

- העותרים :
1. לבאד אבו-עפאש
 2. מוחמד אבו-קוידר
 3. איסחאק אבו-חמאד
 4. האגודה לזכויות האזרח בישראל
 5. אל-עונה - המועצה האזורית לכפרים הערביים הבדואים הלא מוכרים בנגב
 6. רופאים לזכויות אדם
 7. הפורום לדו-קיום בנגב

כולם על-ידי ב"כ עוה"ד דנה אלכסנדר ו/או דן יקיר ו/או בלה בר
ו/או הדס תגרי ו/או רינת קיטאי ו/או ענת שקולניקוב
ו/או גילה שטופלר ו/או יוסף ג'בארין ו/או נטע עמר
האגודה לזכויות האזרח בישראל, רח' ביאליק 12, תל אביב 63324
טלפון : 03-5254162, פקסימיליה : 03-5254726

- נ ג ד -

- המשיבים :
1. שר הבריאות
רח' בן טבאי 2, ירושלים
 2. שירותי בריאות כללית
רח' ארלוזורוב 101, תל אביב
 3. מכבי שירותי בריאות
רח' המרד 27, תל אביב
 4. קופת חולים לאומית
רח' שפרינצק 23, תל אביב
 5. קופת חולים מאוחדת
רח' אבן גבירול 124, תל אביב

עתירה למתן צו על תנאי

מוגשת בזה עתירה למתן צו על תנאי המופנה אל המשיבים והמורה להם לבוא וליתן טעם :

א. מדוע לא יוקמו מרפאות קהילתיות, של קופות חולים, בישובי העותרים 1 עד 3 : ואדי אל-נעם, אבו קוידר ודריג'את ;

ב. מדוע לא יקבע המשיב מס' 1 כללים, לפי סעיף 29ב(ב)3 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, בדבר הקמת מרפאות, ומדוע לא יוקמו מרפאות, בהתאם לכללים אלה, בישובים ערביים בנגב, שבהם אין מרפאה קהילתית של קופת חולים.

בקשה לדיון מוקדם

עתירה זו מתריעה על העדרן של מרפאות קופת חולים בישובי העותרים, ובכפרים לא-מוכרים נוספים בנגב. מדובר בישובים בני מאות ואלפי תושבים, ביניהם מאות ילדים. העדר מרפאה גורם סבל יומיומי לתושבי כפרים אלה, כאשר כל בעיה רפואית, או אפילו חשש לבעיה רפואית, מצריכים היטלטלות ממושכת בדרכים, או נטילת חופשה של אחד מבני הישוב מהעבודה, כדי שיסיע ברכב פרטי את הנזקק או הנזקקת לבדיקה רפואית. כתוצאה ממצב זה, נדחים ביקורים למרפאה, בעיות רפואיות אינן זוכות לטיפול בזמן, ונגרם נזק לבריאות התושבים. נתונים על מצב הבריאות בנגב מצביעים על רמת תחלואה ותמותה גבוהה באופן משמעותי, בקרב ערביי הנגב, יחסית ליהודי הנגב ולאוכלוסיה הכללית. אף אם תתקבל התביעה שבמרכז העתירה, להקים מרפאות בישובי העותרים ולגבש כללים שוויוניים בדבר פריסת מרפאות, שיישמו בכלל הישובים הערביים בנגב, יידרש עוד זמן להקמה בפועל של מרפאות נוספות. מטעמים אלה, מתבקשת קביעת הדיון בעתירה בהקדם, כדי להקדים את מתן המענה לצורך החיוני של התושבים בשירותי בריאות ראשוניים.

ואלה נימוקי העתירה:

מבוא

1. עניינה של עתירה זו במחסור חמור במרפאות של קופות חולים בכפרים ערביים בלתי-מוכרים בנגב. בישובים שמתגוררים בהם מאות ואף אלפי תושבים, כמו ישובי העותרים, אין אף מרפאה, ותושבים נאלצים להגיע לישובים אחרים, במרחק ניכר, לקבלת שירותי בריאות ראשוניים. העתירה מוגשת לאחר מגעים ממושכים, שקיימו נציגים מטעם ישובי העותרים עם משרד הבריאות ועם קופת חולים כללית, להקמת מרפאות בישוביהם. מגעים אלה העלו, כי על אף בקשות של קופת חולים להקים מרפאות בישובי העותרים, משרד הבריאות מאשר הקמת מרפאות רק בהתאם למדיניות ממשלתית בדבר יישוב הבדואים בנגב, המנוהלת על-ידי "המינהלה לקידום הבדואים בנגב". כפועל יוצא ממדיניות זו, נמנע משרד הבריאות מלאשר הקמת מרפאות באותם יישובים, שאינם כלולים בתכניות הממשלתיות ליישוב ערביי הנגב. עוד הוברר, כי המשיב מס' 1 לא קבע כללים כלשהם בדבר פריסת מרפאות, כפי שמתחייב מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 (להלן: "החוק") ומעקרון השוויון. כתוצאה מהעדר אמות מידה כלליות לפריסת מרפאות, ומהשפעתם של שיקולים זרים על החלטות המשיב בדבר הקמת מרפאות, פריסת המרפאות בנגב היא בלתי-שוויונית בעליל, ואינה עומדת בדרישת החוק, לפיה שירותי בריאות יינתנו במרחק ובזמן סבירים ממקום מגורי המבוטח. המחסור המתמשך בשירותי בריאות קהילתיים בכפרים הלא-מוכרים בנגב פוגע בזכותם

של העותרים ושל תושבים ערביים נוספים לשוויון, לשירותי בריאות נגישים ולכבוד, ומסכן את בריאות התושבים.

רקע עובדתי

העותרים

2. עותר מס' 1 – בשם הישוב ואדי אל-נעם (אל-עזזמה)

א. עותר מס' 1 הוא יושב-ראש ועד הישוב ואדי אל-נעם, ומייצג בעתירה את בני הישוב. כפר ואדי אל-נעם ממוקם מזרחית לכביש באר-שבע-ירוחם, לאורך כ-5 ק"מ, מול אתר הפסולת רמת חובב, דרומית לכלא באר שבע. מתגוררים במקום, ב-14 שכונות, כ-4,000 בני-אדם, כולם בני שבט אל-עזזמה. רוב התושבים הועברו (הם או הוריהם) על-ידי הממשל הצבאי לאזור זה בשנות החמישים, במסגרת מדיניות ריכוז התושבים הבדואים בנגב באזור הסייג. הישוב אינו מוכר, והוא אינו מחובר לתשתיות מים, חשמל, ביוב או לכל תשתית אחרת. במרכז הישוב ישנו בית ספר יסודי, המופעל על-ידי משרד החינוך, שבו לומדים כ-1,200 ילדים, תושבי הישוב.

ב. בישוב לא פועלת אף מרפאה של קופת חולים. התושבים מקבלים שירותים רפואיים ראשוניים בשלוש מרפאות שמרוחקות מן הישוב - בשגב שלום, בבאר-שבע ובירוחם – כאשר מרבית התושבים רשומים במרפאה בשגב שלום. מרבית תושבי ואדי אל-נעם, והעותר בתוכם, הם חברי שירותי בריאות כללית (בעבר "קופת חולים כללית").

ג. כדי להגיע למרפאה בשגב שלום, על תושב ואדי אל-נעם להגיע ממקום מגוריו לכביש הראשי, מרחק של 1-4 ק"מ, כאשר למעט הדרך לבית הספר, יתר הדרכים בישוב אינן סלולות. בכביש הראשי עליו לנסוע כ-20 ק"מ עד למרפאה בשגב שלום. אם התושב מצויד ברכב פרטי, תאריך הנסיעה מביתו למרפאה כחצי שעה. ללא רכב פרטי, נדרש התושב להגיע ברגל לכביש הראשי (הליכה של חצי שעה עד שעה וחצי), וממנו לקחת אוטובוס לבאר שבע, שעובר בערך אחת לשלושים דקות. מבאר שבע עליו לקחת אוטובוס נוסף לצומת של שגב שלום, ומשם ללכת ברגל עוד כקילומטר עד למרפאה. דרך זו אינה אפשרית עבור אדם קשיש, הורה עם ילד קטן, או אדם חולה, ולכן אלה חייבים להמתין עד שמישהו יסיע אותם ברכבו לביקור למרפאה. יש תושבים הנאלצים לשכור רכב מבן הישוב, תמורת תשלום, על מנת להגיע למרפאה.

ד. בעבר, בערך בין השנים 1975 ל-1977, פעלה מרפאה של קופת חולים כללית בואדי אל-נעם, שהיתה ממוקמת ליד בית הספר. מרפאה זו נסגרה, בנסיבות שאינן ידועות לתושבי המקום. יצוין עוד, כי ישנה מרפאה באזור התעשייה רמת חובב, אולם זו מיועדת לשרת רק את עובדי המפעלים במועצה התעשייתית רמת חובב.

ה. נציגי הישוב החלו בנסיונות להביא להקמת מרפאה בישוב עוד בשנת 1997. ב-7.4.97 פנה העותר מס' 1 למנהל מחוז הדרום בקופת חולים כללית, מר פרץ גוזה, בבקשה בשם ועד הישוב, כי תוקם מרפאה בסמוך לבית הספר. העתק הפניה מצורף, ומסומן **נספח ע/1**. במקביל, קיימו נציגי הישוב מגעים עם קופת חולים מאוחדת, שנציגיה אמרו כי לקופה יש עניין בהקמת מרפאה בישוב, אולם אין אישור לכך מהמינהלה לקידום הבדואים בנגב (להלן: "מינהלת הבדואים" או "המינהלה"). במחצית השניה של שנת 1997, הציבה קופת חולים מאוחדת מרפאה בישוב, בקרוואן. לאחר מכן הציבה אף קופת חולים כללית קרוואן בישוב. בעקבות זאת, בישיבה שהתקיימה בין נציגי הישוב למר אבי לביא מקופת חולים כללית, מסר מר לביא, כי הקופה ממתינה לקבלת אישורים למרפאה. נגד שני הקרוואנים הוצאו לבסוף צווי הריסה, והן נלקחו מהמקום.

ו. מאז אותם אירועים קיימו מגעים נוספים בעל-פה בין נציגי הישוב לבין נציגי קופת חולים כללית, אולם אלה לא העלו דבר. ב-19.1.99, בעקבות בקשת נציגי השבט לקיים פגישה עם מנהל מחוז הדרום של קופת חולים כללית, כתב מר לביא מקופת חולים כללית, כי "עניין הקמת מרפאה בשבט אל-עזזמה ("כלא ב"ש") מטופל מזה מס' חודשים מול משרדי הממשלה השונים", וכי "מיד עם קבלת האישור ממשרדי הממשלה להקים מרפאה בשבט, קופ"ח כללית תפעל בשטח להקים את המרפאה". העתק מכתבו של מר לביא מצורף ומסומן **נספח ע/2**.

3. עותר מס' 2 – בשם הישוב אבו קוידר

א. עותר מס' 2 הוא חבר בועד הישוב אבו קוידר, ומייצג בעתירה את בני הישוב. הישוב אבו קוידר מונה כ-2,500 תושבים. הכפר, שהוקם עוד לפני קום המדינה, ממוקם צפונית לכביש באר-שבע-דימונה, כ-3 ק"מ מזרחית למושב נבטים. עוד כ-600 תושבים, בני משפחת אבו-קוידר, מתגוררים בשכונה, הקיימת מאז שנות ה-70 דרומית לכביש הנ"ל, מול מושב נבטים. באותו אזור, סביב אבו קוידר, מתגוררים עוד כ-600 תושבים נוספים. כך שבישוב אבו קוידר ובסביבותיו, ברדיוס של כחמישה ק"מ, מתגוררים סך הכל כ-3,700 תושבים. הכפר אינו מוכר, והוא אינו מחובר לתשתיות. יש בית ספר יסודי בישוב, המופעל על-ידי משרד החינוך, שלומדים בו כ-500 תלמידים בני הישוב.

ב. העותר, כמו רובם המכריע של בני הישוב, הוא חבר קופת חולים כללית. בכפר לא פועלת אף מרפאה, והתושבים מקבלים את שירותי הרפואה הראשונית שלהם בבאר שבע, הנמצאת במרחק של כ-12 ק"מ מכפר אבו-קוידר. כדי להגיע מהישוב לכביש המוביל לבאר-שבע, יש ללכת או לנסוע, בדרכי עפר, מרחק של כקילומטר וחצי. עם רכב פרטי, ההגעה למרפאה בבאר שבע אורכת כחצי שעה. ללא רכב פרטי, עבור מי שמסוגל לעשות את הדרך ברגל ובתחבורה ציבורית, אורכת הדרך כשעה וחצי. בתנאים אלה, וכאשר ככלל לנשות הישוב אין רשיון נהיגה, נאלצים תושבי הישוב להפסיד ימי עבודה, בכל פעם שיש צורך לקחת אשה, ילד או אדם אחר שאינו נוהג ואינו יכול לעשות את הדרך ברגל, לביקור במרפאה.

ג. בישוב הקרוב, שאף הוא לא מוכר, אל-אעסם (אבו תלול) פועלת מרפאה של קופת חולים כללית מזה מספר שנים. בפועל, מרפאה זו אינה משרתת את תושבי אבו-קוידר. המרפאה נמצאת

במרחק אווירי של כארבעה ק"מ מאבו קווידר. אולם אין דרך המובילה מאבו-קווידר למרפאת אל אעסם, ובפועל, המרחק מאבו-קווידר למרפאה, בדרך היחידה שהיא עבירה לכלי רכב, הוא כששה ק"מ, בחלקה בדרכי עפר. הנסיעה אורכת כרבע שעה. ללא רכב, ניתן להגיע למרפאה רק ברגל. דרך זו לוקחת כשעה וחצי, ויש צורך לחצות פסי רכבת פעילים וכן כביש מהיר (כביש באר-שבע – דימונה). מאחר שבמרפאה באל-אעסם ניתן השירות הבסיסי ביותר בלבד (רופא כללי ומלאי תרופות חלקי), לעיתים ממילא החולה מופנה להמשך בדיקה וטיפול למרפאה בבאר שבע. מטעמים אלה, מרפאת אל-אעסם אינה מהווה תחליף למרפאה בישוב אבו-קווידר, וכיום תושבי אבו קווידר מטופלים במרפאה בבאר שבע בלבד.

