיני, 2011, עמ' 22: <http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessages/Documents/62614512.pdf>, משרד הבריאות: הנתון מתייחס לשיעור האחיות עד גיל 65. שיעור האחיות הבלתי מועסקות עומד על 5.9 ל-1,000 תושבים.

בישראל שיעור רופאי השיניים הוא כפול מזה שבשטחים הפלסטיניים.

ממכלול הנתונים שהוצגו לעיל, עולה ששיעור העוסקים במקצועות הרפואה השונים בשטחים הכבושים נמוך בהרבה משיעורם בישראל. הפערים המשמעותיים בכוח האדם הרפואי מלמדים על הפערים בין מערכת הבריאות הישראלית לזו הפלסטינית, ועל מידת היכולת של כל אחת מהן להעניק טיפול רפואי נגיש לאוכלוסייה שאותה היא משרתת.

מיטות אשפוז

מדד זה בודק את מספר מיטות האשפוז הזמינות לכל 1,000 תושבים.⁵⁵

מספר מיטות אשפוז ל-1,000 תושבים (2011)

■ ישראל
■ השטחים הפלסטיניים



55 הנתונים על השטחים לקוחים מתוך: הדו"ח השנתי של משרד הבריאות הפלסטיני, 2011, עמוד 21: <http://www.moh.ps/attach/440.pdf>.

הנתונים על ישראל לקוחים מתוך פרסומי משרד הבריאות: http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/beds_2011.pdf והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה:

http://www.cbs.gov.il/www/publications/isr_in_n12h.pdf

החישוב נעשה באופן הבא, ובהתבסס על התייעצות עם משרד הבריאות: מסך כל מיטות האשפוז בבתי החולים (ר' פרסום משרד הבריאות, עמ' 6) מנוכה (שם, עמ' 20-13) מספר המיטות במוסדות סיעודיים (מוסדות שכל מיטות האשפוז בהם מיועדות לחולים גריאטריים סיעודיים או לחשויי נפש), והתוצאה מחולקת בגודל האוכלוסייה (ר' הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, עמ' 5). הנתונים שלעיל תואמים את נתוני ה-OECD:

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/190800051e1t006.pdf?expires=1381654783&id=id&accname=guest&checksum=F3222DCA2BB09247B582B9B0F2707BD4>

וכן את נתוני ארגון הבריאות העולמי -

<http://www.euro.who.int/en/countries/israel/data-and-statistics>

ההשוואה הבינלאומית מתבססת על המקורות הנ"ל וכן על נתוני הבנק העולמי:

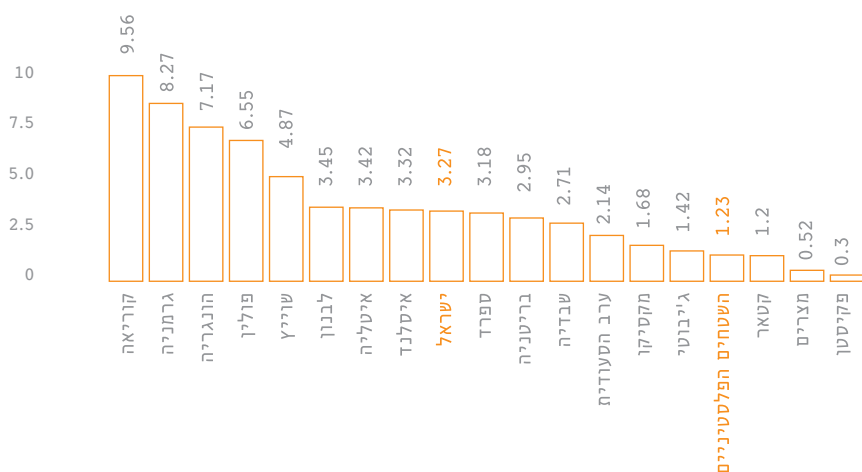
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>

ועל נתונים אזוריים הלקוחים מתוך דו"ח ארגון הבריאות העולמי: WHO - Regional Country

Statistical Reports, לשנת 2011:

http://applications.emro.who.int/docs/RD_Annual_Report_2011_country_statistics_EN_14587.pdf

מספר מיטות אשפוז ל-1,000 תושבים (2011)



שיעור מיטות האשפוז בישראל הוא נמוך ביחס למוצע במדינות ה-OECD. שיעור המיטות בשטחים הפלסטיניים הוא נמוך אף יותר: פי 2.7 פחות מבישראל.

תפוסה של מיטות אשפוז

שיעור התפוסה של מיטות האשפוז נמדד על פי מספר ימי האשפוז שנוצלו בפועל בתקופה נתונה לעומת מספר ימי האשפוז הפוטנציאליים, בהתאם לתעודת הרישום של כל בית חולים.⁵⁶ על פי ארגון הבריאות העולמי, כאשר תפוסת המיטות היא גבוהה מ-85%, גובר באופן ניכר הסיכון למשברים תקופתיים שיביאו לכשל בטיפול בחולים קשים.

