

- העותרים:**
1. איברהים אבו מסאעד
 2. האגודה לזכויות האזרח בישראל
 3. אל-עונה - המועצה האזורית לכפרים הערבים הבדואים הבלתי מוכרים בנגב
 4. רופאים לזכויות אדם – ישראל

כולם ע"י ב"כ עוה"ד גיל גן-מור ו/או באנה שגרי-בדארנה ו/או דן יקיר ו/או דנה אלכסנדר ו/או אבנר פינצ'וק ו/או מיכל פינצ'וק ו/או עאוני בנא ו/או לילה מרגלית ו/או שרון אברהם-ויס ו/או לימור יהודה ו/או עודד פלר ו/או טלי ניר ו/או נסראת דקואר ו/או נסרין עליאן

מהאגודה לזכויות האזרח בישראל
רח' נחלת בנימין 75, תל-אביב 65154
טל': 03-5608185 ; פקס: 03-5608165

נגד

1. שר הבריאות
2. הוועדה המחוזית לתכנון ולבניה – מחוז הדרום
3. המועצה הארצית לתכנון ולבניה

כולם ע"י פרקליטות המדינה, משרד המשפטים
רחוב צלאח א-דין 29, ירושלים 97110
טל': 02-6466590 ; פקס: 02-6467011

4. שירותי בריאות כללית

רחוב ארלוזורוב 101, תל-אביב 62098
טל': 03-6923433 ; פקס: 03-6923603

5. מכבי שירותי בריאות

רח' המרד 27, תל אביב 68125
טל': 03-5143535 ; פקס: 03-5104338

6. קופת חולים לאומית

רח' שפרינצק 23, תל אביב 64738
טל': 03-6970303 ; פקס: 03-6917219

7. קופת חולים מאוחדת

רח' אבן גבירול 124, תל אביב 62038
טל': 03-5202323 ; פקס: 03-5242236

עתירה למתן צו על תנאי

מוגשת בזה עתירה למתן צו על תנאי, המופנה אל המשיבים 1-3, והמורה להם לבוא וליתן טעם מדוע לא תוקם מרפאה בכפר הבדואי הבלתי מוכר תל-אלמלח.

ואלה נימוקי העתירה:

מבוא:

עניינה של עתירה זו הוא הפרה בוטה של זכויותיהם הבסיסיות של תושבי הכפר הבדואי הבלתי מוכר תל אלמלח וסביבתו הקרובה, כתוצאה מהיעדר מרפאה בכפר. חרף פניות חוזרות ונשנות של העותרים, וחרף עמדתו המקצועית של משרד הבריאות עוד משנת 2001, כי יש להקים מרפאה בכפר תל-אלמלח, מרפאה כזו טרם הוקמה. המרפאה הקרובה ביותר נמצאת בכסייפה, מרחק 12-15 ק"מ מבתי הכפר. בהיעדר תחבורה ציבורית סדירה ותשתיות תחבורה בסיסיות, זמן ההגעה הממוצע מתל אלמלח למרפאה בכסייפה, ללא רכב פרטי, אורך כשעתיים וחצי לכל כיוון.

"בריאות איננה מצרך שניתן לנסוע ולקנות אותו. בריאות היא ערך לו זכאי כל בן אנוש", כותב בחוות דעתו, התומכת בדרישת התושבים, פרופ' יואל דונחין, ממחלקת הרדמה והיחידה לטיפול נמרץ, היחידה לבטיחות החולה, בית החולים הדסה עין כרם.

"קשה להאמין", כותב פרופ' דונחין, "כי בשנת 2007, במדינה המתפארת בשירותי בריאות מתקדמים והמקיימת מערכת של בריאות הציבור עם הישגים מרשימים במניעת מחלות ובהקטנת תמותת תינוקות, יתבקש רופא לכתוב הצהרה לבית המשפט כדי שתסייע להחלטת השופטים לקבוע כי תושבי המדינה זכאים להיות מטופלים על ידי רופא בסמוך למקום מגוריהם".

העתק חוות הדעת של פרופ' יואל דונחין מיום 13.12.07 מצורף ומסומן ע/1.

הסיבה המרכזית לכך שלא הוקמה מרפאה בכפר, ולו במבנה יביל ארעי, היא הימנעות המשיבים 1-3 מהסרת החסמים התכנוניים, המונעים הצבת מבנה קבע או מבנה יביל לשירותי בריאות בכפר. מחדל זה גורם לפגיעה חמורה בזכותם של התושבים בכפר תל-אלמלח והכפרים הנוספים בסביבתו הקרובה ליהנות משירותי בריאות נגישים ושוויוניים.