ד. נציגי אבו קווידר פנו לקופת חולים כללית, בבקשה להקים מרפאה בישובם, בספטמבר 1996. בעקבות הפניה, ביקר מנהל מחוז הדרום של קופת חולים כללית, מר פרץ גוזה, בכפר, ואף נשלח לישוב מודד מטעם הקופה. מר חסן אבו-קווידר, יושב-ראש עמותת אבו קווידר דאז, קיים אין-ספור שיחות טלפון עם מר אבי לביא, מנהל השיווק של קופת חולים כללית במגזר הבדואי, שהבטיח כי עניין הקמת המרפאה נמצא בטיפול. ב-15.6.97 שלח מר אבו-קווידר מכתב למר גוזה, המוחה על אי-קבלת תשובות ברורות בענין הקמת המרפאה. המכתב מצורף ומסומן **נספח ע/3**. בסמוך לאחר כתיבת מכתב זה, התקיימה שיחה בין מר אבו-קווידר למר גוזה, שבה ציין מר גוזה כי הקופה הגישה בקשה לוועדת הפרוייקטים במשרד הבריאות להקמת מרפאה באבו קווידר, וכי היא ממתינה לתשובתה. ביום 3.3.00 פנו נציגי הישוב שוב אל מנכ"ל קופת חולים כללית, בבקשה שתוקם מרפאה בישוב. על מכתב זה לא נתקבלה תשובה. המכתב מצורף ומסומן **נספח ע/4**.

4. עותר מס' 3 – בשם הישוב דריג'את

א. עותר מס' 3 הוא יושב-ראש ועד הישוב דריג'את, ומייצג בעתירה את בני הישוב. כפר דריג'את ממוקם במורדות הר חברון, מצפון לכביש באר שבע – ערד, בקרבת תל ערד, והוא קיים מזה כ-150 שנה. מתגוררים בכפר כיום כ-700 תושבים. יש בישוב בית ספר יסודי, המופעל על-ידי משרד החינוך, מגן עד לכתה ג', שלומדים בו כ-120 תלמידים.

ב. בכפר דריג'את אין מרפאה, ותושביו מקבלים שירותים רפואיים במרפאה בעיירה כסייפה, הנמצאת במרחק של 8 ק"מ מדריג'את. ברכב פרטי, אורכת הדרך מדריג'את לכסייפה כרבע שעה. אין תחבורה ציבורית בין דריג'את לכסייפה, ולכן ללא רכב פרטי, ניתן לעשות את הדרך למרפאה רק ברגל, דבר הלוקח כשעתיים. לנשות הכפר אין, ככלל, רשיון נהיגה. כך יוצא כי כל ביקור במרפאה של אשה, של ילד או של אדם קשיש או חולה, מחייב שאחד מבעלי הרכב בכפר יטול חופשה מהעבודה על מנת להסיע את האדם הנזקק לכך למרפאה בכסייפה ובחזרה.

ג. ועד הישוב דריג'את פנה לקופת חולים כללית, ביום 17.11.96, בבקשה להקים מרפאה בישוב (עותק המכתב מצורף ומסומן **נספח ע/5**). בדצמבר 1996 הגיע מנהל מחוז הדרום של קופת חולים כללית, מר פרץ גוזה, לביקור בישוב, והבטיח לפעול להקמת מרפאה במקום. ב-29.12.96 דיווח ועד הישוב לקופת חולים כללית על הקצאת שטח להקמת המרפאה, וביקש שישלח מודד

מטעם הקופה כדי לבדוק את תנאי השטח (העתק המכתב מצורף ומסומן **נספח ע/6**). קופת חולים כללית שלחה מודד לדריג'את, והוכנה מפה של השטח המיועד להקמת מרפאה. ב-16.1.97, פנה מנהל מחוז הדרום של קופת חולים כללית למינהלת הבדואים, ציין את כוונתה של קופת חולים כללית להקים מרפאה זמנית לתושבי דריג'את, וביקש להסדיר חכירה של השטח המיועד למרפאה (המכתב מצורף ומסומן **נספח ע/7**). במקביל, בשיחות תכופות שהתקיימו בין העותר לבין מר אבי לביא, נציג קופת חולים כללית, הבהיר מר לביא, כי הקופה מעוניינת להקים את המרפאה, אולם יש מכשולים מצד מינהלת הבדואים ומצד משרד הבריאות, אשר צריכים לאשר את הקמת המרפאה. באמצע שנת 1997, בשיחה שהתקיימה בין העותר למר דודיק שושני, ראש מינהלת הבדואים דאז, הבהיר מר שושני לעותר, כי למינהלת אין התנגדות להקמת מרפאה בדריג'את.

ד. במקביל למגעים שהתקיימו עם קופת חולים כללית, פנה מנהל המרפאה של קופת חולים מכבי בכסייפה לעותר, והציע שקופת חולים מכבי תקים מרפאה בדריג'את, ובינתיים תעמיד רכב להסעת המטופלים למרפאת מכבי בכסייפה. בסופו של דבר פניה זו לא הניבה תוצאות, שכן רובם המכריע של תושבי דריג'את, והעותר בתוכם, הם חברי קופת חולים כללית, והם העדיפו להמתין להקמת המרפאה של קופת חולים כללית.

ה. ב-3.8.99 הונחה על שולחן הוועדה המחוזית לתכנון ולבניה תכנית להקמת ישוב "פרברי" בשם "מרעית", שיתרכזו בו תושבי דריג'את ותושבים נוספים מהאזור, והוא מיועד להגיע לגודל של 10,000 עד 12,000 תושבים (העתק קטע מדברי ההסבר לתכנית מצורף ומסומן **נספח ע/8** – ראו עמ' 9 לדברי ההסבר). כשלב ראשון בהקמת הישוב, הוחלט על הקמת "מרכז שירותים" במקום, שבמסגרתו תוקם אף מרפאה. תושבי דריג'את, המתנגדים בתוקף לתכנית "מרעית" והמבקשים לשמור על ישובם כישוב עצמאי בעל אופי כפרי, מתנגדים אף לתכנית מרכז השירותים, בהיותה שלב ראשון בתכנית להקמת הישוב "מרעית". ביום 23.2.00 ביקר מנהל מחוז הדרום של קופת חולים כללית בדריג'את, וציין בפני העותר, כי אכן קיימת בעיה עם התכנית להקים מרפאה במרכז השירותים המתוכנן "מרעית", שכן תושבי הישובים דריג'את, אבו-רביע וכוחלה, המיועדים להיות חלק מן הישוב "מרעית", מתנגדים לתכנית.

העותרים הציבוריים

5. העותרת מס' 4 היא עמותה, הפועלת לקידום זכויות האדם בישראל ובשטחים הנתונים לשליטתה, ובפרט לקידום זכויותיה של האוכלוסיה הערבית בישראל ושל הערבים הבדואים בנגב בכללה.

6. העותרת מס' 5 היא עמותה, המאגדת נציגי ועדים מקומיים של כפרים בלתי-מוכרים בנגב, והפועלת להסדרת מעמדם של כפרים אלה ולשיפור תנאי החיים בהם.

7. העותרת מס' 6 היא עמותה, המאגדת רופאים ואנשי רפואה, בהגנה על זכויות אדם בכלל וזכויות רפואיות בפרט, ובמיוחד בהגנה על הזכות לשירותי בריאות שוויוניים לכל.

8. העותרת מס' 7 היא עמותה, הפועלת לקידום שיתוף הפעולה בין יהודים לערבים בנגב, ולהשוואת זכויותיהם של הבדואים בנגב.

מגעים מוקדמים בין העותרים למשיבים

9. נוכח התשובות לעיל שקיבלו נציגי הישובים של העותרים מהמשיבה מס' 2, שלפיהן הקמת מרפאות בישובי העותרים מתעכבת בשל העדר אישור לכך מצד משרד הבריאות, החלו העותרים לפעול במשותף מול משרד הבריאות, בנסיון לברר מדוע אין מאשרים הקמת מרפאות בישוביהם.

10. תחילה פנו העותרים אל רופאת מחוז הדרום, ד"ר אילנה בלמקר. בפגישה עמה, שהתקיימה ביום 3.8.97, השתתפו נציגים משלושת ישובי העותרים, וכן נציגת העותרת מס' 4. בפגישה זו אמרה ד"ר בלמקר, כי הקמת מרפאות חדשות טעונה אישור של ועדת הפרוייקטים במשרד הבריאות, וכי בקשות מטעם כל קופות החולים, למעט קופת חולים מכבי, להקמת מרפאות בישובים בדואים בנגב, מוכרים ולא מוכרים, הוגשו לוועדת הפרוייקטים בינואר 1997. ד"ר בלמקר אף ציינה, כי כבר הוציאה מכתב לוועדת הפרוייקטים, לזרז את תשובתה לגבי בקשות אלה. סיכום הפגישה מצורף ומסומן **נספח ע/9**.

11. ביום 14.8.97, פנתה ב"כ העותרים לד"ר בלמקר וביקשה פירוט בדבר הבקשות שהוגשו לוועדת הפרוייקטים על-ידי קופות חולים. (המכתב מצורף ומסומן **נספח ע/10**). מכתב זה לא נענה. לאחר מספר תזכורות טלפוניות, נמסר לב"כ העותרים ביום 5.1.98, על-ידי נורית, מזכירתה של ד"ר בלמקר, בשמה של ד"ר בלמקר, התשובה הבאה: נציגי משרד הבריאות יושבים עם נציגי מינהלת הבדואים, כדי לעשות מיפוי של הצרכים הרפואיים במגזר הבדואי. עד שישתיימו דיונים אלה, מנועה ד"ר בלמקר מלמסור פרטים לגבי הבקשות שהוגשו, ואין עדיין לוח זמנים לסיום הדיונים.

12. במקביל, בתשובה לפנייה אל מנהל מחוז הדרום של קופת חולים כללית, לקבלת עדכון בדבר הקמת מרפאות בישובי העותרים, ענה מר גוזה, במכתב מיום 6.5.99: "כל בקשותינו לבנות מרפאות בישובים השונים ממתניות לאישור וועדת הפרוייקטים במשרד הבריאות". העתק המכתב של מר גוזה מצורף ומסומן **נספח ע/11**.

13. ביום 30.6.98, פנתה ב"כ העותרים אל ד"ר בלמקר, כאשר היא מתארת את השתלשלות המגעים שהתקיימו עד לאותו מועד בין העותרים לבין קופות החולים ומשרד הבריאות להקמת מרפאות בישוביהם. בפניה זו ביקשה ב"כ העותרים לדעת אם אכן התקבלה החלטה לאשר הקמת מרפאות נוספות ואם כן, באלו ישובים; אלו בקשות של קופות חולים להקים מרפאות לא אושרו ומאלו נימוקים; והאם קבע שר הבריאות הוראות, לפי סעיף 29ב(ב)(3) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 (להלן: "החוק"), בדבר כללים ותנאים להקמת מרפאות. המכתב מצורף ומסומן **נספח ע/12**.

14. המכתב הנ"ל הועבר לטיפול של הלשכה המשפטית במשרד הבריאות, ובתשובה מיום 23.8.98, ענתה היועצת המשפטית של משרד הבריאות, עו"ד מירה היבנר-הראל, כי בחוק נקבעו הסדרים

לענין פריסת מרפאות בישובים קטנים, וכי "בימים אלה מתבצע במשרד הבריאות מיפוי של הישובים בארץ לצורך זה". עוד צוין במכתב, כי במסגרת זו, תיבחן תחולת החוק על "ריכוזי האוכלוסין של הבדואים בנגב". (מכתבה של עו"ד היבנר-הראל מצורף ומסומן **נספח ע/13**).

15. ב"כ העותרים פנתה ליועצת המשפטית של משרד הבריאות, ביום 8.9.98, וביקשה שוב לקבל מענה לשאלות שהוצגו במכתבה מיום 30.6.98. (המכתב מיום 8.9.98 מצורף ומסומן **נספח ע/14**). מכתב זה לא נענה כלל, על אף תזכורת שנשלחה. במקביל, הפנתה ב"כ העותרים אל מר עוזי קרן, מזכיר ועדת הפרוייקטים במשרד הבריאות, את התכתובת עם ד"ר בלמקר ועם עו"ד היבנר-הראל, וביקשה את התייחסותו. המכתב לעוזי קרן מיום 12.11.98 מצורף ומסומן **נספח ע/15**.

16. בעקבות זאת, נקבעה פגישה בין מר קרן לב"כ העותרים. קודם לפגישה, העביר מר קרן אל ב"כ העותרים "סיכום פגישה בנושא פיתוח שירותים רפואיים לפזורה הבדואית", מיום 4.1.98, שבו מופיעה המלצה, שסוכמה בין רופאת מחוז הדרום במשרד הבריאות ליו"ר מינהלת הבדואים, בדבר הקמת שלוש מרפאות בשנת 1998: מרפאת אל-עזאזמה באזור צומת הנגב, מרפאת אל אטרש ומרפאת "מרעית (דריג'את אבו רביע)". הסיכום מצורף ומסומן **נספח ע/16**.

17. בפגישה שהתקיימה בין ב"כ העותרים לבין מר קרן, ביום 23.12.98, אמר מר קרן, כי על מיקומן של המרפאות הנוספות שאושרו הוחלט בתאום עם מינהלת הבדואים, וכי על פי ההמלצות שסוכמו יחד עם המינהלת, נדחו בקשותיהן הנוספות של קופות חולים להקים מרפאות (בקשות שהוגשו אולם לא נכללו בתקציבי הפיתוח של הקופות). הוא ציין כי היה אילוץ לתאם הקמת מרפאות חדשות עם המינהלת, וכי ההחלטה בדבר הקמת מרפאות לא נתקבלה לפי הכללים הרגילים של גודל האוכלוסיה, מספר המרפאות במקום וכיו"ב. עוד ציין, כי לא ידוע לו על כללים שנקבעו על-ידי שר הבריאות בדבר הקמת מרפאות. סוכם, כי ב"כ העותרים תפנה אל מר קרן בכתב עם הסתייגויותיה בדבר אופן קביעת מיקום המרפאות ומספרן, וכי אלה ייבחנו.

18. בהתאם לכך, פנתה ב"כ העותרים ביום 31.1.99 אל מר קרן, עם סיכום הפגישה, וכן ההסתייגויות לגבי מיקום המרפאה ב"מרעית", ולגבי אי-אישור הקמת מרפאות באל עזאזמה שליד רמת חובב (ואדי אל-נעם), באבו-קרינאת ובאבו-קוידר. הודגש עוד במכתב, כי אין בו רשימה ממצה של הישובים, שבהם קיים צורך בהקמת מרפאה, אלא רק התייחסות לישובים שלגביהם מצוי מידע בידי ב"כ העותרים. צוין כי עקרונות השוויון והמינהל התקין מחייבים קיומם של כללים בדבר הקמת מרפאות, לפי גודל האוכלוסיה, המרפאות הקיימות באזור וכו', וכי לאור כללים אלה יש לבחון את פריסת המרפאות בישובים הלא-מוכרים ולאשר הקמת מרפאות במקומות הדרושים, כדי לאפשר אספקת שירותי בריאות לפי החוק. העתק המכתב מצורף ומסומן **נספח ע/17**. מר קרן השיב, כי מכתבה של ב"כ העותרים הועבר להתייחסות כמה גורמים. העתק התשובה מצורף ומסומן **נספח ע/18**.