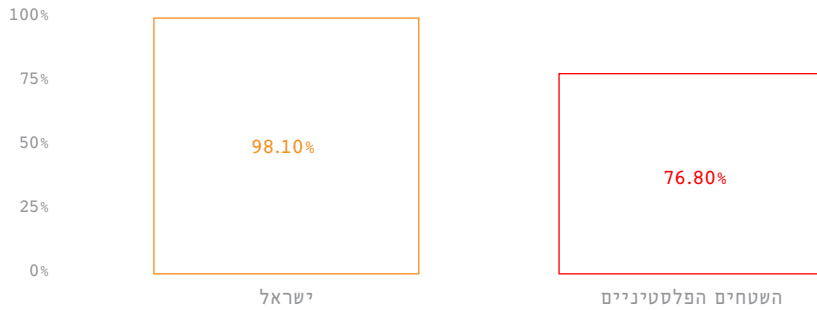
56 הנמונים על השטחים הפלסטיניים לקוחים מתוך הדו"ח השנתי של משרד הבריאות הפלסטיני, 2012, עמ' 50: <http://www.moh.ps/attach/502.pdf>. הנמונים על ישראל לקוחים מתוך: שנתון סטטיסטי לישראל, 2013, הלמ"ס:

http://www.cbs.gov.il/reader/shnaton/templ_shnaton.html?num_tab=st06_08&CYear=2013

הנמונים הבינלאומיים לקוחים מתוך פרסומי ה-OECD: http://www.oecd-ilibrary.org/search?option1=titleAbstract&option2=&value2=&option3=&value3=&option4=&value4=&option5=&value5=&option6=&value6=&option7=&value7=&option8=&value8=&option9=&value9=&option10=&value10=&option11=&value11=&option12=&value12=&option13=&value13=&option14=&value14=&option15=&value15=&option16=&value16=&option17=&value17=&option21=discontinued&value21=true&option22=excludeKeyTableEditions&value22=true&option18=sort&value18=&form_name=quick&option19=content_type&value19=statistics&value1=BED+OCCUPANCY&x=16&y=13

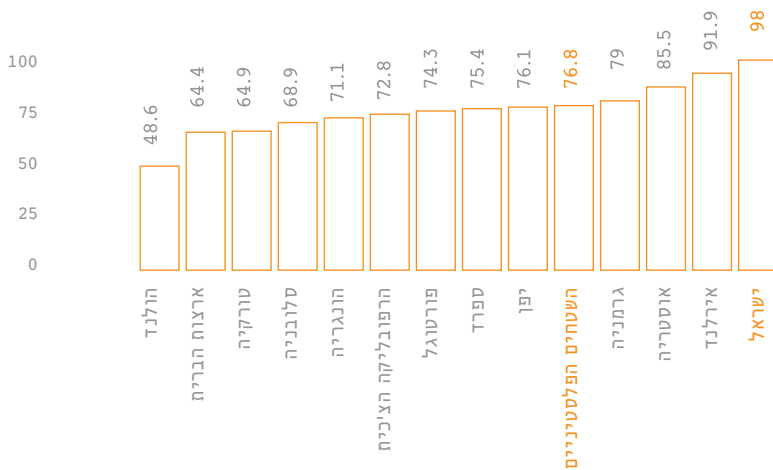
שיעור תפוסה של מיטות אשפוז (2011)

■ ישראל
■ השטחים הפלסטיניים



מהנתונים עולה כי שיעור תפוסת מיטות האשפוז בישראל גבוה מזה שבשטחים הכבושים. חשוב לציין שבשטחים, רבות ממיטות האשפוז שייכות למרכזי רפואה פרטיים ולא ציבוריים. להלן השוואה בינלאומית של שיעורי תפוסת המיטות:

שיעור תפוסה של מיטות אשפוז (2011)



מהגרף עולה כי שיעור תפוסת המיטות בישראל הוא הגבוה ביותר מבין כל מדינות ה-OECD, וכי שיעור תפוסת המיטות בשטחים הפלסטיניים זהה לממוצע במדינות ה-OECD, העומד על 76.8%.

57 הוצאה לאומית לבריאות

ישראל	השטחים הפלסטיניים	
2,046	248	ההוצאה הלאומית לבריאות לנפש (בדולרים)
7.7%	16%	שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מהתמ"ג
61%	37%	שיעור ההוצאה הציבורית מההוצאה הלאומית לבריאות
27%	37%	שיעור התשלומים הישירים של משקי הבית עבור תרופות ושירותי בריאות (out of pocket) מההוצאה הלאומית לבריאות

ההוצאה הלאומית לבריאות לנפש בשטחים הפלסטיניים קטנה פי שמונה מזו שבישראל. שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות מהתמ"ג, לעומת זאת, הוא מהגבוהים בעולם, 58 והוא עומד על 16%. ניתן לחשוב על כמה סיבות לכך; ראשית, בריאות היא שירות חיוני, שלתושבי השטחים אין ברירה אלא לשלם עבורו, בניגוד לשירותים אחרים שניתן להגדירם כפחות הכרחיים. בנוסף, כפי שתואר לעיל (ראו עמ' 3 בדו"ח זה), נוכח היכולת המוגבלת של מערכת הבריאות הציבורית הפלסטינית לספק טיפולים רפואיים ראויים, מטופלים רבים מופנים אל מחוץ למערכת הציבורית בעלות גבוהה מאוד, המהווה בכל שנה כ-30% מהוצאות משרד הבריאות הפלסטיני על טיפולים.⁵⁹

עובדה נוספת שבולטת לעין היא שההוצאה הציבורית לבריאות בשטחים מהווה חלק קטן יחסית מסך ההוצאה הלאומית לבריאות - 37% - שיעור נמוך הן ביחס לישראל והן ביחס לשאר מדינות העולם. זהו מצב נפוץ בקרב מדינות מתפתחות. עם השנים, השקעה מוגבלת זו של הרשות הפלסטינית בשירותים ציבוריים עודדה את התפתחותה של מערכת פרטית של שירותי בריאות, על חשבון המערכת הציבורית.