הרקע העובדתי

העותרים

1. העותר 1, אברהם אבו מסאעד, הינו תושב הכפר תל-אלמלח ויושב ראש ועד התושבים בכפר. הכפר תל אלמלח הוא כפר בלתי מוכר שתושביו ערבים בדואים. מרכז הכפר ממוקם כ-15 ק"מ מערבית ליישוב כסייפה, וכ-3 ק"מ צפון-מערבית לשדה התעופה נבטים. בכפר ובסביבתו הקרובה, שכוללת גם את תושבי הכפרים באט א-סראיעה וא-סרה, מתגוררים כ-1,200 תושבים.

2. העותרת 2 **האגודה לזכויות האזרח בישראל**, היא עמותה העוסקת בקידום זכויות האדם בישראל ובשטחים הכבושים. האגודה פועלת לקידום זכויותיה של האוכלוסייה הערבית וזכויותיהם של הערבים הבדואים בנגב, ובכללן הזכות לחיים, הזכות לשוויון והזכות לבריאות.
3. העותרת 3 **אל-עונה – המועצה האזורית לכפרים הערבים הבדואים הבלתי מוכרים בנגב**, היא ארגון וולונטרי, המאגד את הוועדים המקומיים בכפרים הבלתי מוכרים בנגב, והיא פועלת לקידום ההכרה בכפרים הבלתי מוכרים בנגב, ובקידום זכויותיהם של תושבי הכפרים, ובכלל זה זכויות התכנון, החינוך והבריאות.
4. העותרת 4, **רופאים לזכויות אדם**, היא עמותה שמטרתה להיאבק למען כבודו, שלמות גופו וזכותו לבריאות ולסעד רפואי של כל אדם בישראל ובשטחים הכבושים. העמותה מאגדת רופאים ואנשי רפואה המתנדבים באמצעות מתן טיפול רפואי ותמיכה בפעולות ציבוריות לקידום הזכות לבריאות באופן שוויוני ונגיש לכל.

המשיבים

5. המשיב 1, **שר הבריאות**, נושא באחריות הממלכתית להבטחת בריאות תושבי המדינה, באופן ישיר או באמצעות גופים רפואיים אחרים. בין היתר אחראי השר, על פי סעיף 29ב לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, לקבוע "כללים ותנאים להקמת תשתיות למתן שירותי בריאות".
6. המשיבה 2, **הוועדה המחוזית לתכנון ולבניה – מחוז הדרום**, היא הגורם האחראי על הוצאת היתרי בניה למבנים, הנמצאים בשטח גילי במחוז הדרום. הוועדה גם מוסמכת ליזום שינויים בתכנית המתאר המחוזית לדרום, בין היתר, כדי לאפשר אספקת שירותים חיוניים לתושבי הכפרים הבלתי מוכרים.
7. המשיבה 3, **המועצה הארצית לתכנון ולבניה**, אחראית על אישור תוכנית מתאר מחוזית או שינוי תוכנית מתאר מחוזית קיימת.
8. המשיבות 4-7, הן **קופות חולים** אשר הוכרו על ידי המשיב 1 לצורך אספקת שירותי בריאות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. קבלת העתירה תחייב אחת מקופות החולים להקים מרפאה בכפר תל-אלמלח, ועל כן צורפו משיבות אלו כמשיבות **פורמאליות** לעתירה.

רקע

9. הבדואים בנגב מהווים חלק בלתי נפרד מהמיעוט הערבי-פלסטיני בישראל, שהוא מיעוט לאומי אתני וגם מיעוט ילידי (או "מיעוט מולדת") במדינת ישראל. כמחצית מהאוכלוסייה הערבית הבדואית בנגב מתגוררת בקרוב ל-45 כפרים, שמדינת ישראל מסרבת להכיר ברובם ולהסדירם תכנונית ו/או מוניציפאלית (להלן: **הכפרים הבלתי מוכרים**).
10. המחלוקות בין המדינה והבדואים הן רבות שנים. המדינה טענה לא פעם, כי הכפרים הבדואים הבלתי מוכרים (אותם היא מכנה "הפזורה") הוקמו שלא כדין על קרקעות מדינה