19. ב-31.1.99 פנתה ב"כ העותרים אל היועצת המשפטית של משרד הבריאות, בבקשה חוזרת לדעת אם נקבעו כללים על-ידי שר הבריאות בדבר פריסת מרפאות, לפי סעיף 29(ב)(3) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. על מכתב זה לא נתקבלה תשובה כלשהי. המכתב מצורף ומסומן **נספח ע/19**.

20. ביום 21.2.99 וביום 14.3.99 קיימה ב"כ העותרים שיחות טלפוניות עם עו"ד נתן סומך, מהלשכה המשפטית של משרד הבריאות. בשיחות אלה הבהיר עו"ד סומך, כי שר הבריאות לא קבע כללים בדבר פריסת מרפאות בישובים קטנים, וכי כללים כאלה לא ייקבעו בתקופה הקרובה, אלא יש כוונה לתת פתרונות אד-הוק לבעיות קונקרטיות שמתעוררות. עוד ציין, כי נעשית "עבודת מטה" על נושא המרפאות בישובים קטנים, וכי יש לקבוע כללים בדבר ביצוע מכרזים למרפאות בישובים אלה. כמו כן אמר, כי מתבצע מיפוי, באמצעות לשכת הבריאות של מחוז הדרום, של ריכוזי האוכלוסיה של הבדואים, לבדוק למי אין פתרון במסגרת המרפאות הקיימות.

21. ביום 18.3.99 וביום 25.3.99 שוחחה ב"כ העותרים עם מר קרן, בנסיון לברר את עמדת משרד הבריאות בדבר הקמת מרפאות נוספות בישובים ערביים בנגב. מר קרן אמר, כי יעביר בכתב את ההחלטה בדבר שלוש המרפאות שאושרו. באשר להקמת מרפאות נוספות, אמר מר קרן כי ההחלטה בענין חוזרת למחוז הדרום, וכי אם במחוז הדרום של משרד הבריאות יסברו כי נדרשות מרפאות נוספות, המחוז יוכל להמליץ על כך ולפנות לוועדת הפרוייקטים. ביום 11.4.99 הועברה לב"כ העותרים החלטת משרד הבריאות בדבר האישור להקים מרפאות נוספות באל-עזאזמה, באל-אטרש וב"מרעית". המכתב מצורף, ומסומן **נספח ע/20**.

22. בעקבות דברים אלה פנו העותרים שוב אל ד"ר בלמקר, רופאת מחוז הדרום, וביקשו להפגש עמה. פגישה זו נתקיימה ביום 27.5.99. בפגישה זו אמרה ד"ר בלמקר, כי במסגרת מיפוי של פריסת מרפאות בכל הארץ, גם מחוז הדרום עושה מיפוי של פריסת המרפאות בו, ולאחר סיום המיפוי, יוחלט במשרד הבריאות על קריטריונים להקמת מרפאות.

23. ביום 28.7.99 קיימו נציגים של ישובי העותרים ובאת-כוחם פגישה עם מנהל מחוז הדרום של קופת חולים כללית, מר פרץ גוזה. בפגישה זו אמר מר גוזה לנוכחים, כי קופת חולים כללית ביקשה, למעלה משנה קודם לכן, להקים מרפאות בתשעה ישובים בדואים נוספים, וכי רק שלוש מרפאות אושרו. במהלך הישיבה, בעקבות שיחה טלפונית שקיים עם ד"ר בלמקר, דיווח מר גוזה לנוכחים, כי נתקבל אישור מוועדת הפרוייקטים להקמת מרפאה נוספת בישוב אבו-קרינאת. בקשתה של ב"כ העותרים, במהלך הפגישה ולאחר מכן במכתב מיום 23.8.99, לקבל פירוט בדבר חמשת הישובים, שבהם ביקשה קופ"ח כללית להקים מרפאה אך בקשתה סורבה, לא נענתה. מכתבה של ב"כ העותרים למר גוזה מצורף ומסומן **נספח ע/21**.

24. ב-24.8.99 פנתה ב"כ העותרים אל מר קרן, עם סיכום של המגעים האחרונים שהתקיימו עם ד"ר בלמקר, עם מר גוזה, ועם עו"ד סומך, שמהם עלה, כי: אין אמות מידה כלליות בדבר פריסת מרפאות; כי בקשות של קופות חולים להקים מרפאות נוספות, הנתמכות בבקשות של תושבים, נדחות על ידי משרד הבריאות ללא נימוקים; וכי לא ברור מיהו הגורם במשרד הבריאות אשר אחראי להמליץ ולהחליט על הקמת מרפאות נוספות, עד שישתיים המיפוי הארצי שאיש אינו מוכן לנקוב במועד סיומו המשוער. מר קרן התבקש להבהיר: מה היו הנימוקים לדחיית בקשותיה של קופת חולים להקמת מרפאות נוספות בישובים בדואים; ומיהו הגורם המוסמך במשרד הבריאות

שאליו צריכים לפנות תושבים הסבורים ששירותי הבריאות אינם ניתנים להם בזמן ובמרחק סביר והמבקשים שתוקם מרפאה בישובם. המכתב מצורף, ומסומן **נספח ע/22**.

25. ביום 1.9.99 התקשר מר קרן אל ב"כ העותרים, והבהיר פעם נוספת, כי הסיבה לאישורה של הקמת מרפאות בישובים מסוימים ולאי-אישורה בישובים אחרים היא המלצתה של מינהלת הבדואים. עוד ציין מר קרן, כי קיימים קריטריונים במשרד הבריאות להקמת מרפאות, אולם הוא אינו יכול לומר מהם.

26. ביום 6.9.99 העבירה היועצת המשפטית של משרד הבריאות תשובה למכתבה של ב"כ העותרים מיום 24.8.99 אל מר קרן. לפי התשובה:

"בימים אלה אנו משלימים את הכנת הכללים לפירסום מכרזים להפעלת מרפאות בישובים קטנים – נושא שארץ, לצערנו, זמן רב מן הצפוי. אנו מקווים להשלים המלאכה בתוך שבועות אחדים.

ניתנה על ידינו הוראה, שלא לבצע כל הליך נוסף של אישור מרפאות בישובים שאוכלוסייתם אינה עולה על 10000 נפש בטרם יסתיים הליך אישורם של הכללים. משיסתיים ההליך, יינתנו התרים לפתיחת מרפאות בהתאם לצרכי האוכלוסייה, ובדרך של מכרז בין קופות החולים."

המכתב מצורף ומסומן **נספח ע/23**.

27. ביום 24.10.99 קיימה ב"כ העותרים שיחה עם עו"ד נתן סומך, מהלשכה המשפטית של משרד הבריאות. עו"ד סומך ציין, כי טרם נקבעו הכללים להכנת מכרזים. הוא אמר כי לאחר שייקבעו הכללים להוצאת מכרזים, משרד הבריאות יבדוק, על-פי מיפוי הישובים, באלו ישובים מוצדק להקים מרפאה ובאלו ישובים ניתן להסתפק במרפאה הקרובה. הוא חזר ואמר כי אין אמות מידה כלליות בדבר הקמת מרפאות בישובים קטנים.

28. ביום 8.2.00 חזרה ופנתה ב"כ העותרים אל עו"ד סומך, כדי לברר היכן נמצא תהליך הבדיקה המתואר לעיל. באותה שיחה אמר עו"ד סומך, כי עדיין לא הושלמו הכללים להכנת מכרזים. עו"ד סומך לא ידע לומר אם כבר הסתיים המיפוי של שירותי הבריאות בישובים.

29. ניתן לסכם, כי מהמגעים הממושכים שהתקיימו בין העותרים לבין המשיבים עולות שלוש מסקנות מרכזיות:

- א. לא נקבעו במשרד הבריאות כללים, בדבר פריסת מרפאות;
- ב. בקשות של קופות חולים, להקים מרפאות בישובים לא-מוכרים בנגב, לרבות בישובי העותרים, נדחו על-ידי משרד הבריאות;
- ג. החלטות של משרד הבריאות, בדבר הקמת מרפאות בישובים ערביים לא-מוכרים בנגב, נתקבלו על יסוד תכניתה של מינהלת הבדואים ליישוב הבדואים, ולא על יסוד בדיקת פריסת המרפאות הקיימת ביחס לצרכי התושבים.

מדיניות הממשלה בדבר אספקת שירותי בריאות לישובים הבלתי-מוכרים

30. המסקנה השלישית לעיל מקבלת תימוכין מהחלטות שנתקבלו, בממשלה ובמינהלת הבדואים, שעליה הוטל ביצוע מדיניות הממשלה. המדיניות הממשלתית, המקבלת ביטוי בכתובים, היא לקבוע את מיקום השירותים, המסופקים לתושבי הישובים הבלתי-מוכרים בנגב, בהתאם לתכנית ליישוב הבדואים, ולא בהכרח בהתאם לצרכים הקיימים בשטח. זאת, מתוך מגמה לגרום למעברם של התושבים, החיים בישובים בלתי-מוכרים, למספר קטן של ישובים, המוכרים ומתוכננים על-ידי המדינה, שבהם ניתנים השירותים. מדיניות זו מתבצעת על-ידי ריכוז ההחלטות בדבר אספקת שירותים לישובים הלא-מוכרים, ותיאומן עם מינהלת הבדואים.

31. יצוין, כי בעת שהחלו פניות העותרים בדבר הקמת מרפאות בישוביהם, כבר היו קיימות ארבע מרפאות של קופת חולים כללית בכפרים בלתי-מוכרים בנגב: מרפאות אל-אעסם, אל-הוואשלה, אל-סייד ואבו כף.

32. ההחלטה המנחה, בנושא אספקת שירותים לאוכלוסיית הישובים הלא-מוכרים בנגב, נתקבלה על-ידי ועדת השרים לתיאום מדיניות הממשלה במגזר הבדואים ביום 16.9.97, וקיבלה תוקף של החלטת ממשלה ביום 1.10.97. ההחלטה קבעה, כי "משרדי הממשלה השונים, הפועלים בתחומים הנוגעים לבדואים בנגב, יפעלו באמצעות ובתיאום ועדת השרים לתיאום מדיניות הממשלה במגזר הבדואי". באותה החלטה נקבע, כי צוות בינמשרדי יגיש לוועדת השרים מסמך שיגדיר קווי מדיניות ופעולה לגבי הטיפול במגזר הבדואי, בין השאר לגבי "עקרונות למתן שירותים חיוניים בפזורות". ההחלטה מצורפת, ומסומנת **נספח ע/24**.

33. המדיניות שנתגבשה בעקבות החלטה זו, בדבר מתן שירותים בישובים הלא-מוכרים בנגב, מקבלת ביטוי במסמכים שיצאו ממינהלת הבדואים, שעליה הוטל ביצוע המדיניות. יצוין, כי מינהלת הבדואים היא יחידה של מינהל מקרקעי ישראל, שאין לה כל סמכות או אחריות בתחום אספקת שירותים חיוניים, לרבות שירותי בריאות.

34. במכתב (תאריך חסר), החתום בידי סגן יושב-ראש המינהלה דאז, מר אלי עצמון, אל ראשי המועצות של הישובים הבדואים בנגב (מדובר בעיירות המוכרות), מזכיר מר עצמון את הנחיית שר התשתיות הלאומיות למינהלה, בישיבה של ועדת השרים לענייני הבדואים מיום 19.8.97, לתאם את פעילות המשרדים בנושא השירותים לפזורה, "כך שלא ינתנו שירותים נוספים לפזורה מחוץ למקומות הישוב הקיימים או לנקודות אותם [כך] רואים כאיתורים לפיתוח שכונות חדשות בעתיד". ומוסבר: "על מנת ליעל את מערכת מתן השירותים לפזורה: ... הדרך הטובה ביותר הינה יצירת זיקה בין הישוב הקרוב לבין אוכלוסית היעד **האמורה לעבור לאותו ישוב** וזאת מתוך ראייה שכלל שזיקה זו תגדל והקשר בין הישוב לתושבים יתהדק, ייקל המעבר של התושבים לישוב." (המכתב ממר עצמון מצורף ומסומן **נספח ע/25** - ההדגשות הוספו).

35. ב"פרוגרמת תיכנון ופיתוח בישובי הבדואים לשנת 1998", שפירסמה המינהלה, נכלל "דו"ח על טיפול המינהלה בריכוזי הבדואים בנגב", מיום 25.1.98, החתום בידי יו"ר המינהלה דאז, מר

דודיק שושני. שם נקבע, כי "המינהלה מתאמת פעולות הממשלה בפזורת הבדואים בנגב", בין היתר, בתחום הבריאות. ומובא ציטוט מתוך הצעת הצוות הבין-משרדי מטעם ועדת השרים לענייני הבדואים, לקביעת עקרונות למתן שירותים בפזורה:

1. "מתוך ראייה כוללת, שכל הפזורות יתפנו לישובי קבע בתהליך שיתמשך מספר שנים, יש להתמקד במתן שירותים חיוניים ביותר בלבד: חינוך, בריאות, רווחה והקצאת מי שתיה במתכונת הקיימת.
2. יעשה כל מאמץ לרכז השירותים בישובי הקבע.
3. כלל המשרדים העוסקים במתן שירותים לפזורה, יתאמו את פעולותיהם במסגרת המינהלה והצוות הבין משרדי."

(הדו"ח מצורף ומסומן נספח ע/26 - ההדגשות הוספו.)