57 הנחונים נכונים ל-2011. הנחונים על ישראל לקוחים מתוך: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, הוצאה לאומית לבריאות 2011, הודעה לעיתונות:

http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201208211

הנחונים על השטחים הפלסטיניים לקוחים מתוך: World Health Organization, Annual Report of the Regional Director, 2011, Country Statistical Profiles, p. 106

http://applications.emro.who.int/docs/RD_Annual_Report_2011_country_statistics_EN_14587.pdf

<http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?ws=3&d=1> 58

59 דו"ח משרד הבריאות הפלסטיני, 2011

השליטה הישראלית על בריאות הפלסטינים בשטחים הכבושים

התלות הכלכלית של מערכת הבריאות הפלסטינית בישראל

תקציב הרשות הפלסטינית נשען על מספר מקורות:

1. כספי מסים הנגבים ישירות מתושבי השטחים הפלסטיניים.
2. כספים המגיעים מהמדינות התורמות.
3. מסים שנגבים על ידי ישראל על מוצרים שנכנסים לשטחים הפלסטיניים.

הסעיף השלישי דורש התייחסות מיוחדת: על פי הסכמי פריז משנת 1994, מכס ומע"מ על מוצרים שנכנסים לשטחי הרשות, ואשר עוברים במעברי הגבול שנמצאים בשליטה ישראלית, נגבים על ידי ישראל ומועברים לרשות הפלסטינית במועדים קבועים. הן על פי פרסומים ישראלים והן על פי הערכות של האו"ם, היקף כספי המכס שמעבירה ישראל לרשות הוא גדול: על פי נתוני מתאם הפעולות בשטחים, כספי המכס מהווים 44% מתקציב הרשות הפלסטינית,⁶⁰ ואילו מההערכות של האו"ם עולה שכספים אלו מהווים בין 60% ל-70%⁶¹ מתקציב הרשות. כך או כך, מדובר בחלק גדול מתקציב הרשות הפלסטינית שנמצא בפועל בשליטת ישראל.

שליטה זו של ישראל בכספי המסים נוצלה על ידה במספר מקרים בעבר, כאשר היא החליטה לעכב את העברות הכספיים על מנת להפעיל לחץ על הפלסטינים. כך למשל, בנובמבר 2012, לאחר שהרשות הפלסטינית פנתה אל העצרת הכללית של האו"ם בבקשה לקבל הכרה כמדינה משקיפה – בקשה שנענתה בחיוב – ישראל עיכבה את העברת כספי המכס לרשות כצעד ענישה.⁶² מקרה זה ומקרים דומים אחרים מלמדים שהיכולת של ישראל להחליט מתי להעביר ומתי לעכב סכום כה קריטי עבור תקציב הרשות משמשת כלי רב עוצמה, המאפשר לה לשלוט כרצונה על המשאבים המושקעים בתחומים רבים, ובכלל זאת במערכת הבריאות. בנוסף, חוסר היכולת לצפות מראש אם ומתי יגיעו הכספים מקשה על משרד הבריאות לתכנן את התקציב השנתי כראוי.

התלות הכלכלית של מערכת הבריאות הפלסטינית בישראל מתבטאת גם בהיקף ההפניות לטיפולים בישראל. בהיעדר ציוד מתקדם, ובעיקר ידע ומומחיות, שיאפשרו מתן מענה לבעיות רפואיות מורכבות בתחומים שונים, כגון אונקולוגיה, קרדיולוגיה ואורתופדיה,

⁶⁰ תיאום פעולות הממשלה בשטחים,

The West Bank Economy: http://www.cogat.idf.il/Sip_Storage/FILES/3/4203.pdf

⁶¹ Report on UNCTAD assistance to the Palestinian people: Developments in the Economy of the Occupied Palestinian Territory, United Nations Conference on Trade and Development, September 2011

⁶² "האו"ם אישר ברוב עצום: פלסטין – מדינה משקיפה", <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4313607,00.html>

נאלצת הרשות הפלסטינית להפנות מטופלים רבים למרפאות ולבתי חולים חיצוניים, בעיקר במסגרת מערכת הבריאות הפלסטינית הפרטית, וכן במצרים, בירדן ובישראל. בשנת 2010 הגיעה עלות ההפניות לטיפולים רפואיים מחוץ למערכת הציבורית לכ-30% מהתקציב של משרד הבריאות.⁶³ בשנת 2012, לדוגמה, הופנו לישראל 5,113 מטופלים בעלות כוללת של למעלה ממיליון ש"ח.⁶⁴ משמעות הדבר היא ששיעור ניכר מתקציב הבריאות מנותב אל מחוץ למערכת הבריאות הפלסטינית הציבורית. מצב זה מגביר את התלות בשירותי הבריאות של ישראל, ובעיקר אינו מאפשר את פיתוחה וביסוסה של מערכת בריאות פלסטינית עצמאית, שתספק מענה הולם לצורכי המטופלים. במקביל, הידלדלות המשאבים במערכת הציבורית מעודדת את התפתחותם של שירותי בריאות פרטיים שנכנסים לוואקום שנוצר.