ולכן אין להכיר בהם ולאפשר בהם בניה ושירותים, ויש לפנות את תושביהם למספר עיירות. עמדה זו בוקרה בצורה קשה על ידי הבדואים עצמם, וכן אנשי אקדמיה, ארגוני זכויות אדם בארץ ובעולם וועדות האו"ם העוסקות ביישום אמנות זכויות האדם עליהן חתומה מדינת ישראל. **רובם המכריע של כפרים אלה, לרבות הכפר תל אלמלח, היו קיימים עוד מלפני הקמת מדינת ישראל.** חלק מהכפרים הוקם מחדש בשנות החמישים, עת ביצעו זרועות המדינה העברת אוכלוסייה בדואית מטריטוריות, שהיו מסורתית בבעלותם ו/או בהחזקתם, אל שטח מצומצם יותר המכונה אזור הסייג. מדיניות הממשלה הוגדרה על-ידי הגופים הנ"ל כאפליה בוטה ופגיעה בזכויות בסיסיות, וכן כניסיון להשתמש בשלילת זכויות בסיסיות להפעלת לחץ לריכוז הבדואים בעיירות ועקירתם מאדמותיהם ההיסטוריות ללא פיצוי נאות וללא התחשבות בתרבותם ובאורח חייהם הקהילתי-חקלאי.

11. המחלוקות העקרוניות בין המדינה והבדואים אינן באות בגדרה של עתירה זו, אולם ראוי לציין, כי בשנים האחרונות החלה ביקורת זו לחלחל וחל שינוי מסוים בהתנגדות הנחרצת של הממשלה להכרה בכפרים הבלתי מוכרים. מאז שנת 1998 ועד היום 13 מהכפרים נמצאים בהליכי הכרה ו/או הסדרה תכנונית, בהתאם להחלטות ממשלה ו/או מוסדות תכנון, מרביתם כפרים שזכו להכרה מלאה או חלקית, בנוסף לשבע העיירות שהקימה המדינה. התכנון ברבים מהיישובים האלה עדיין אינו משקף את צרכי התושבים ורצונותיהם, ופיתוחם אינו מתקדם דיו. לכך יש להוסיף את הקמתה של ועדה ממשלתית להצעת מדיניות להסדרת ההתיישבות הבדואית בנגב בראשות השופט בדימוס אליעזר גולדברג, השוקדת בימים אלו על גיבוש מסקנותיה.

12. אי ההכרה של מדינת ישראל בכפרים הבלתי מוכרים גורם לפגיעה קשה ומתמשכת בזכויותיהם הבסיסיות ביותר של תושבי הכפרים, אשר סובלים ממחסור בתשתיות חיוניות, כמו מרפאות, בתי ספר, גנים, חיבור לחשמל ומים ולמערכת ביוב, וכן מקירבה למפעלים מזהמים. כמו כן חשופים התושבים לסכנה תמידית של הריסת בתיהם.

13. על ההיסטוריה של ההתיישבות הבדואית בנגב, הכפרים הבלתי מוכרים, ומצוקת הבדואים בכפרים הבלתי מוכרים כתוצאה ממדיניות אי ההכרה נכתבו דוחות ומחקרים רבים. ראו למשל:

שלמה סבירסקי, יעל חסון, **אזרחים שקופים - מדיניות הממשלה כלפי הבדואים בנגב**, מרכז אדוה, דוחות "מידע על שוויון", גיליון מס' 14 (ספטמבר 2005)

<http://www.adva.org/UserFiles/File/bedouimreport.pdf>

אריאל דלומי, אורלי אלמי, פייסל סוואלחה, **הערבים הבדואים בנגב**, דוח צללים מטעם פורום דו-קיום בנגב, רופאים לזכויות אדם, פורום הכרה והמועצה האיזורית לכפרים הבלתי מוכרים בנגב לוועדה, הפועלת על פי האמנה לביעור כל סוגי האפליה הגזעית (מאי 2006)

http://www.phr.org.il/phr/files/articlefile_1172396765638.pdf

סזאר יהודקין, **הכפרים הלא-מוכרים בנגב: הכרה ושוויון זכויות**, עמותת במקום – מתכננים למען זכויות תכנון, המרכז הערבי לתכנון אלטרנטיבי והמועצה האיזורית לכפרים הבלתי מוכרים בנגב (נובמבר 2007)

<http://www.bimkom.org/publicationView.asp?publicationId=116>

לוסי מאיר, לא על המפה, הפרת זכויות לקרקע ולדיור בכפרים בדואים בלתי מוכרים בישראל, ארגון Human Rights Watch (מרץ 2008)