36. בסיכום "פגישה בנושא פיתוח שרותים רפואיים לפזורה הבדואים [כך]", פגישה שהתקיימה ביום 4.1.98 בין ראש המינהלה דאז, מר דודיק שושני, לרופאת מחוז הדרום, ד"ר אילנה בלמקר, ניתן להיווכח כיצד המדיניות הנ"ל מתורגמת להחלטה מעשית, בדבר מיקום מרפאות נוספות בישובים הלא-מוכרים. מבין ה"עקרונות לפיתוח שרותים רפואיים לאוכלוסיה הבדואית שגרה מחוץ לישובי קבע", העקרון הראשון שמופיע בסיכום הוא: "יש לתת עדיפות להקמת שרותים רפואיים ביעדי איכלוס של כל שבט (ישובי קבע קיימים או ישובים עתידיים לפי הצעת המינהלת)". ועוד (סעיף ט'): "מיקום כל מרפאה יקבע על-ידי המינהלה לקידום הבדואים". (ראו נספח ע/16; ההדגשות הוספו)

מצב הבריאות ושירותי הבריאות בקרב האוכלוסיה הערבית בנגב

37. קיים מחסור חמור בשירותי בריאות ראשוניים ושניוניים לאוכלוסיה הערבית בנגב, ביחס לצרכים. נתונים בדבר שיעורי וסיבות התחלואה והתמותה בקרב אוכלוסיה זו מעידים על כך בבירור. תנאי המגורים הדלים והתברואה הלקויה בישובים הבלתי-מוכרים תורמים אף הם להגברת הצורך בשירותי בריאות ראשוניים. כנגד צרכים אלה, שירותי הבריאות האמבולטוריים לאוכלוסיה בישובים הלא-מוכרים בנגב נמצאים בפיגור, לעומת כלל האוכלוסיה. מצבה של מערכת הבריאות, בכל הנוגע לאוכלוסיה הערבית בנגב, והצורך בסגירת פערים בשירותים הניתנים לאוכלוסיה זו, ידועים היטב למשרד הבריאות, מזה שנים.

38. מדד מרכזי לבדיקת מצב בריאותה של אוכלוסיה נתונה הוא שיעור תמותת התינוקות בה. שיעור זה בקרב הערבים בנגב, ובפרט בקרב תושבי הישובים הבלתי-מוכרים, הוא הגבוה ביותר בישראל. בשנת 1995 היה שיעור תמותת התינוקות בקרב האוכלוסיה הערבית בנגב 10.8 ל-1,000 לידות חי, כאשר לגבי תושבי הישובים הלא-מוכרים, הוא עמד על 13.1 ל-1,000. זהו שיעור הגבוה בלמעלה מפי-שניים משיעור תמותת התינוקות (לשנת 1993) בקרב האוכלוסיה היהודית בנפת באר שבע, שעמד על 6.2 ל-1,000. גם תמותת ילדים (גילאי 1-4) גבוהה יותר בקרב האוכלוסיה הערבית בנגב מאשר באוכלוסיה היהודית, כאשר מחלות זיהומיות, מומים מולדים וטראומה הן הסיבות המרכזיות לעודף התמותה בקרב ילדים בדואים. ראו:

Tulchinsky, Ginsberg, A District Health Profile of Beersheva Sub-District (The Negev), Israel, 1995, Ministry of Health, Jerusalem, 1996, p. 10-11 – מצורף ומסומן **נספח ע/27** (להלן: "טולצ'ינסקי").

39. מדד נוסף למצב הבריאות של אוכלוסיה הוא נתונים בדבר תחלואה וסיבות תמותה. נתונים אלה מצביעים על כך, כי בנגב שיעורי התמותה של ערבים גבוהים בכ-50% מאלה של יהודים. הפערים הגדולים ביותר הם בקרב ילדים (עד גיל 14), אולם גם בקבוצות הגיל האחרות ישנם פערים משמעותיים. בפרט, שיעורי התחלואה והתמותה הנובעות ממחלות זיהומיות גבוהים יותר בקרב האוכלוסיה הערבית בנגב. ראו:

The Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University, Report of the Working Group on "Health Needs of the Negev Population" (August, 1997), pp. 12, 15; מצורף ומסומן **נספח ע/28** (להלן: "מחקר אוניברסיטת בן-גוריון").

טולצ'ינסקי (נספח ע/27 לעיל), עמ' 23-25, 31.

40. תנאי תברואה לקויים בישובים הבדואים הבלתי-מוכרים, שאינם מחוברים לרשתות המים או החשמל, ושאינן בהם מערכת ביוב או סילוק אשפה, אף הם תורמים למצב הבריאות הירוד של התושבים. תוצאות מחקר מראות, כי כמעט אצל כל הילדים הבדואים מצויים נוגדנים לצהבת A, המעידים על זיהום מוקדם כתוצאה ממצב תברואתי. כמו כן, בתקופת החורף, ובשל שינויים קיצוניים במזג האוויר, ניכרים נזקי הקור אצל תינוקות בדואים במיוחד, כתוצאה, בין השאר, מהעדר חימום מספיק בתוך הבית. העדר מערכות ביוב נאותות יוצר אף הוא בעיה סביבתית וגורם למחלות זיהומיות במעיים (טולצ'ינסקי, נספח ע/27, עמ' 19-20). הקשר שבין תנאי מגורים ירודים לבין תחלואה כרונית ידוע ומתועד בספרות (צ'רניחובסקי, שירום, "שווינויות במערכת הבריאות בישראל", המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל: הקצאת משאבים לשירותים חברתיים, 1996 (ירושלים, תשנ"ז) 157, 169 – מצורף ומסומן **נספח ע/29**).

41. על המחסור בשירותי בריאות ראשוניים ושונייים בקרב האוכלוסיה הערבית בנגב ניתן ללמוד אף ממידת השימוש בשירותים אלה, לעומת מידת השימוש בשירותי מיון ואשפוז. על פי פילוח של נתוני קופת חולים כללית, בדבר הוצאות על שירותי בריאות מסוגים שונים בנגב, לפי קבוצות אוכלוסיה של קיבוצים, מושבים, בדואים ואוכלוסיה עירונית, עולה, כי ההוצאות של האוכלוסיה הבדואית על שירותי בריאות אמבולטוריים היו הנמוכות לנפש, לעומת ההוצאות האמבולטוריות של בני הקיבוצים, שהיו הגבוהות לנפש. כשמדובר בשירותי מיון בבתי חולים, המגמה הפוכה: לבדואים ההוצאות הגבוהות ביותר, ואילו לבני הקיבוצים הנמוכות ביותר. עולה, כי הבדואים משתמשים הרבה יותר מן הממוצע בשירותי מיון ואשפוז, והרבה פחות מן הממוצע בשירותי רפואה ראשוניים ושונייים (אמבולטוריים). ואילו אוכלוסיית הקיבוצים, שאף היא נמצאת בישובים קטנים ומפוזרים גאוגרפית, משתמשת יותר מהממוצע בשירותים אמבולטוריים, ופחות מן הממוצע בשירותי מיון ואשפוז. וכך סיכמו החוקרים את ממצאיהם בענין זה:

"Bedouins have lower per-capita health expenditures relative to the Negev average for ambulatory and diagnostic services. This finding may reflect cultural attitudes, lower awareness regarding early diagnosis, as well as less availability of primary care, diagnostic and consultation services. ...

Bedouins have relative higher per-capita health expenditures for pediatric emergency room use and pediatric hospitalizations ... This finding reinforces the suggestion that Bedouins may seek medical care at more severe stages of diseases than the Jewish population.”

מחקר אוניברסיטת בן-גוריון, נספח ע/28, בעמ' 15-19.

42. חוקרים, שבדקו את מבנה ההוצאות על שירותי בריאות בנגב, מצאו שמבנה ההוצאות אינו קשור לצרכים, אלא להיצע השירותים:

”ההוצאה הנמוכה בנגב קשורה ב'סוג יישוב' וב'דפוסי אשפוז', המייצגים את הזמינות והנגישות לשירות, הנמוכים יחסית בנגב. כלומר, ממצאים ראשוניים אלה מצביעים על כך שמבנה ההוצאות המיוחד של הנגב אינו נובע מגורמים אובייקטיביים ומצרכים, אלא מדפוסי שירות נחותים, הבולטים במיוחד במגזר הבדואי.”

ד' צ'רניחובסקי, ע' זמורה ומ' שרף, ”התאמת נוסחת הקפיטציה לנגב”, בתוך: דו"ח מחקרים שנתי 1996-1997, המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (דצמבר, 1998), עמ' 151, 153 – מצורף ומסומן **נספח ע/30**.

43. גורמים שונים, מקצועיים וממסדיים, הכירו במשך שנים במצב המתואר, ואף המליצו על הגברת ההשקעה ברפואה הראשונית והשניונית, בקרב האוכלוסיה הערבית בנגב.

44. במסמך המתווה את מדיניות הבריאות לטווח הארוך של משרד הבריאות, מנובמבר 1989, נקבע כי קיימים פערים בנגישות לשירותים רפואיים, ובהיקפם וזמינותם של שירותי הבריאות, בין שכבות סוציו-אקונומיות שונות ובין אזורי המרכז והפריפריה. נקבעה כמשימה להשגת יעד השוויוניות: ”דגש על חיזוק תשתית שירותי הבריאות באזורים פריפריים, במגזר הלא-יהודי ובקרב הקבוצות הסוציו-אקונומיות הנמוכות”. ערביי הנגב עונים על שלוש ההגדרות אלה, של אוכלוסיות הזקוקות לחיזוק שירותי הבריאות, מבחינת נגישותם, היקפם וזמינותם. (מדינת ישראל, משרד הבריאות, ”קווים למדיניות בריאות לאומית לטווח ארוך בישראל” (נובמבר 1989), עמ' 13 – מצורף ומסומן **נספח ע/31**).

45. הרשות לפיתוח הנגב בחנה, ערב היכנסו לתוקף של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובהשתתפות נציגי משרד הבריאות, מינהלת הבדואים, וקופת חולים, את מצב שירותי הבריאות בישובים הבלתי-מוכרים. היא מצאה, כי ”במצב הקיים ל-35% מהאוכלוסיה הבדואית אין פתרון מוסדר למתן שרותים רפואיים קהילתיים. אוכלוסיה זו פונה לטיפולים הכרחיים למרפאות הקיימות ובעיקר לחדרי המיון של בית החולים סרוקה.” (הרשות לפיתוח הנגב, ”שירותים רפואיים לאוכלוסיה הבדואית שבפזורה, בנגב” (נובמבר, 1994), עמ' 10 – מצורף ומסומן **נספח ע/32**).

46. בדו"ח ועדת החקירה הפרלמנטרית בנושא המגזר הבדואי בישראל, שהוגש ב-28.2.96, הובאו דבריה של רופאת מחוז הדרום, ד"ר אילנה בלמקר, אשר העידה בפני הוועדה:

”חלק ניכר של בעיות הבריאות בקרב הבדואים, אומרת דר' בלמקר, הינו תוצאה של העדר תשתית תברואתית נאותה ברמת הישוב (העדר מערכת ביוב מרכזית ומצב תברואתי ירוד במוסדות חינוך) וברמת הפרט (העדר שירותים, העדר אמצעים לקרור מזון).” (עמ' 44)

ובפרק ההמלצות שוב מובאים דבריה של ד"ר בלמקר, וכן של סגן שר הבריאות דאז:

"היא ציינה את השיפור שחל במצב הבריאות של הבדואים בנגב, אך לא הסתירה את העובדה כי עדיין קיימים פערים גדולים בתחום הבריאות בין האוכלוסייה הבדואית לאוכלוסייה היהודית. גם סגן השר נואף מסאלחה לא הסתיר את העובדה כי היתה הזנחה מצטברת של הממסד בתחום הבריאות במגזר הבדואי." (עמ' 47)

הוועדה ממליצה לבסוף: "כדי ... לסגור פערים דרושה הפליה מתקנת שתתבטא בהקצאת משאבים ולהרחבה מיידית של שרותי הבריאות באוכלוסייה הבדואית בנגב." (עמ' 47 – דו"ח הוועדה מצורף ומסומן **נספח ע/33**).

47. ובדו"ח מבקר המדינה לשנת 1999, נקבע כך לגבי שירותי בריאות בישובים הלא-מוכרים: "במרפאות הקופות מטופלים גם בדואים תושבי האזור, אך חלק ניכר מהם מתגוררים בישובים שאינם מוכרים (מדובר בכ-40% מאוכלוסיית הבדואים, המונה באזור הדרום כ-100,000 נפש). בישובים אלה כמעט שלא ניתנים שירותי בריאות באמצעות קופות החולים, שכן יש בהם רק ארבע מרפאות, וכדי לקבל טיפול רפואי על רובם להגיע ליישובים שבהם נמצאות מרפאות של קופות החולים. באפריל 1999 הודיעה ועדת הפרויקטים של המשרד לקופ"ח "כללית", כי המשרד מאשר לקופה להקים שלוש מרפאות נוספות בעבור אוכלוסייה זו. בכל מקרה ספק הוא אם יהיה גם בהם [כך] לספק את הצרכים." (מבקר המדינה, דוח שנתי 1999, עמ' 295 – מצורף ומסומן **נספח ע/34**)

הקשר בין נגישות למרפאה קהילתית לבין מצב בריאות

48. מרפאה קהילתית היא שמספקת את הרפואה האמבולטורית לקהילה. זו כוללת את הרפואה הראשונית (רפואה כללית, רפואת ילדים, רפואת נשים), והרפואה השניונית (יעוץ מומחים). גישה נוחה למרפאה קהילתית היא מרכזית, איפוא, לשמירה על בריאות בקהילה, והעדרה של גישה זו מובילה בהכרח להזנחת מצבים הטעונים טיפול רפואי.

49. ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תיפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל ("ועדת נתניהו"), שממצאיה והמלצותיה שימשו בסיס לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הדגישה את חשיבות הרפואה האמבולטורית. בדו"ח הוועדה, משנת 1990, נקבע:

"מערכת הרפואה האמבולטורית מהווה כמעט תמיד את נקודת המפגש הראשונה והקשר העיקרי של האדם עם מערכת הבריאות, ואליה מופנה חלק נכבד מן המשאבים המוקצים לבריאות. לית מאן דפליג, שמערכת זו מרכזית וחיונית לתפקודה התקין של מערכת הבריאות. במדינות רבות במערב, כמו גם בישראל, גוברת בשנים האחרונות המגמה לחזק את מעמדה של הרפואה האמבולטורית בקהילה ולהעביר אליה את מרכז הכובד של הטיפול הרפואי. מגמה זו מתבטאת בהכרה בחשיבותם של שירותי הבריאות הראשוניים, כאמצעי העיקרי להשגתן של המטרות שהתווה ארגון הבריאות העולמי בתוכניתו "בריאות לכל בשנת 2000"; בחיזוק מעמדה של רפואת משפחה, כתחום מומחיות נפרד; בפיתוחה של "הרפואה הראשונית המכוונת לקהילה" ("Community Oriented Primary Care"); ובהרחבת מערך השירותים השניוניים בקהילה." (עמ' 362)

כהקדמה להמלצותיה בתחום זה, קבעה ועדת נתניהו:

"בהעלותה המלצותיה לפרק זה, הנחתה את הוועדה התפיסה, שלגביה אין מחלוקת בין דעת הרוב לדעת המיעוט, כי יש לצמצם את הפער ולהדק את קשרי הגומלין בין הרמות השונות של שירותי הבריאות – על ידי חיזוק מעמדה של הרפואה הראשונית. בכלל זה יש לחזק את מעמדו של רופא המשפחה כ"שומר הסף", העברת מרכז הכובד של הטיפול הרפואי לקהילה והדגשת תפקידו של בית החולים כמערכת התומכת בשירותי הרפואה הניתנים בקהילה." (עמ' 379)

ובין המלצותיה: "להבטיח שירות רפואי ראשוני בקהילה בכל שעות היממה, כולל שבתות וחגים, ולהאריך את שעות השירות במרפאות ולהנהיג יום עבודה רצוף, לצוות הרפואי הראשוני, עד לשעות הערב." (עמ' 381 - ההדגשות במקור) מובלעת בהמלצה זו ההנחה, כי קיים בכלל שירות רפואי ראשוני נגיש בקהילה. הנחה זו, כאמור, אינה נכונה לגבי רוב הישובים הערביים הלא-מוכרים בנגב, דבר המקבל ביטוי ברור, בנתונים שהובאו לעיל, בדבר תת-שימוש של קהילה זו בשירותי רפואה אמבולטוריים, לעומת שימוש-יתר בשירותי מיון ואשפוז. דו"ח ועדת נתניהו מצורף ומסומן **נספח ע/35**.

50. ההנחה, כי נגישות נמוכה לשירותי רפואה ראשוניים ושניוניים תוביל לויתור על טיפולים רפואיים, מקבלת אישוש במחקר שערך מכון ברוקדייל, אשר בדק את השימוש בשירותי רפואה, שנתיים וחצי אחרי תחילתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. במחקר, נמצא כי שיעור הויתור על טיפול רפואי בקופת חולים, כתוצאה מריחוק השירות מהבית, היה כמעט כפול לגבי ערבים (14%) לעומת יהודים (8%) (עמ' 22, 42). המחקר הקיף גם תושבי ישובים בלתי-מוכרים (בצפון הארץ), ומצא שלגביהם המצב חמור במיוחד:

"Arabs in unrecognized villages were found to be a particularly vulnerable and geographically remote sub-group, with acute problems receiving health care due to lack of local services. Compared to other Arabs, they were more likely to travel by bus to their family physician; report longer travel times (in many cases more than one hour); report travel times to be unreasonable; and report family physician and specialist office hours to be inconvenient. . . they were the most likely to have household expenditures for a private physician and to report having forgone care due to the distance of a service from their home."

M. Farfel, D. Yuval, "Arabs' and Jews' Perceptions and Use of the Health System Two and a Half Years After Implementation of the National Health Insurance Law: Findings from a Survey of the General Population", JDC-Brookdale Institute (Jerusalem, November 1999), p. 43.

המחקר של מכון ברוקדייל מצורף ומסומן **נספח ע/36**.

נגישות לרפואה ראשונית: המצב הכללי

51. עד למועד הגשת העתירה, לא עלה בידי העותרים לקבל, ממקור כלשהו, נתונים בדבר מצב הפריסה של מרפאות קהילתיות בישראל, שלאורו ניתן יהיה לבחון את מצב הפריסה של מרפאות בקרב אוכלוסיית הישובים הלא-מוכרים בנגב. מדו"ח מבקר המדינה לשנת 1999 עולה, כי נתונים אלה לא נמצאו אף בידי משרד הבריאות (נספח ע/34, עמ' 279). עם זאת, ניתן לקבל תמונה כללית בדבר מצב הנגישות למרפאות קהילתיות בישראל, ממספר מחקרים שנערכו בנושא, וכן מהשוואת המצב בישובים יהודיים, הדומים בגודלם לישובי העותרים.

52. מחקר של מכון ברוקדייל, משנת 1997, בדק את זמן ההגעה לרופא המשפחה, במדגם מייצג של ישובים. על פי ממצאי המחקר, 46% מהמבוטחים הגיעו לרופא המשפחה שלהם תוך 5 דקות, 75% הגיעו תוך 10 דקות, ו-88% הגיעו תוך 15 דקות. עבור עוד 10% נוספים, זמן ההגעה עמד על 16 עד

30 דקות. 2% בלבד מן הנשאלים דיווחו על זמן הגעה של למעלה מ-30 דקות לרופא המשפחה.
ראו :

ר' גרוס ואח', "רמת השירות בקופות-החולים בעקבות חוק ביטוח הבריאות הממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר מבוטחים 1997 והשוואה לסקר 1995" (ג'וינט-מכון ברוקדייל, יולי 1998, ירושלים), בעמ' 4 – מצורף ומסומן **נספח ע/37**.
פרפ' ואח', נספח ע/36, בעמ' 14.

53. אינדיקציה נוספת לפריסת מרפאות ניתן למצוא בתוצאות של בדיקה שנעשתה במשרד הבריאות, על-ידי יועץ השר ד"ר ג'מאל חסון, בינואר 1991, בדבר "שירותי בריאות במגזר הלא יהודי". נכון לאותו מועד, נמצא כי מרפאות של קופות חולים פזורות בכל הישובים הערביים, בעלי מעמד מוניציפלי, שאוכלוסייתם עולה על 500 נפשות (עמ' 3 – הדו"ח של ד"ר חסון מצורף ומסומן **נספח ע/38**).

54. אחת ממטרותיו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי היתה להעמיק את הספקת שירותי הבריאות, במיוחד לאוכלוסיות אשר לא היו מבטוחות קודם לכן. ואכן, בדיקת השפעות החוק שנתיים לאחר החלתו, בינואר 1995, בשתי נפות שבהן היה אחוז גבוה של בלתי-מבוטחים ערב החלת החוק, מראה, כי תוצאה זו הושגה במידה רבה, כאשר "התוצאה החשובה ביותר מהנהגת החוק והתחרות בין הקופות שבאה בעקבותיה היא הרחבה ניכרת של השירותים והעמקתם". (ו' אדלר, מ' לוטן, "השפעת חוק ביטוח בריאות במגזר הערבי בישראל", המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות: דו"ח מחקרים שנתי 1996-1997 (דצמבר 1998), 47, 49 – מצורף ומסומן **נספח ע/39**). כפי שהוצג לעיל, תהליך זה לא התרחש בישובים הבלתי-מוכרים בנגב, על אף בקשותיהן של קופות חולים, בשל המגבלות שהטיל משרד הבריאות על הקמת מרפאות נוספות בישובים אלה.

השוואה: נגישות למרפאות קהילתיות בישובים יהודיים קטנים

55. ישובים קטנים יהודיים, בסדר הגודל של ישובי העותרים, אינם סובלים ממחסור במרפאות קהילתיות. יובאו לדוגמא שני ישובים הנמצאים בשכנות לישובי העותרים:

א. הישוב נבטים, שבמועצה האזורית בני שמעון, הוא מושב הממוקם בשכנות לישוב אבו קוידר. המושב מונה 673 נפשות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מעודכן לסוף שנת 1998 – מצורף ומסומן **נספח ע/40**) – כלומר, הוא קטן משלושת ישובי העותרים. הישוב מצוי במרחק של כשמונה ק"מ מבאר שבע, בדרכים סלולות. בתוך הישוב פועלת מרפאה של קופת חולים כללית, הנמצאת במרחק של דקות ספורות מכל מקום בישוב. המרפאה מאויישת בקביעות על-ידי רופא כללי ואחות, בחצי-משרה כל אחד.

ב. הישוב להבים, כ-15 ק"מ צפונית-מזרחית מבאר שבע, מונה 3,020 תושבים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מעודכן לסוף שנת 1998 – נספח ע/40 לעיל). הישוב הוא איפוא פחות מאוכלס מוואדי אל-נעם ומאבו-קוידר וסביבותיה. בישוב פועלות שתי מרפאות, האחת של קופת חולים כללית והשנייה של קופת חולים מכבי. בכל אחת מן המרפאות ישנו רופא כללי ורופא ילדים. כמו כן, מבקרים במרפאות, בימים ובשעות קבועים, רופאים מומחים שונים.

הטיעון המשפטי

חובות המשיבים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי

56. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע את הזכות לשירותי בריאות של כל תושבי המדינה, בסעיף 3(א):
 "כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר".

57. כנגד זכות זו, קובע החוק את חובתה של קופת חולים לספק את שירותי הבריאות לחברה, על פי החוק, בסעיף 3(ג): "קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה".

58. עוד מגדיר החוק את האופן, שבו יש לתושבי המדינה זכות לקבל שירותי בריאות ויש לקופת חולים חובה לספקם, בסעיף 3(ד): "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13".

59. זכותו של כל תושב, איפוא, לקבל שירותי בריאות בזמן ובמרחק סבירים ממקום מגוריו, וחובתן של קופות החולים לספק לחבריהן שירותי בריאות כאמור.

60. בעוד שהחובה לספק שירותי הבריאות מוטלת בחוק על קופות החולים, הרי שעל משרד הבריאות מוטלת האחריות הכוללת לכך ששירותי בריאות אכן יסופקו לתושבים לפי חוק. חלה עליו חובה לפקח על פעילות קופות החולים לפי החוק ועל שירותי הבריאות שהן מספקות (סעיף 35(א)), ולצורך כך, אף הוטלה על קופות החולים חובת דיווח למשרד הבריאות (סעיף 35(ב)). כמו כן, המנהל הכללי של משרד הבריאות הוסמך לנקוט אמצעים כנגד קופות חולים, אשר אינן נותנות את שירותי הבריאות בהתאם לחוק (סעיף 37).

61. אף מדברי ההסבר להצעת החוק (ה"ח תשנ"ג 204), עולה בבירור, כי מטרת החוק היתה להפקיע מקופות החולים את שיקול הדעת האוטונומי בדבר אלו שירותים יינתנו, היכן וכיצד, ולהטיל על המדינה אחריות כוללת למתן שירותי בריאות אחידים, כאשר קופות החולים הן רק ספקי השירותים. כך בדברי ההסבר לסעיף 3(ד) בהצעת החוק (המקביל לסעיף 3(ג) בחוק):

"כיום מתן סל שירותי הבריאות נתון לשיקול דעתה הבלעדי של קופת החולים שבה מבוטח החבר; הוא הדין לגבי מקום מתן השירות והזמן שעל החבר להמתין לפעולה הרפואית הנדרשת, והדבר שונה בין הקופות. מוצע לקבוע אמות מידה אחידות שמבוססות אך ורק על שיקול דעת רפואי ואשר יחייבו את קופות החולים".

62. בדו"ח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תיפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, שאת המלצותיו ביקש המחוקק לעגן בחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (ראו מבוא לדברי ההסבר להצעת החוק, ה"ח תשנ"ג 204), מוצגת התפיסה בדבר אחריות המדינה לכך שיסופקו שירותי בריאות ברמה אחידה, באופן שאינו משתמע לשני פנים:

"(1) אנו דוגלים בהשקפה, שהחובה להבטיח שירותי בריאות לאוכלוסיה מוטלת על המדינה.

...
 (2) בהיות שירותי בריאות מצרך חיוני לאוכלוסיה, אל לה למדינה להשאיר את כל האחריות לאספקתו בידי גופים וולנטריים, כמו קופות החולים, שברצותם יספקו את השירות וברצותם ימנעו או יפסיקו אותו, כולו או מקצתו, לכלל האוכלוסיה או לחלקה. ...
 (4) לפי תפיסה זו המדינה היא הנושאת בחובה לדאוג לקיומה של התשתית הפיזית והאנושית הדרושה לאספקה סדירה של שירותי בריאות לאוכלוסיה; לתכנון מערך שירותי הבריאות, לפיזור הגיאוגרפי בכל רחבי הארץ ולהוצאתו לפועל; למימון בינוי וציוד רפואי, שעלותו גבוהה במיוחד, במסגרת מדיניות השקעות שעליה לקבוע; ולתכנון והכשרה של כוח אדם מתאים ומספיק למתן שירותי הבריאות לאוכלוסיה." (עמ' 87-88 לדו"ח – מצורף כנספח ע/35; ההדגשה במקור)

63. אף בהקשר של הקמת מרפאות, באה לביטוי מגמה זו בחוק: משרד הבריאות הוא האחראי לקביעת היקפו ופריסתו של השירות, וקופות החולים אחראיות לספקו בפועל.

64. קופת חולים אינה אוטונומית להקים מרפאות חדשות כראות עיניה, אלא עליה לקבל אישור לכך ממשרד הבריאות. זאת, מכח סעיף 32(א) לחוק, אשר קובע כי תקציב הפיתוח השנתי של קופת חולים יהיה טעון אישור של שר הבריאות ושל שר האוצר.

65. כך לדוגמא, כאשר קופת חולים לאומית פתחה מרפאה במועצה המקומית חורה, ללא אישור משרד הבריאות, וביקשה להקים מרפאות נוספות בישובים לא-מוכרים ("בפזורה הבדואית"), העביר משרד הבריאות הוראה לקופת חולים לאומית להעביר מיידית לוועדת הפרוייקטים במשרד הבריאות בקשה להפעיל את המרפאה, במסגרת תכנית הפיתוח של הקופה. כן נמסר לקופת החולים, כי בקשותיה להקים מרפאות נוספות בישובים לא-מוכרים נדחית, בשל כך שלא הגישה את תכניות הפיתוח שלה למשרד הבריאות. (מכתבה של ד"ר בלמקר לקופ"ח לאומית, מיום 18.4.97, מצורף ומסומן נספח ע/41).

66. כשמדובר בהקמת מרפאות בישובים קטנים, שאוכלוסייתם אינה עולה על 5,000 תושבים, קובע החוק הוראות מיוחדות, המגבילות את חופש הפעולה של קופות החולים. סעיף 29ב(ג) לחוק קובע, כי לא תפעל בישוב כזה יותר ממרפאה אחת, שתופעל על-ידי קופת חולים שתיקבע על ידי שר הבריאות, בעקבות מכרז.