שוק התרופות הפלסטיני כשוק שבו

שוק התרופות בגדה המערבית וברצועת עזה מחויב להסכמים הכלכליים עם ישראל, אשר מאפשרים לה לשלוט בו ולנהל אותו בהתאם לאינטרסים שלה ועל חשבון אלו של הפלסטינים.⁶⁵ שליטה זו מתבטאת במספר תחומים עיקריים:

חסימת היבוא של תרופות זולות יותר ממדינות ערב: בהתאם להוראות משרד הבריאות הישראלי, יבוא התרופות לשטחים הפלסטיניים מוגבל לתרופות הרשומות בישראל. כך חסם משרד הבריאות בפני הרשות הפלסטינית את השווקים הערביים השכנים, שהיו יכולים לספק תרופות לשטחים במחירים זולים יותר. יתרה מכך: תעשיית התרופות העולמית פועלת בשיטת תמחור דיפרנציאלית, שלוקחת בחשבון את המצב הסוציו-אקונומי של אוכלוסיית היעד, אולם מעטפת המכס המשותפת לישראל ולשטחים הכבושים מונעת את יישומו של התמחור הדיפרנציאלי בשטחים, וכתוצאה מכך נאלצים הפלסטינים לרכוש תרופות במחירי "עולם ראשון".

הגבלות על היבוא של חומרי גלם: יבוא של חומרי גלם הוא משימה כמעט בלתי אפשרית עבור יצרנים פלסטיניים, נוכח ההגבלות הקשות המוטלות על העברת סחורות לשטחים הכבושים. יבוא של חומרי גלם לשטחים מחייב את אישור משרד הבריאות הישראלי; יצרנים ישראלים, לעומת זאת, לא נדרשים לקבל אישור כזה ברוב המקרים. בנוסף, בעוד שליצרנים בישראל האישור הנ"ל ניתן באופן שנתי, יצרנים פלסטיניים נדרשים לבקש אישור חדש על כל משלוח. במקרים רבים, ישראל מכריזה על חומר גלם כלשהו ככזה שעלול לשמש לפעילות צבאית נגדה, ומטילה הגבלות משמעותיות על היבוא שלו לשטחים על ידי חברות תרופות – וזאת גם כאשר מדובר בחומר שחברות ישראליות משתמשות בו באופן קבוע.

הגבלות על יצוא תרופות: גם היצוא של תרופות מוגמרות נעשה בכפוף להגבלות שמטילה ישראל. יצואנים פלסטיניים אינם מורשים לייצא תרופות בבלוקים גדולים, אלא רק

63 הדו"ח שנתי של משרד הבריאות הפלסטיני, 2012: <http://www.moh.ps/attach/502.pdf>

64 הסכום המדויק הוא 104,243,716 ש"ח. ראו: הדו"ח השנתי של משרד הבריאות הפלסטיני, 2012: <http://www.moh.ps/attach/502.pdf>

65 המידע המובא כאן מבוסס על: Captive Economy, The Pharmaceutical Industry and the Israeli Occupation, Who Profits, March 2012.

בקופסאות - מה שמייקר את תהליך היצוא באופן משמעותי. בנוסף לכך, אנשי הביטחון הישראליים פותחים את הקופסאות לביקורת, מה שעלול לגרום להן נזק, שכן תרופות רבות נשמרות בקירור וצריכות להיארז באופן מיוחד. הסכנה לקלקול התרופות, יחד עם העלויות הגבוהות, מביאה לכך שאנשי עסקים פלסטינים מייצאים תרופות רק דרך ירדן.

נזק סביבתי: ברצועת עזה, הנחונה תחת סגר הדוק, השליטה הישראלית המוחלטת על כניסתן ויציאתן של תרופות יצרה מצב אבסורדי, שבו תרופות יכולות להיכנס אל הרצועה אבל לא לצאת ממנה. כתוצאה מכך, הטמנתן של כל התרופות פגות התוקף ברצועה מוטלת על הרשויות העזתיות במקום על חברות התרופות הישראליות והבינלאומיות. זהו נטל כבד שמחייב פתרונות מקצועיים, לרבות אתרים יעודיים לטיפול בפסולת רעילה; בהיעדר פתרונות שכאלה, ההטמנה המופרזת גורמת לנזקים סביבתיים שונים, כמו זיהום של מקורות המים ברצועה.

הגבלות על טיפוח העתודה הרפואית הפלסטינית

הכשרת סטודנטים לרפואה: בשתי אוניברסיטאות בגדה המערבית קיימות פקולטות לרפואה - אוניברסיטת אלקדס באבו דיס ואוניברסיטת א-נג'אח בשכם. הלימודים הקליניים של בית הספר לרפואה באוניברסיטת אלקדס, שבו לומדים בכל מחזור כ-70 סטודנטים וסטודנטיות, מתקיימים ברובם בירושלים המזרחית, שם ממוקמים שישה בתי חולים שנחשבים לגדולים ולמתקדמים ביותר מבין מוסדות הרפואה הפלסטיניים. מכאן נובע שעל מנת להשלים את הכשרתם הקלינית, על הסטודנטים תושבי הגדה להגיש בקשות לאישורי כניסה לישראל. בכל שנה, כ-10% מהסטודנטים לרפואה באוניברסיטת אלקדס אינם מקבלים אישורי כניסה מהמנהל האזרחי, וכתוצאה מכך נמנעים מלהשלים את לימודיהם ולהפוך לרופאים מן המניין.