67. סעיף 29ב(ב)(3) לחוק מסמיך את המשיב לקבוע כללים בדבר פריסת מרפאות:

"שר הבריאות, בהסכמת שר האוצר, רשאי לקבוע הוראות בדבר – ...
 (3) כללים ותנאים להקמת תשתיות למתן שירותי בריאות לפי חוק זה, דרך כלל או לסוגים ...; לענין כללים לפי פסקה זו רשאי השר להתחשב בין היתר, גם בגודל האוכלוסיה בישוב ובהרכבה, במספר המרפאות הפועלות בו, ובהשפעה העשויה להיות לתוספת התשתיות על היקף ההוצאה הציבורית לבריאות; בסעיף זה, "תשתיות" – ציוד ומבנים לרבות מרפאות כהגדרתן בסעיף 34 לפקודת בריאות העם, 1940 הדרושים למתן שירותי הבריאות פי חוק זה."

68. ממכלול הוראות החוק לעיל עולה, כי קופות החולים אחראיות לספק שירותי בריאות לחבריהן בזמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגוריהם, ואילו משרד הבריאות אחראי לפקח על הפריסה של המרפאות, באמצעות פיקוח על הקמת מרפאות חדשות ובאמצעות קביעת כללים בדבר פריסת מרפאות, באופן שיבטיח את הספקת השירותים בהתאם לחוק.

69. קופות החולים, שחבריהן מתגוררים בישובי העותרים ובישובים בלתי-מוכרים אחרים בנגב שאין בהם מרפאה, מפרות את חובתן לספק לחבריהן שירותי בריאות בזמן ובמרחק סבירים ממקום מגוריהם. המשיב מפר את חובתו לפי חוק, להבטיח פריסת מרפאות שתאפשר את אספקת שירותי הבריאות על-ידי קופות החולים בהתאם לחוק, באמצעות קביעת כללים לפריסת מרפאות ובאמצעות אישור לקופות חולים להקים מרפאות חדשות בישובים שבהם אין כיום מרפאה.

70. החוק אינו מגדיר מהם זמן ומרחק "סבירים", ושר הבריאות נמנע מלהפעיל את סמכותו לפי החוק לקבוע אמות מידה לפריסת מרפאות, באופן שהשירותים יסופקו בזמן ובמרחק סבירים בכל ישוב.

71. עם זאת דומה, כי לא יכולה להיות מחלוקת על כך, שבמדינת ישראל בשנת 2000, אי-מתן שירותי רפואה ראשוניים, בישובים המונים 700 עד 4,000 תושבים, וחיובו של כל תושב בישוב כזה, שאין ברשותו רכב פרטי, לעשות דרך, ברגל ובתחבורה ציבורית, האורכת שעה, שעתיים ואף למעלה מכך כדי לבקר אצל רופא משפחה, הוא בלתי-סביר. זאת במיוחד כשנוכחים בכך, שהזקוקים ביותר לטיפול רפואי הם דווקא אלה – ילדים קטנים, קשישים וחולים – שכלל אין ביכולתם לעשות דרך זו למרפאה.

72. ד"ר כרמל שלו, לשעבר היועצת המשפטית של משרד הבריאות, הביעה דעתה בבירור, כי השירותים הרפואיים בישובים הבלתי-מוכרים בנגב אינם ניתנים במרחק ובזמן סבירים:

"מתגוררים ברחבי הנגב, מחוץ לעיירות, בפזורות של יישובים לא מוכרים, למעלה מ-40,000 תושבים בדואים נוספים, וגם הם זכאים לשירותי בריאות על פי החוק. ... סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי שירותי הבריאות יינתנו "במרחק סביר ממקום מגורי המבוטח", אך בכפרים רבים של הבדואים בנגב השירותים אינם ניתנים במרפאה מקומית או אפילו במרפאה נידת, אלא במרחק של 5 ק"מ הליכה או 40 ק"מ נסיעה ממקום המגורים של המבוטחים. בהקשר זה, ניתן לטעון שהמדינה איננה עומדת באמת המידה המינימלית למתן שירותי הבריאות, המתחייבת גם מהוראות החוק, וזאת גם בהתחשב במשאבים העומדים לרשותה." (כ' שלו, "זכויות בריאות", קבוצת הדיון והחשיבה בנושא אתיקה רפואית, מכון ון ליר, ירושלים (יולי 1996), עמ' 20-21 – מצורף ומסומן **נספח ע/42**).

73. מבקר המדינה, אשר בדק שירותי רפואה בערי פיתוח בדרום, חיווה את דעתו בדבר עמידת משרד הבריאות בחובת הפיקוח שלו על נגישות השירותים הרפואיים:

"חוק ביטוח בריאות קובע, שעל קופות החולים לספק שירותים רפואיים בזמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח. אולם מתשובתו של ראש מינהל הרפואה שבמשרד הבריאות מנובמבר 1999, עולה, כי למשרד אין מדד לתור סביר ואין מדד למרחק סביר. עוד התברר, שאין בידיו מידע בדבר סוגי השירותים הניתנים בקהילה, ובדבר אורך התורים לשירותים אלה. לדעת משרד מבקר המדינה, איכות השירות נמדדת גם בנגישותו של השירות הרפואי, ובכלל זה השירות המקצועי; ומבחינת החולה משך המתנה ארוך, לעתים של חודשים, עשוי להיות בלתי נסבל." (דו"ח מבקר המדינה 550 לשנת 1999, נספח ע/34, עמ' 279)

הביקורת של המבקר על נגישותם של שירותים מקצועיים (שניוניים) לתושביהן של ערי הפיתוח בדרום נכונה על אחת כמה וכמה לגבי הישובים הבלתי-מוכרים, שברובם אין נגישות סבירה אף לרופא כללי (ראשוני), שלא לומר לשירותי רפואה מקצועיים.

שוויון באספקת שירותי בריאות

74. אף בהעדר אמת מידה ברורה לסבירות הזמן והמרחק למתן שירותי בריאות, ניתן להסתמך על אמת המידה הנוהגת בפועל בדבר הנגישות של שירותי בריאות ראשוניים, ולבדוק אם היא מקיימת באופן שוויוני לגבי כלל האוכלוסיה.

75. מהנתונים שהובאו לעיל ברור, כי העותרים מופלים לרעה באספקת שירותי בריאות קהילתיים. הפריסה הרחבה שקיימת במדינת ישראל, של מרפאות קהילתיות של קופות חולים, אשר באה לביטוי בנתונים שהובאו לעיל (ראו סעיפים 55-52 לעתירה), פוסחת על אוכלוסיית הישובים הלא-מוכרים בנגב. ישובים יהודיים באזור, הדומים לישובי העותרים בגודלם ואף הקטנים מהם, נהנים ממרפאה קהילתית שנמנעת מישובי העותרים. ותוצאותיה של הפליה זו ניכרות בבירור בנתונים שהובאו לעיל, בדבר מידת השימוש הפחותה של האוכלוסיה הערבית בנגב בשירותי רפואה אמבולטוריים (גם יחסית לאוכלוסיית הקיבוצים בנגב שאף היא מפוזרת בישובים קטנים), לעומת שירותי מיון ואשפוז.

76. ההפליה חמורה אף יותר, כאשר מביאים בחשבון את צרכי הבריאות המיוחדים של האוכלוסיה הערבית בנגב, אשר משתקפים בנתוני הבריאות שנאספו לגבי אוכלוסיה זו בשנים האחרונות, המובאים לעיל – ובמיוחד בנתונים בדבר שיעורי וסיבות תחלואה ותמותה.

77. שוויון מהותי בשירותי בריאות מחייב אף יותר משוויון פורמלי בנגישות לשירותי בריאות: הוא מחייב שוויון במתן מענה לצרכים. על פי תפיסת השוויון המהותי, "בהקשר של מערכת הבריאות, משמעות הדברים היא שלכל אדם הזכות לקבל ממשאבי מערכת הבריאות הציבורית, כך ששיג טיפול זהה לצורך רפואי זהה" (צ'רניחובסקי ואח', "שוויוניות במערכת הבריאות", נספח ע/29, בעמ' 157). וכך, אוכלוסיות שלהן צרכי בריאות גבוהים יותר, זכאיות, מכח השוויון המהותי, לקבלת שירותי בריאות מוגברים, העונים לצרכיהן המיוחדים:

"שירותי הבריאות אמורים לשאוף לשוויוניות אופקית במובן שהוגדר על-ידנו, לאמור לספק בצורה שווה צרכים של מבוטחים זהים בגורמי סיכון או בתחלואה. מנקודת ראות זו, של שוויוניות, ולא בהכרח יעילות, אם מצב חברתי-כלכלי הוא גורם סיכון – אפשר שקבוצות חברתיות-כלכליות נמוכות ראיות, על פיזורן הגיאוגרפי, ליותר מקורות בריאות." (שם, עמ' 172)

ולענין ההכרה בעקרון השוויון המהותי בפסיקה, ראו: בג"צ 4906/98 עמותת "עם חופשי" ואח' נ' משרד הבינוי והשיכון (טרם פורסם), פסקה 13, והאסמכתאות שם.

78. החובה לפעול לפי אמת המידה של השוויון, במתן שירותי בריאות ממלכתיים, מעוגנת מפורשות בחוק, בסעיף המפרט את עקרונות היסוד של החוק (סעיף 1): "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית".

79. אף אלמלא קביעה מפורשת זו בחוק, הרי שלאור מעמדו של עקרון השוויון כעקרון יסוד חוקתי במשפט הישראלי, היה מוטל על המשיב להבטיח ששירותי בריאות יסופקו לפי אמות מידה שוויוניות, וללא הפליה בין אוכלוסיות על יסוד שיקולים זרים שאינם נוגעים לצרכי בריאות.

ראו לדוגמא:

בג"צ 6698/95 קעדאן נ' מינהל מקרקעי ישראל ואח' (טרם פורסם), פסקאות 21-22.

בג"צ 1113/99 עדאלה נ' השר לענייני דתות ואח' (טרם פורסם), פסקאות 3-5.

בג"צ 4541/94 מילר נ' שר הבטחון ואח', פ"ד מט (4) 132-133.

80. במקרה זה, אין המדובר בהפליה סתם, אלא בהפליה שקורבנותיה משתייכים לקבוצה אתנית-דתית-לאומית מסוימת. אין בנגב ישובים יהודיים, בסדר הגודל של ישובי העותרים, שאינם מוכרים על-ידי המדינה ושסובלים מאותו מחסור בשירותי רפואה כמו ישובי העותרים וישובים ערביים נוספים בנגב. זאת, מאחר שהמדיניות של ריכוז אוכלוסיה במספר ישובים גדולים, ושל פריסת שירותים בהתאם, לרבות שירותי רפואה, מופעלת בנגב כלפי האוכלוסיה הערבית בלבד.

81. בתוך גדרה של ההפליה, להפליה מטעמי דת ולאום נודעת חומרה מיוחדת. הפליה כזו היא חשודה על פניה, ולהצדקתה יידרשו נימוקים כבדי-משקל.

בג"צ 721/94 אל על נתיבי אויר לישראל בע"מ נ' דנילוביץ ואח', פ"ד מח (5) 749, 763;

בג"צ 6051/95 רקנט ואח' נ' בית הדין הארצי לעבודה ואח', פ"ד נא (3) 289, 368;

רע"ב 3969/97 מדינת ישראל נ' אבו רביע, פ"ד נא (5) 470, 479;

בג"צ קעדאן, לעיל, פסקה 24.

82. נימוקים כאלה אינם בנמצא, בענייננו. ההיפך הוא הנכון: ההימנעות מלקבוע אמות מידה שוויוניות לפריסת שירותי בריאות, והשיקולים הזרים אשר השפיעו על ההחלטות בדבר פריסת מרפאות בישובים הלא-מוכרים בנגב (ראו להלן, פסקאות 108-95 לעתירה), רק מחזקים את המסקנה בדבר קיומה של הפליה פסולה.

החובה לקבוע אמות מידה לפריסה שוויונית

83. חובתו של שר הבריאות להבטיח פריסת מרפאות, שתהיה שוויונית ושתבטיח אספקת שירותי בריאות בזמן ובמרחק סבירים ממקום מגורי המבוטחים, היא חובת עשה, הטעונה פעולה אקטיבית: על שר הבריאות לקבוע אמות מידה כלליות ושוויוניות לאספקת שירותי רפואה קהילתית, לבדוק אם פריסת המרפאות הקיימת עונה על אמות מידה אלה, ולתקנה (בדרך של הקמת מרפאות נוספות, ושינוי מיקומן של מרפאות קיימות אם יש צורך) באופן שיענה על הצרכים.

84. רשות, המחלקת תמיכות כספיות או טובות הנאה אחרות – ובענייננו, הקובעת חלוקה של שירותים חיוניים, שיש בה משום הקצאה של כספי ציבור – חייבת לפעול לפי קריטריונים ברורים, ענייניים ושוויוניים. ולא, עלול שיקול דעתה להיות חשוף ללחצים, לאינטרסים ולשיקולים זרים.

בג"צ 59/88 צבן נ' שר האוצר ואח', פ"ד מב (4) 706, 705 ;
 בג"צ 4346/92 מעלה, המרכז לצינונית דתית נ' שר החינוך והתרבות ואח', פ"ד מו (5) 592, 590 ;
 בג"צ 7458/95 במות נ' מדינת ישראל, פ"ד נא (4) 186, 191 ;
 בג"צ 3792/95 תיאטרון ארצי לנוער נ' שרת המדע והאמנויות ואח', פ"ד נא (4) 259, 263.

85. מבחנים, הנקבעים לחלוקת כספי ציבור,

"אמורים להקטין את היסוד הסובייקטיבי ולהגדיל את היסוד האובייקטיבי שבהחלטת הרשות ... כתוצאה מכך, הם מפחיתים את חשיבות השאלה מי היא הרשות המוסמכת, מה נטיית הלב שלה ועד כמה היא חשופה להשפעה של גורמים חיצוניים ושיקולים זרים. יש בהם כדי לעשות את ההחלטה צפוייה יותר, וכן גם שוויונית יותר, ולאפשר בדיעבד ביקורת יעילה יותר על ההחלטה." (בג"צ 3792/95 לעיל, בעמ' 277).