אי הכרה בתוארי רפואה: על מנת לעבוד בבתי החולים שבירושלים המזרחית, נדרשים בוגרי ובוגרות לימודי רפואה מהשטחים לעבור את בחינות הרישוי הישראליות. מאז 2006, משרד הבריאות הישראלי מסרב להכיר בתוארי הרפואה הניתנים על ידי אוניברסיטת אלקדס שבאבו דיס, מסיבות בירוקרטיות-פוליטיות: האוניברסיטה לא מוכרת כישראלית מאחר שהיא כפופה לרשות הפלסטינית ולא לישראל; מאידך, משרד הבריאות מסרב להכיר בה כאוניברסיטה זרה, מאחר שחלק מהמבנים שלה נמצאים בירושלים המזרחית. ב-2009 התיר משרד הבריאות לחלק מהבוגרים לגשת לבחינות, אך ב-2011 חזר למדיניות של סירוב גורף להכיר בתארים של בוגרי אבו דיס. אי הכרה זו מנעה עד היום מכ-300 בוגרי ובוגרות האוניברסיטה, תושבי ירושלים המזרחית, לגשת לבחינות ההסמכה לרפואה בישראל ולעבוד בבתי החולים שבעיר, מה שפוגע הן ברופאים וברופאות עצמם, והן בתפקודה של מערכת הבריאות בירושלים המזרחית, אשר סובלת ממחסור חמור ברופאים. הבוגרים מנהלים מאבק משפטי וציבורי, בו לקח חלק גם ארגון "רופאים לזכויות אדם"⁶⁶ על זכותם לגשת למבחני ההסמכה - אולם עד כה ללא תוצאות.

הכשרות והשתלמויות מקצועיות לצוותי רפואה: על רקע החידושים וההתפתחויות הבלתי פוסקות בעולם הרפואה, הכשרות והשתלמויות תקופתיות של אנשי רפואה הן כלי חיוני לשיפור ואף לשימור הרמה המקצועית של מערכת הבריאות. כיוון שמערכת הבריאות בישראל מפותחת ומגוונת בהרבה מזו הפלסטינית, רופאים ורופאות פלסטינים מבקשים לגשת להתמחויות ולהכשרות מקצועיות בישראל, כפי שרופאים ישראלים נוהגים לעשות ברחבי העולם; אלא שישראל מגבילה את מספר אנשי הרפואה הפלסטינים שמורשים להיכנס אליה לצורך הכשרות ועבודה ל-200 בלבד.⁶⁷ בדרך זו, חוסמת ישראל את צינור הידע הרפואי הזמין ביותר לתושבי השטחים הכבושים.

ברצועת עזה המצב קשה אף יותר, שכן לרוב, ישראל אינה מאפשרת את יציאתם של צוותים רפואיים מעזה להכשרות לא רק בשטח ישראל, אלא גם בגדה המערבית. הגבלות אלו מקשות על מערכת הבריאות ברצועה להצמיח כוח אדם מיומן ומוכשר. בנוסף, הן אינן מאפשרות למערכת הבריאות הפלסטינית להתפתח כיחידה אחת, אשר פועלת הן בעזה והן בגדה ומספקת הכשרות והשתלמויות לעובדיה.

הגבלות על שוק התעסוקה הרפואי: קביעת מכסות לצוותי רפואה המורשים לעבוד בירושלים המזרחית

ששת בתי החולים הפלסטיניים בירושלים המזרחית מהווים מרכז רפואי בעל חשיבות רבה למערכת הבריאות הפלסטינית. כך למשל, בית החולים אל-מקאסד נחשב לאחד מבתי החולים הפלסטיניים הטובים ביותר ולמוביל בתחום הטיפול השלישוני. באופן מסורתי, עיקר כוח האדם הרפואי המועסק אל-מקאסד ובשאר בתי החולים בירושלים המזרחית – כשני שליש מהעובדים – מגיע מהגדה המערבית, ובעבר חלק קטן מהם אף נהג להגיע מרצועת עזה.⁶⁸ אולם בשנים האחרונות, המנהל האזרחי מגביל את מספר עובדי הרפואה הפלסטינים מהגדה המערבית המורשים לעבוד בירושלים המזרחית לכ-2,000, ומונע לחלוטין את כניסתם של עובדי רפואה מרצועת עזה.⁶⁹ ההיתרים הם אינדיווידואליים, כך שעם עזיבתו של עובד מסוים, בית החולים נדרש לקבל היתר חדש עבור העובד החדש שיחליף אותו. יתר על כן: ההיתרים ניתנים תמיד לתקופה מוגבלת, בדרך כלל של 6-3 חודשים, שלאחריה ישראל מחליטה האם לחדש אותם; לעתים בחינת הבקשות על ידי המנהל האזרחי מתעכבת במשך ימים רבים ואף שבועות, ובתי החולים נותרים ללא אנשי צוות חיוניים בזמן שהעובדים ממתינים לתשובה בנוגע לאישור הכניסה שלהם. בעצם הקביעה של מכסות של אנשי רפואה פלסטינים המורשים להיכנס לירושלים המזרחית ולעבוד שם, ישראל מונעת מבתי החולים הפלסטיניים להתנהל באופן תקין וסדיר. בנוסף, זמניות ההיתרים, והפער שנוצר במצבת כוח האדם במקרה שהם נשללים או מתעכבים, פוגעים ביציבותה של מערכת הבריאות הפלסטינית וביכולתה להעניק שירותים רפואיים ראויים.

67 "סטטוס הרשאות בסגר" נכון ל-27.3.2013, היאום הפעולות בשטחים, משרד הביטחון. מתוך אתר "גישה": <http://www.gisha.org/UserFiles/File/LegalDocuments/FOIA-travelcriteria/status/2013/27.03.13.pdf>

68 ש.ם.

69 ש.ם.