86. הקשר שבין חובתה של רשות לפעול בשוויון, לבין חובתה לקבוע אמות מידה כלליות ושוויוניות

להפעלת סמכותה לחלק משאבים בציבור, הובהר היטב בפסיקה עקבית של בית המשפט העליון:

"מקום בו מבקשת הרשות לספק צורך ציבורי מסוים, והמשאבים העומדים לרשותה פחותים מן המשאבים שהיו נחוצים לסיפוקו של אותו צורך במלואו, מוטל על הרשות לקבוע אמות מידה להקצאת משאביה. אך אמות מידה אלה חייבות להיות שוויוניות; ובשום מקרה אין בקיומם של אילוצים תקציביים כדי להצדיק קביעת אמות מידה המפרות את שורת השוויון." (בג"צ 205/94 נוף נ' מדינת ישראל – משרד הבטחון, פ"ד נ (5) 449, 463)

"אמנם, דבר רגיל הוא שכספי התקציב אינם מספיקים לכל הצרכים ולכל הנצרכים, ולכן יש צורך להקצות כספים לפי סולם עדיפויות היוצר הבדלים בין אדם לאדם ובין קבוצה לקבוצה. אך העדיפויות וההבדלים חייבים להיות מבוססים על שיקולים ענייניים המתיישבים עם עקרון השוויון, ולא על שיקולים פסולים, כגון, דת או לאום." (בג"צ עדאלה לעיל, פסקה 5)

87. על הקריטריונים שלפיה פועלת הרשות אף להיות גלויים וידועים:

"קיומם של קריטריונים להפעלת שיקול-הדעת המסור לנושא משרה שלטונית, הוא אחד מסממניו של מינהל תקין, והוא עולה בקנה אחד עם שלטון החוק. כשם שאין במדינת חוקי סתר..., כך אין בה קריטריונים שבסתר למתן רשויות והיתרים שבכוחו של בעל משרה לתתם על-פי דין." (בג"צ 1689/94 הררי ואח' נ' שר הפנים, פ"ד נא (1) 15, 20-19; וכן ראו: בג"צ 637/89 "חוקה למדינת ישראל" נ' שר האוצר ואח', פ"ד מו (1) 191, 200).

88. חוק ביטוח בריאות ממלכתי צופה קביעת כללים להקמת מרפאות, ואף קובע את השיקולים

שעשויים להנחות כללים אלה: גודל האוכלוסייה בישוב, הרכבה, מספר המרפאות הפועלות בישוב ושיקולים תקציביים (סעיף 29ב(ב)(3) לחוק – מובא בסעיף 67 לעיל). אמנם הסמכות לקבוע כללים מנוסחת בלשון של סמכות רשות ולא של סמכות חובה. אולם אין בלשון החוק כדי להכריע בדבר אופיה של הסמכות. לאור נושא הסמכות (אספקת שירות חיוני), מרכזיותו של עקרון השוויון בתכלית החוק (כמשתקף בסעיף 1 לחוק), ומהות הסמכות (קביעת כללים, שחובה לקבעם ממילא מכח הלכות המשפט המינהלי לעיל, אף ללא הסמכה מפורשת לכך בחוק), ניתן להסיק כי אי-הפעלת הסמכות לקבוע כללים בדבר פריסת מרפאות היא "בלתי-סבירה באופן היורד לשורשו של עניין". (ראו: "זמיר, הסמכות המינהלית (הוצאת נבו, תשנ"ו), כרך א', בעמ' 227-225; בג"צ 3094/93 התנועה למען איכות השלטון בישראל ואח' נ' ממשלת ישראל ואח', פ"ד מז (5) 404, 421).

החובה לערוך בדיקת צרכים

89. נוסף על קביעת כללים לפריסת מרפאות, היה על המשיב לערוך, כתנאי מוקדם להפעלת סמכותו להחליט בדבר אישורן או אי-אישורן של מרפאות חדשות, בדיקה עובדתית בדבר התאמת הפריסה הקיימת של מרפאות לצרכים שקיימים בשטח.

90. רשות ציבורית חייבת להניח תשתית עובדתית ראויה, על יסוד איסוף נתונים, אשר תשמש בסיס להחלטותיה המינהליות, בדבר אופן הפעלת סמכותה לפי חוק (בג"צ 987/94 יורונט קווי זהב (1992) בע"מ נ' שרת התקשורת, פ"ד מח (5) 412, 423-425). "רשות מינהלית שמפעילה את שיקול הדעת שלה ללא בירור העובדות הנוגעות לעניין, ... אינה מפעילה שיקול דעת כנדרש בחוק. במקרה זה ניתן לומר על הרשות כי היא פועלת בשרירות." (י' זמיר, הסמכות המינהלית, כרך ב', עמ' 733-735).

91. תוצאה שיש בה משום העדפה של אוכלוסיה אחת על פני האחרת, "וזאת ללא בדיקת הצרכים של קבוצה זו ביחס לצורכי כלל האוכלוסייה", מבטאת "העדפה שלא על-פי אמות מידה שוויוניות למגזר אחד בלבד" – או בענייננו, הפליה לרעה של מגזר אחד. (בג"צ "עם חופשי" לעיל, פסקה 14).

92. ישנם אינדיקטורים מקובלים, בספרות, למדידת השוויוניות בשירותי בריאות. "אינדיקטורים לאיתור אי-שוויון הם אלה המודדים בנוסף למצב הבריאות, גם את פרישת השירותים, היקפם, זמינותם ומידת השימוש בהם – באזורים גיאוגרפיים ובקבוצות אוכלוסיה בעלות מאפיינים שונים (כגון קבוצות אוכלוסייה, מוצא, רמת הכנסה)". (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בריאות ומשאבי בריאות בישראל 1990-1995, בעמ' 37 – מצורף ומסומן נספח ע/43; וכן ראו: צ' אדר, "יעילות ושוויוניות במערכת הבריאות: נייר עמדה", מכון גרטנר לאפידמיולוגיה וחקר מדיניות הבריאות (אוגוסט 1993), עמ' 11-12 – מצורף ומסומן נספח ע/44). בדיקת הנגישות של שירותי רפואה, מבחינת פריסתם הגאוגרפית של השירותים ומבחינת דרכי הגישה אליהם, היא מרכזית לבדיקת מידת השוויוניות של מערכת בריאות. (צ'ריחובסקי ושירום, נספח ע/29, בעמ' 165; World Health Organization, Development of Indicators for Monitoring Progress towards Health for All by the Year 2000 (Geneva, 1980), par. 66-71 – מצורף ומסומן נספח ע/45) ארגון הבריאות העולמי אף המליץ על שיטה לאיסוף הנתונים הנדרשים, לקביעת מידת ההתאמה של אספקת שירותי בריאות לאמת המידה שנקבעה, על-ידי כל מדינה, לנגישות. (WHO, נספח ע/45, פסקאות 183 ואילך).

93. ככל שידוע לעותרים, אין בידי משרד הבריאות נתונים מקיפים בדבר מצב הנגישות אל מרפאות קהילתיות ביישובים הבלתי-מוכרים בנגב: באיזו מרפאה מקבלים תושבי כל ישוב שירותי בריאות ראשוניים ושניוניים, מהן דרכי הגישה למרפאה זו וכמה זמן לוקח להגיע אליה ממקום ישובם. מדו"ח מבקר המדינה עולה, כי משרד הבריאות, ככלל, אינו אוסף מידע בדבר סוגי השירותים הרפואיים הניתנים בקהילה ונגישותם (נספח ע/34, עמ' 81).

94. רק על סמך נתונים בדבר הנגישות של שירותי רפואה בישובים הלא-מוכרים, בצירוף נתונים בדבר צרכים (תחלואה ותמותה) ובדבר השימוש בשירותי הבריאות, ניתן לקבוע אם פריסת המרפאות בישובים אלה עונה על דרישות החוק, ואם קיים צורך בהוספת מרפאות נוספות, או בשינוי מיקומן של מרפאות קיימות.

שיקולים זרים

95. ההחלטה, שלא לאשר הקמת מרפאות קהילתיות של קופות חולים בישובי העותרים, הושפעה משיקולים שהם זרים לתפקידו ולסמכותו של המשיב. המשיב אחראי לדאוג לפריסת שירותי בריאות, לאור שיקולים של שוויון, צרכים רפואיים ויעילות. ואולם בטיפולו בנושא אספקת שירותי בריאות לאוכלוסיית תושבי הישובים הבלתי-מוכרים בנגב, הפכה מדיניות אספקת שירותי הבריאות כלי שרת לביצועה של מדיניות אחרת, הזרה למערכת הבריאות, והיא: ריכוז ערביי הנגב, החיים בישובים בלתי-מוכרים, במקומות היישוב שאותם מייעדת להם המדינה.

96. התנגדותו של משרד הבריאות להקמת מרפאות נוספות בישובי העותרים לא נבעה מהסברה, כי השירותים ניתנים בישובים אלה בזמן ובמרחק סבירים, או כי השירותים בישובים אלה שווים לאלה הניתנים לישובים הדומים להם בגודלם. מהרצף של החלטת הממשלה, מסמכים של מינהלת הבדואים, וסיכום הפגישה בין ראש מינהלת הבדואים לרופאת מחוז הדרום, בנושא הקמת מרפאות, עולה בבירור, כי ההחלטה בדבר הקמת מרפאות בישובים לא-מוכרים הוצאה מדלת אמות השיקולים שמשרד הבריאות אמור להחליט לפיהם על פי דין, והוכפפה לשיקול של ביצוע מדיניות הממשלה ומינהלת הבדואים בדבר יישוב הבדואים.

97. החלטת הממשלה, ומסמכי מינהלת הבדואים, הנותנים ביטוי למדיניות אספקת השירותים בישובים הלא-מוכרים בנגב, הובאו לעיל, בפסקאות 32-36.

98. את הביטוי הברור ביותר להשפעת מדיניות זו על ההחלטה בדבר הקמת מרפאות ניתן למצוא בסיכום הפגישה בין רופאת מחוז הדרום לבין ראש מינהלת הבדואים דאז, בדבר המרפאות שתאושר הקמתן בישובים הלא מוכרים (נספח ע/16). ויוזכר כאן: מינהלת הבדואים היא יחידה של מינהל מקרקעי ישראל, שאין לו דבר וחצי דבר עם ביצוע חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

99. כעקרון מנחה ראשון נקבע באותו סיכום (כל ההדגשות הוספו): "יש לתת עדיפות להקמת שירותים רפואיים **ביעדי איכלוס** של כל שבט (ישובי קבע קיימים או **ישובים עתידיים לפי הצעת המינהלת**).". עוד נקבע שם: "בסדר עדיפויות ראשון, יש להקים מרפאות בפזורה הבדואית **בהתאם להצעת המינהלה לפיתוח ישובים נוספים**". ובהמשך לכך מנויות שלוש המרפאות הנוספות שמומלץ להקים, "**בהתאם לתוכנית המינהלה**".

100. מתוך שלוש המרפאות שהומלץ על הקמתן, אחת – "מרפאת אל-עזאזמה" – היא באתר, שכלל אינו מקום יישוב של בדואים: "באזור צומת הנגב (בכביש בין צומת הנגב ובין משאבי שדה) באם יאושר השטח ע"י צה"ל"; והשניה היא באתר – "מרעית" – שכלל אינו קיים בפועל, אלא הוא

בגדר יישוב עתידי מתוכנן. על פי תכנית המינהלה, שאינה מוסכמת על התושבים, אתרים אלה יועדו להקמת יישובים גדולים, שבהם יתגוררו תושבים ערבים, שיתקבצו אליהן מכפריהם הנוכחיים, הבלתי-מוכרים. כשלב ראשון להקמת היישובים, תוכנן להקים באתרים אלה "מרכזי שירותים". (ראו החלטת ועדת השרים לתיאום מדיניות הממשלה במגזר הבדואי בדבר "הקמת מרכזי שירותים ביישובים חדשים בנגב", מיום 4.1.99, שקיבלה תוקף של החלטת ממשלה ביום 21.1.99 – מצורף ומסומן **נספח ע/46**).

101. ממסמכים אלה עולה בבירור, כי בהנחיית ועדת השרים לענייני הבדואים, ובביצוע מינהלת הבדואים, הותוותה מדיניות של אי-מתן שירותים לתושבי היישובים הלא-מוכרים ביישוביהם, אלא מתן שירותים בעיירות שאליהן הם "מיועדים" (לפי מדיניות הממשלה) לעבור. זאת, על מנת לחזק את "זיקתם" לעיירות אלו ולעודד את המעבר אליהן. לשם ביצוע המדיניות, נושא מתן השירותים הוצא משיקול הדעת המקצועי של המשרד האחראי על השירות - משרד הבריאות בעניינינו - והופקד בידי מינהלת הבדואים, יחידה של מינהל מקרקעי ישראל שאין לה כל סמכות או אחריות בתחום בריאות התושבים, כאשר השיקול המנחה אינו מתן השירות היכן שהוא נדרש, במקומות המגורים הממשיים של צרכני השירות, אלא היכן שהוא יקדם את מדיניות יישוב הבדואים.

102. אף הרשות לפיתוח הנגב, כשהכינה מסמך והצעה בנושא מתן שירותים רפואיים ליישובים הבלתי-מוכרים, בשהתפתות נציגי משרד הבריאות ומינהלת הבדואים, הכירה בהכפפת מדיניות מתן השירותים, לשיקולים בדבר מדיניות ההתיישבות:

"המדיניות הקיימת של הממשלה למגזר הבדואי בנגב קובעת רכוז הפזורות הבדואיות ביישובי קבע... מימוש מדיניות זו נתקל בקשיים, התהליך ימשך שנים רבות. מימוש המדיניות הנזכרת של הממשלה מלווה בנקיטת צעדים על ידי משרדי הממשלה השונים וכן באי מתן אישורים לביצוע פעולות, גם אם הן חיוביות, הנוגדות מדיניות זו." (נספח ע/32, בעמ' 8)

103. מדיניות יישוב הבדואים היא שיקול זר לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק מתייחס למקום מגורי המבוטח באופן נייטרלי, כנתון, ומחייב אספקת שירותים במרחק סביר **ממקום זה** (סעיף 3(ד) לחוק). כמו כן, חוק ביטוח בריאות מזכה כל "תושב" במדינה בשירותי בריאות (סעיף 3(א)), ואין הוא מתנה את הזכות במעמדו המוניציפלי של הישוב.

104. הוועדה הממלכתית לקידום שירותי הבריאות לאוכלוסיה הערבית בישראל, שהגישה את מסקנותיה אל סגן שר הבריאות ביום 13.10.93, הכירה באופן ברור באי-נגיעת מעמד היישוב לזכות התושבים לקבלת שירותי בריאות: "בנוגע לתושבי היישובים חסרי סטטוס מוניציפאלי העקרון המנחה הוא זכותה הבלתי-מעורערת של האוכלוסיה באשר היא לשירותי בריאות ראשוניים ולתשתיות בסיסיות הנחוצות למניעת מחלות ולקידום בריאות ללא כל קשר לסטטוס מוניציפלי." (עמ' 2-3, 9) ובהמלצותיה, קראה הוועדה לשר הבריאות לדאוג לשמירת זכויותיהם של תושבים בכפרים חסרי מעמד מוניציפלי. (עמ' 6 – קטעים מתוך דו"ח הוועדה מצורפים ומסומנים **נספח ע/47**). והרשות לפיתוח הנגב קבעה, במסמך לעיל: "על בסיס החוק [חוק ביטוח בריאות] תהיה לאוכלוסיה הבדואית הזכאות לדרוש שירותי בריאות שכרגע אינם מסופקים בחלקם או במלואם." (נספח ע/32, עמ' 12).

105. על השיקולים, שאמורים להנחות את המשיב בקביעת הפריסה של מרפאות, ניתן ללמוד מהוראות שונות בחוק ביטוח בריאות: מסעיף 1, שלפיו ביטוח בריאות ממלכתי "יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית"; מסעיף 3(ד), שלפיו שירותי בריאות יינתנו בישראל "לפי שיקול דעת רפואי, בתוך זמן סביר ובמרחק סיבר ממקום מגורי המבוטח, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13"; ומסעיף 3(ה), שלפיו "שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית".

106. בסעיף 29 לחוק, העוסק מפורשות בנושא של פריסת מרפאות, השיקולים שנמנים, כרלוונטיים לקביעת כללים בענין, הם גודל האוכלוסיה ביישוב והרכבה, מספר המרפאות הפועלות ביישוב, ושיקולים תקציביים. על שר הבריאות, הקובע כללים בדבר פריסת שירותי בריאות לפי סעיף זה, לקבל את הסכמת שר האוצר בלבד לכללים (סעיף 29ב(ב)); אין שר הבריאות זקוק להסכמת שר הפנים, שר הבינוי והשיכון, שר התשתיות הלאומיות או שר החקלאות ופיתוח הכפר, המופקדים על היבטים שונים של מדיניות ההתיישבות.

107. אין איפוא בסיס כלשהו בחוק ביטוח בריאות לשקול, במסגרת ההחלטה על פריסת מרפאות ועל הקמת מרפאות חדשות, את מדיניות הממשלה בדבר יישוב ערביי הנגב. בהתבססותה על שיקול זה, לוקה ההחלטה שלא לאשר הקמת מרפאות ביישובי העותרים בשיקול זה, ודינה להיפסל.

בג"צ 392/72 אמה ברגר נ' הוועדה המחוזית לתכנון ולבניה, פ"ד כז (2) 764; י' זמיר, הסמכות המינהלית, כרך ב' (הוצאת נבו, 1996) 745.

108. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בקובעו את קבוצת הזכאים לשירותי בריאות לפי חוק, קבע את כל תושבי המדינה בתור "קבוצת השוויון", שכלפיה קיימת חובה לנהוג בשוויון באספקת שירותי בריאות לפי החוק, ותושבי היישובים הבלתי-מוכרים כלולים בתוכה. הפרדתם מכלל האוכלוסיה, לצורך אספקת שירותי בריאות, מתבססת על שיקול זה, והיא מהווה איפוא הפליה פסולה.

בג"צ תיאטרון ארצי לנוער, לעיל, בעמ' 282-283. בג"צ "עם חופשי", לעיל, בפיסקה 10.

הזכות לשירותי בריאות

109. משמעות אי-קיום חובות המשיבים המפורטות לעיל היא פגיעה בזכות היסוד של העותרים, ושל תושבים נוספים שבמצב דומה, לשירותי בריאות. פגיעה זו משליכה על זכויות יסוד נוספות: לחיים, לשלמות הגוף ולכבוד.

110. הזכות לטיפול רפואי הוכרה כזכות אדם לכל דבר בשורה של מסמכי יסוד בינלאומיים שמדינת ישראל חתומה ואמונה עליהם.

111. סעיף 25(1) להכרזה האוניברסלית בדבר זכויות האדם, 1948 קובע: "כל אדם זכאי לרמת חיים נאותה לשם הבטחת בריאותם ורווחתם שלו ושל בני ביתו - לרבות ... טיפול רפואי, ..."

112. על מחוייבותה של מדינת ישראל להכרזה זו אמר בשעתו השופט חיים כהן בבג"צ 301/63 שטרייט נ' הרב הראשי לישראל, פ"ד יח 598, 612 :

"אילו זו היתה התוצאה מפירוש החוק, כי אז היתה בכך משום הפליה פסולה, העומדת בניגוד גמור להכרזת העצמאות של מדינת ישראל ולהצהרה האוניברסלית של האומות המאוחדות על זכויות האדם - ואם כי אין אלה מסמכים בני פועל תחיקתי המחייבים את בית המשפט, הרי יעמיד בית משפט זה את המחוקק הישראלי תמיד בחזקתו שאין הוא מתכוון לפגוע על ידי מעשי חקיקתו בעקרונות היסוד של שוויון חרות וצדק אשר הם נחלתן של כל המדינות המתקנות והנאורות."

113. סעיף 12 לאמנה הבינלאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות, שנחתמה על-ידי מדינת ישראל ביום 19.12.66 ואושרה על-ידי ביום 3.10.91, קובע:

1. "מדינות שהן צד באמנה זו מכירות בזכות כל להינות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה.

2. הצעדים שיינקטו בידי מדינות בעלות אמנה זו למען השג את מימושה המלא של הזכות האמורה יכללו אותם צעדים הנחוצים כדי להבטיח:

א. הפחתה בשיעור לידות-דומה ותמותת תינוקות, והתפתחותו הבריאה של הילד;

ב. שיפור בכל היבטי הגהות הסביבתית והתעשייתית;

ג. מניעה של מחלות מדבקות, אתרניות [endemic], תעסוקתיות ואחרות, טיפול במחלות אלה ופיקוח עליהן;

ד. יצירת תנאים נאותים אשר יבטיחו לכל שירותי בריאות וטיפול רפואי במקרה של מחלה."

114. האמנה אוסרת על המדינה להפלות בכל דרך, בין קבוצות אוכלוסיה שונות, במילוי חובותיה על פי האמנה (סעיף 2.2): "מדינות שהן צד באמנה זו מתחייבות לערוב לכך, כי השימוש בזכויות המובעות באמנה זו יהא ללא הפליה מכל סוג שהוא, כגון מטעמי צבע, מין, לשון, דעה מדינית או דעה אחרת, מוצא לאומי או חברתי, רכוש, יחוס, או כל מעמד אחר."

115. ביום 11.5.00 אישרה הוועדה לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות של האו"ם טיוטא של הערה מוסמכת על סעיף 12 לאמנה הנ"ל. העתק הטיוטא מצורף ומסומן **נספח ע/48**. ההערה מתייחסת בהרחבה לחשיבות **הנגישות הפיזית** לשירותי בריאות, כחלק מן הזכות לבריאות שהמדינה מחוייבת להבטיח, ללא הפליה. וכך מוגדרת הנגישות בהערה:

"*Accessibility* means that health facilities, services and goods must be within physical reach for all parts of the population, especially for vulnerable groups such as ethnic minorities and indigenous populations, women, children, adolescents, the elderly, persons with disabilities, ... Accessibility also implies

that medical services ... are within reasonable distance even in remote rural areas.” (p. 4)

ובהבהרת חובת המדינה על-פי האמנה, קובעת ההערה :

“States are under the obligation to *respect* the right to health by, *inter alia*, refraining from denying or limiting equal access for all persons, including minorities, ... to preventive and curative health services, abstaining from enforcing discriminatory practices as a state policy ...

Obligations to *protect* include, *inter alia*, the duties of States to adopt legislation or to take other measures ensuring equal access to health care and health-related services provided by third parties.” (p. 6)

116. כדוגמא למדד למילוי החובות לפי האמנה, בנוגע לנגישות, מציעה ההערה :

“the proportion of the population having access to trained personnel for the treatment of common diseases and injuries, with regular supply of at least 20 essential drugs, within one hour’s walk or travel.” (p. 10)

מדינת ישראל, הנמצאת בין המדינות המפותחות, לא היתה עומדת במדד זה לגבי ישובי העותרים, שבהם, ללא רכב פרטי, לא ניתן להגיע למרפאה הקרובה תוך שעה.

117. מדינת ישראל היא חברה בארגון הבריאות העולמי, אשר לפי חוקתו, מכיר בזכות לבריאות כזכות

אדם יסודית : “... the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being.”

118. מחסור במרפאות קהילתיות פוגע גם בילדים החיים בישובים הלא-מוכרים, ואולי אף בהם בראש ובראשונה, כפי שמעידים נתוני הבריאות המפורטים לעיל. אמנת האו"ם בדבר זכויות הילד, שחתומה על-ידי מדינת ישראל ושאושרה על-ידה בשנת 1991, מונה את הזכות לשירותי בריאות כאחת מזכויותיו של כל ילד, שעל המדינה לשקוד על מימושה, ללא הפליה.

119. סעיף 24 לאמנה קובע את הזכות לבריאות ולשירותי בריאות :

1. “המדינות החברות מכירות בזכותו של ילד ליהנות מבריאות ברמה הגבוהה ביותר הניתנת להשגה ולאמצעים לטיפול במחלות ושיקום הבריאות. המדינות החברות ישתדלו להבטיח כי משום ילד לא תישלל הגישה לשירותי טיפול ובריאות.

2. המדינות החברות יפעלו למימושה המלא של זכות כאמור, ובמיוחד ינקטו אמצעים על-מנת :

(א) להקטין תמותת תינוקות וילדים ;

(ב) להבטיח אספקת סיוע רפואי חיוני וטיפול בריאות לכל ילד תוך דגש על פיתוח טיפול רפואי ראשוני ;

(ג) להאבק במחלות ובתת-תזונה, לרבות במסגרת טיפול רפואי ראשוני ... ;

(ד) להבטיח שירותי בריאות נאותים לאמהות, לפני הלידה ואחריה ...”

120. וסעיף איסור ההפליה באמנה (סעיף 2) מבהיר, כי אל לילדים ליפול קרבן למדיניות שמפעילה

מדינה כלפי ציבור אליו הם משתייכים, במתן זכויות יסוד המובטחות להם לפי האמנה :

1. המדינות החברות יכבדו ויבטיחו את הזכויות המפורטות באמנה זו לכל ילד בתחום שיפוטן, ללא הפליה משום סוג שהוא, ללא קשר עם גזע, צבע, מין, שפה, דת, השקפה פוליטית או אחרת, מוצא לאומי, אתני או חברתי, רכוש, נכות, לידה או מעמד אחר, בין אם של הילד ובין אם של הוריו או אפוטרופסו החוקי.

2. המדינות החברות ינקטו בכל האמצעים המתאימים להבטיח כי הילד מוגן מפני כל צורה של הפליה או ענישה על יסוד מעמדם, פעילויותיהם ... של הורי הילד..."

121. עוד לפני חקיקת חוקי היסוד המעגנים זכויות אדם, הכיר בית המשפט בזכות לטיפול רפואי כאחת הזכויות הבסיסיות, שאין לשלול אף מבני אדם ששוהים במדינה שלא כדין (בג"צ 332/87 בן שלמה ואח' נ' שר הפנים, פ"ד מג (3) 353, 356).

122. עם חקיקת חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, התחזק מעמדה של הזכות לשירותי בריאות, בהיותה של זכות זו קשורה קשר הדוק לזכויות יסוד, המעוגנות בחוק היסוד האמור: הזכות להגנה על החיים, על הגוף ועל הכבוד (סעיף 4 לחוק היסוד).

ובהיקש מן הזכות לתנאי קיום מינימליים ולדיור כחלק מן הזכות לכבוד, ראו:
 בג"צ 161/94 אטרי נ' מדינת ישראל, תקדין-עליון 94 (1) 1283;
 ע"א 7038/93 סולומון נ' סולומון, פ"ד נא (2) 577, 580;
 רע"א 7700/95 נגולה נ' חזן, פ"ד נ (1) 338, 342.

123. אין צורך להפליג בתרחישים דמיוניים, כדי להסיק כי העדר נגישות של שירותי בריאות מהסוג הבסיסי ביותר משמעותו, בהכרח, דחיית הביקור אצל רופא, הזנחת מצבים הטעונים בדיקה וטיפול רפואיים, ובסופו של דבר פגיעה ברמת הבריאות ואף, במקרים מסוימים, נכות או מוות, שהיו ניתנים למניעה.

124. כאשר האוכלוסיה רואה, כי אותו שירות חיוני, הנמנע ממנה, ניתן בישובים יותר קטנים משלה, הרי שתחושת ההשפלה, ההפקרה ופחיתות הערך, שחשה האוכלוסיה המקופחת, היא בלתי-נמנעת. (על הקשר שבין בריאות וכבוד, מזווית אנתרופולוגית מאלפת, ראו:

Ana Luisa Ligouri, "Health, Human Rights and Dignity: Reflections from the Mexican Experience", 1 Health and Human Rights (Harvard School of Public Health, 1995) 298. – מצורף ומסומן **נספח ע/49** – ראו במיוחד עמ' 301).

סיכום

125. העותרים הם חלק מאוכלוסיה של למעלה מ-50,000 ערבים, החיים בנגב בכפרים בני מאות ואלפי תושבים, שאינם מוכרים על-ידי המדינה. מציאות זו קיימת מאז קום המדינה, ואין לצפות שתעלם בקרוב. עד היום הקימו קופות החולים ארבע מרפאות בלבד בישובים אלה, ובקשות חוזרות ונשנות לפתיחת מרפאות בישובי העותרים נדחו בסחבת וללא נימוקים. בדיקת האופן שבו נתקבלו ההחלטות במשרד הבריאות בנושא הקמת מרפאות בישובי הנגב הלא-מוכרים מעלה, כי מצד אחד, נמנע המשיב מלקבוע אמות מידה כלליות ושוויוניות לפריסת שירותי בריאות, ולערך בדיקת צרכים; ומצד שני, איפשר המשיב לרשויות, העוסקות במדיניות היישוב

של ערביי הנגב, להשתמש בפריסת שירותי בריאות כאמצעי נוסף ליישום מדיניות זו. בכך מעל המשיב בתפקידו לשקוד על מתן שירותי בריאות נגישים, בהתאם לחוק, לכלל התושבים, ללא קשר למעמד המוניציפלי של ישוביהם, בהתאם לצרכיהם ולפי אמות מידה שוויוניות.

על כן מתבקש בית המשפט הנכבד להוציא צו על תנאי כמבוקש, ולאחר קבלת תגובת המשיבים להופכו להחלטי. כן מתבקש בית המשפט הנכבד לחייב את משיב מס' 1 בהוצאות המשפט ובשכר טרחת עו"ד.

היום,

דנה אלכסנדר, עו"ד
ב"כ העותרים