הגבלות על חופש התנועה של מטופלים

השטחים הפלסטיניים מחולקים לשלושה אזורים עיקריים: רצועת עזה, הגדה המערבית וירושלים המזרחית. בידי ישראל הכוח להתיר או לאסור את מעברם של תושבים פלסטינים בין שלושת האזורים הללו, וגם בתוך אותם אזורים, בין הכפרים והערים השונות, בהתאם להחלטתה. כתוצאה מכך, גם מערכת הבריאות הפלסטינית פרושה על פני שלושת האזורים – כלומר, בכל אחד משלושתם ישנם בתי חולים, מרפאות, מטופלים ואנשי צוות רפואי – אך אין מעבר חופשי בין אזור לאזור ובין מוסד רפואי אחד למשנהו. השליטה הישראלית על התנועה והמעבר בין האזורים, יחד עם הסיפוח של ירושלים המזרחית לישראל, יוצרים מצב שאינו מאפשר למשרד הבריאות הפלסטיני לנהל את שלושת האזורים כיחידה אחת.

בכל שנה כ-200,000 נשים, גברים וילדים בממוצע נאלצים להגיש בקשות לישראל על מנת לקבל היתר לנוע בין עזה, הגדה המערבית וירושלים המזרחית, למטרת טיפול רפואי, ליווי של בן משפחה או ביקור חולים.⁷⁰ הגשת הבקשה באחד המת"קים⁷¹ בגדה המערבית, או במעבר ארז שברצועת עזה, כרוכה בהליך בירוקרטי מסורבל ואיטי, שמונח על ידי שיקולים שאינם שקופים לפונים.

בסופו של דבר, כ-80% מהבקשות המוגשות מאושרות, וכ-20% נדחות, או שלא מאושרות בזמן.⁷² כלומר, בכל שנה ישנם כ-40,000 מקרים שבהם נמנעת יציאתם של מטופלים/ות, של מלווים/ות ושל מבקרים/ות מהגדה או מהרצועה על מנת לקבל טיפול רפואי או לתמוך בבני משפחותיהם החולים.

הגבלות על תנועת אמבולנסים

ההגבלות שמטילה ישראל על חופש התנועה בשטחים חלות גם על אמבולנסים פלסטיניים שנוסעים בין הגדה המערבית לירושלים המזרחית. כל מעבר של אמבולנס מחייב תיאום עם הרשויות הישראליות, פעולה שעשויה להימשך כ-90 דקות ואף למעלה מכך, ולגרום לעיכוב בטיפול אשר מסכן את חיי החולה.⁷³ בנוסף, מאחר שאמבולנסים פלסטיניים אינם מורשים לנסוע בתוך שטח ישראל, הם מחויבים לפעול על פי נוהל "גב אל גב", שבמהלכו המטופל מועבר מהאמבולנס הפלסטיני אל אמבולנס ישראלי, אשר ממשיך את הנסיעה בתוך ירושלים.

70 Right to Health: Barriers to health access in the Occupied Palestinian Territory, 2011 and 2012, World Health Organization

http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/WHO_Access_Report-March_5_2013.pdf

71 מח"ק: מנהלת תיאום וקישור, משרד אזורי הפועל תחם מתאם פעולות הממשלה בשטחים, ואחראי על הקשר בין גורמי הממשלה והצבא הישראליים לבין תושבי השטחים והרשות הפלסטינית.

72 Right to Health: Barriers to health access in the Occupied Palestinian Territory, 2011 and 2012, World Health Organization

http://www.emro.who.int/images/stories/palestine/documents/WHO_Access_Report-March_5_2013.pdf

73 לפירוט, ראו: מירי וינגרטן, "חירום בהמתנה: כניסת אמבולנסים פלסטיניים לירושלים המזרחית", אוגוסט 2007, רופאים לזכויות אדם; וכך: הדס זיו, "פינוי חולים בתוך ואל ירושלים ע"י הסהר האדום הפלסטיני לאור מזכר ההבנות בין מד"א לסהר האדום הפלסטיני", נובמבר 2010, רופאים לזכויות אדם.

פרקטיקה זו גם היא מעמידה את המטופל בסיכון רפואי, במיוחד במצבים קריטיים כגון פגיעות ראש או עמוד שדרה.

לעתים קורה שאמבולנסים מעוכבים גם במחסומים בתוך הגדה, כאשר החיילים במחסומים דורשים, על פי שיקול דעתם, אישורים מיוחדים למעבר בין אזורים שונים בתוך הגדה. עומסי תנועה והתנהלות לא מסודרת מביאים לעתים לעיכובים בלתי סבירים במחסומים, שלהם השלכות קריטיות בתחום הבריאות. דוגמה למקרה כזה, שהגיע לטיפול "רופאים לזכויות אדם", הוא סיפורה של נור עפאנה, נערה בת 14 מאבו דיס שמתה בזמן נסיעה באמבולנס שהיה אמור להוביל אותה לבית חולים סמוך לבית לחם. על מנת להגיע לבית החולים, היה על נהג האמבולנס לעבור דרך מחסום צבאי ישראלי בשם "קונטינר", אך עקב פקקי תנועה שנוצרו בגלל בדיקות מתמשכות שבוצעו במחסום, הוא התעכב בכחצי שעה. לבסוף ויתר והחל לעשות את דרכו לבית חולים ברמאללה, אך לפני שהספיק להגיע לשם, נור מתה. הרופא המטפל של נור, שסבלה ממחלת דם נדירה הגורמת לניוון שרירים, העריך שעל אף שמצבה היה קריטי, ניתן היה להציל את חייה אילו הגיעה לבית החולים בזמן.⁷⁴

התניית היציאה מעזה לצורך טיפול רפואי בתחקור שב"כ

בכל שנה מספר מאות של חולים המגישים בקשה להיתר יציאה מרצועת עזה מוזמנים לתחקור בטחוני של השב"כ – כתנאי לבחינת בקשותיהם לצאת מהרצועה לגדה המערבית או לישראל, לצורך טיפול רפואי או ליווי של חולה.⁷⁵ על פי ארגון הבריאות העולמי, ב-2012 זומנו לתחקור ביטחוני של השב"כ 206 פלסטינים תושבי רצועת עזה – מתוכם 65 נשים ו-141 גברים. חלקם סירבו להגיע לתחקור בשל חשש מכוחות הצבא, חלקם מחשש שרשויות חמאס יאשימו אותם בשיתוף פעולה עם ישראל. מבין אלה שהתייצבו לתחקור, היו שהעידו כי נתבקשו למסור מידע שאינו רלוונטי לנושא בקשתם, כגון מידע על שכניהם, חבריהם ומכריהם. יש לציין שההשתתפות בתחקור לא מבטיחה קבלת היתר כניסה, אך אי התייצבות אליו פירושה שהבקשה לא תיבחן כלל אלא תידחה על הסף.

אלימות וכליאה

בבואנו לנתח את ההשפעה של ישראל על בריאות הפלסטינים, לא ניתן להתעלם מהמספר הרב של תושבי השטחים הכבושים שנפגעו, נפצעו או נהרגו בידי כוחות הביטחון הישראליים. על פי נתוני ארגון "בצלם", מראשית האינתיפאדה הראשונה (9.12.1987) ועד סוף אוגוסט 2013 נהרגו 8,386 פלסטינים בשטחים בידי כוחות הביטחון הישראליים.⁷⁶ מספר ההרוגים הישראליים באותה תקופה עומד על 1,433.⁷⁷ כמו כן, מראשית האינתיפאדה הראשונה ועד

74 "מוחה של נור עפאנה בת ה-14 באמבולנס במהלך המתנה בפקק תנועה במחסום 'קונטינר': <http://www.phr.org.il/default.asp?PageID=60&ItemID=1890>

שם 75

76 נתוני בצלם: http://www.btselem.org/hebrew/statistics/first_intifada_tables

שם 77

18.2.2013, נפצעו 17,354 פלסטינים תושבי השטחים מכוחות ישראליים. מספר הפצועים הישראליים באותה תקופה הוא 1,834.⁷⁸ לאלו מתווספים קורבנות מבצע "צוק איתן" ברצועת עזה בקיץ 2014, שבמהלכו נהרגו 2,145 פלסטינים ו-72 ישראלים.

מלבד הפצועים וההרוגים, חשוב לציין גם את מספר הפלסטינים שנכלאו על ידי ישראל. נכון לאוקטובר 2014, 6,500 פלסטינים תושבי השטחים כלואים בבתי הסוהר הישראליים;⁷⁹ ידוע שחלקם חשופים לעינויים במהלך כליאתם.⁸⁰ האסירים הפלסטינים בישראל הם אוכלוסייה לא קטנה, ופגיעה במיוחד, הנסמכת על שירותי בריאות שאיכותם וזמינותם תלויות באופן מוחלט ברשות הכולאת הישראלית ובמידת המודעות והנכונות של הצוות הרפואי לפעול בהתאם לכללי האתיקה הרפואית וזכויות האדם. לכליאה יש השלכות פוליטיות, חברתיות וכלכליות גם על מצבה של החברה הפלסטינית באופן כללי, וזאת בשל חשיבותם הפוליטית של האסירים, ובשל הרכבם החברתי – רובם גברים בגילאי עבודה, המתפקדים כמפרנסים במשפחותיהם וכמנהיגים בקהילותיהם.⁸¹ כך תורמת הכליאה תרומה כפולה לשליטה של ישראל בפלסטינים: הן על ידי החזקתם הפיזית של אלפי אנשים, והן באופן שבו היא משפיעה על האוכלוסייה כולה, ועל המאבק הפלסטיני נגד הכיבוש.

78 על פי נתוני משרד האו"ם לעניינים הומניטריים בשטחים הפלסטיניים הכבושים.

79 ארגון אלדמיר, אוקטובר 2013: <http://www.addameer.org>

80 ראו: הדס זיו, "עינויים בישראל ומעורבות רופאים בביצועם", יולי 2009, רופאים לזכויות אדם.

81 מתוך: מאהר תלחמי, "לשבור את הרוח והגוף: אסירים ועצירים פלסטינים בידי ישראל", רופאים לזכויות אדם, 2004.

הנתונים שהוצגו בדו"ח מעידים על פערים משמעותיים במדדי הבריאות בין ישראל לבין השטחים הפלסטיניים. שיעור תמותת התינוקות עומד על 18.8 ל-1000 לידות בשטחים לעומת 3.7 בישראל, ואילן שיעור תמותת האמהות בשטחים הוא 28 ל-100,000 לידות, לעומת 7 בישראל. גם שכיחותן של מחלות זיהומיות כגון צהבת B היא גבוהה יותר בשטחים מאשר בישראל. בנוסף, לא זו בלבד שתוחלת החיים הממוצעת של הפלסטינים תושבי השטחים נמוכה בכ-10 שנים מזו שבישראל, ניתן אף לראות כי בשנים האחרונות הפער בתחום זה בין ישראל לשטחים רק גדל. מנגנוני השליטה הישראליים שנידונו לעיל מונעים מהפלסטינים לממש את ריבונותם, ולמעשה אינם מאפשרים למשרד הבריאות הפלסטיני לספק שירותי בריאות מלאים לתושבי השטחים.

הפערים בין השטחים לבין ישראל ממשיכים לגדול, ובניגוד לאשליה שיצרו הסכמי אוסלו, מנגנוני השליטה הישראליים רק מעמיקים. במשך שנים, דרשנו ב"רופאים לזכויות אדם" שישראל תישא באחריות לבריאות הפלסטינים בשל היותה הכוח הכובש, ומתוקף דיני הכיבוש. אולם הכיבוש הפך כבר מזמן ממצב זמני למציאות מתמשכת – מציאות שמתאפיינת ביישוב קולוניאליסטי של אזרחי ישראל בשטחים הכבושים, בקביעת עובדות בשטח תוך שימוש במשאבי טבע ובקרקעות, ובשנים האחרונות אף בהצעות של שרי ממשלה לספח את אזור c, באופן שיקבע את המובלעות הפלסטיניות שנוצרו ולא יאפשר רצף טריטוריאלי ושלטון עצמאי. על רקע זה יש לבחון מחדש את טיב ועומק האחריות הישראלית כלפי תושבי השטחים. בפועל, מתקיימות תחת השלטון הישראלי שתי קבוצות אוכלוסייה, שלאחת מהן זכויות יתר. לכן לא ניתן להסתפק עוד בקריאה לאחריות מסוימת של ישראל – יש לדרוש שוויון בין שתי הקבוצות, וזאת מבלי לפגוע בזכותם של הפלסטינים להמשיך בפיתוחה של מערכת בריאות נפרדת, שתשמש אותם עם סיום הכיבוש.

ישראל מתכחשת לאחריותה לבריאותם של הפלסטינים, וטוענת כי האחריות מוטלת רק על הרשות הפלסטינית בגדה המערבית ו/או על חמאס בעזה. כיום, מחויבותה של ישראל כלפי התושבים הפלסטינים מצטמצמת לנכונותה לאפשר להם גישה לטיפולים רפואיים מסוימים בישראל, במימון הרשות הפלסטינית ותחת הגבלות מחמירות, הן באשר לסוגי הטיפולים והן באשר לכניסתם של המטופלים. מדובר במחויבות מינימלית ובלתי מספקת בעליל לנוכח המציאות הפוליטית. טענתנו היא שכל עוד השליטה הישראלית בשטחים נמשכת באופן שתואר לעיל, על ישראל לשאת באחריות מלאה על בריאותם של הפלסטינים, ולספק להם שירותי בריאות שווים לאלו שניתנים לאזרחי ישראל – גם אם תבחר לעשות זאת באמצעות הרשות הפלסטינית. מחובתו של משרד הבריאות הפלסטיני להעניק שירותי בריאות לאוכלוסייה

לפי יכולתו, אולם מחובתה של ישראל להעניק את כל השירותים שמעבר ליכולתו של משרד הבריאות, כך שילד פלסטיני וילד ישראלי – המתגוררים לעתים במרחק מאות מטרים זה מזה – יקבלו טיפול רפואי שוויוני.

המציאות היום היא שבגדה המערבית חיים אזרחים ישראלים הנהנים מזכויות אזרח, מתשתיות ישראליות ומשירותים שמספקת מערכת הבריאות הישראלית, לצד תושבים פלסטינים שנאלצים להסתפק בשירותים המוגבלים שמעניקה להם הרשות הפלסטינית. זוהי מציאות של הפרדה על בסיס אתני-לאומי, שבה הקבוצה בעלת זכויות היתר משתמשת בחקיקה ובמנגנונים של הפרדה ודיכוי על מנת לשמר את זכויות היתר שלה.

ההשוואה בין ישראל לבין השטחים הכבושים על פי מדדים חברתיים-כלכליים ובריאותיים אינה יכולה להיתפס כהשוואה בין שתי מדינות שונות. לשטחים הפלסטיניים אין מעמד של מדינה, אלא רק של "מדינה משקיפה לא חברה באו"ם", אשר מקובל בקרב חלק מהקהילה הבינלאומית. חשוב מכך, לרשות הפלסטינית ולחמאס – שני הגופים הפוליטיים השולטים בגדה המערבית וברצועת עזה – יש כוח מוגבל וריבונות חלקית בלבד, בעוד שישראל מחזיקה ביכולת השפעה ושליטה מכרעת על הכלכלה והחברה שלהם.

יש מי שיתנגדו לדרישתנו לשוויון בשירותי הבריאות כיוון שיראו בה קריאה לסיפוח של השטחים לישראל, ולכן נדגיש שעמדתנו שוללת את רעיון הסיפוח מכל וכל, מתוך תפיסה שמהלך כזה רק יעמיק את השליטה הישראלית על הפלסטינים. הדרישה לשוויון לא מבטאת שאיפה להנצחת שליטתה של ישראל בשטחים, וגם לא תמיכה בפתרון כלשהו – בין של שתי מדינות, מדינה אחת, או כל פתרון אחר. זוהי דרישה שנובעת מההכרה כי כל עוד השליטה הישראלית נמשכת – והיא נמשכת כבר קרוב לחצי מאה – על ישראל לספק שירותים שוויוניים לכל אלו החיים תחת שליטתה, ובכלל זה התושבים הפלסטינים בשטחים הכבושים.