<http://hrw.org/reports/2008/iopt0308/iopt0308hewebwcover.pdf>

באנה שגרי-בדארנה, זכויות האוכלוסייה הערבית בנגב, נייר עמדה מטעם האגודה לזכויות האזרח לוועדה הממשלתית להצעת מדיניות להסדרת ההתיישבות הבדואית בנגב, בראשות השופט בדימוס אליעזר גולדברג (יולי 2008)

<http://www.acri.org.il/pdf/goldberg.pdf>

International and Comparative Studies in Land and Property Claims: The Case of the Bedouin of the Negev in Israel, מסמך שהוגש לוועדת גולדברג מטעם הקליניקה למשפט זכויות האדם הבינלאומי בפקולטה למשפטים, אוניברסיטת הרווארד (מאי 2008).

העתק המסמך מצורף ומסומן ע/2.

הכפר תל אלמלח

14. הכפר תל-אלמלח, כמו כפרים אחרים, לא הוכר על ידי מדינת ישראל אף שתושביו מתגוררים במקום בצורה קבועה מתקופה, שקדמה להקמת מדינת ישראל. תכנית המתאר המחוזית שהוכנו הכוללות את שטח הכפר אינן משקפות את המציאות על הקרקע. התוכניות מגדירות את שטח הכפר כאזור שאינו מיועד למגורים (בחלקו, אזור נופש מטרופולינים, בחלקו האחר יער וייעור וכן אזור תעשייה ארצי מיוחד). בניגוד למשתקף מתוכניות המתאר, לא יער גדל במקום אלא ילדים ותינוקות.

מפה שמצביעה על מיקומו של הכפר מצורפת ומסומנת ע/3.

15. על שטח הכפר, והכפרים הסמוכים לו, לא חלה תכנית מתאר מקומית כלשהי ולכן לא ניתן להוציא היתרי בנייה להקמת מבני קבע בשטח. כפי שיפורט בהמשך, תוכנית המתאר המחוזית 14/4 (שינוי מסי 1/40) מתירה להציב מבנים יבילים ארעיים לאספקת שירותים חיוניים, ובכללם שירותי רפואה, בנקודות מסוימות (על כך בהרחבה בחלק המשפטי), אך אלו אינן כוללות את הכפר תל אלמלח, ו-30 כפרים בלתי מוכרים אחרים, שמתגוררת בהם אוכלוסייה המונה מעל 37,000 תושבים. לכן לא ניתן להקים, מבחינה תכנונית, מרפאה בתל אלמלח, אף לא במבנה יביל.

עמדתו המקצועית של משרד הבריאות היא כי יש להקים מרפאה בכפר תל אלמלח

16. חוות דעתו המקצועית של משרד הבריאות, שהוגשה לבית המשפט הנכבד במסגרת בג"ץ 4540/00, שעניינו הקמת מרפאות בכפרים הבלתי מוכרים, קבעה, שיש להקים מרפאה בכפר הבלתי מוכר תל-אלמלח. ד"ר אילנה בלמקר, רופאת מחוז דרום של משרד הבריאות, הבהירה אז לעותרים, כי הסיבה היחידה לאי הקמת המרפאה אינה מקצועית אלא תכנונית – היעדר תוכנית המאפשרת הצבת מבנה יביל בשטח הכפר.

העתק הודעה משלימה מטעם המשיבים בבג"ץ 4540/00 מיום 30.4.01 (בפרט סעיפים 10 ו-14) מצורף ומסומן ע/4.

משמעות של היעדר מרפאה בתל אלמלח לבריאות התושבים

17. בהיעדר מרפאה בכפר, המרפאה הקרובה ביותר לכפר תל אלמלח נמצאת בעיירה כסייפה, המרוחקת 12-15 ק"מ בממוצע מבתיהם של רוב התושבים בכפר ובסביבתו. חלקם הגדול של תושבי הכפר לא מחזיקים ברכב פרטי. גם תחבורה ציבורית אינה עוברת בכפר, והדרך המובילה אליו היא רעועה ומשובשת, ללא אספלט. לכן, ועל מנת להגיע למרפאה, תושביו החולים, נעדי הרכב, נאלצים לכתת רגליהם, לעיתים במזג אוויר קשה, אל כביש באר שבע-ערד, מרחק 4-6 ק"מ לערך מבתי הכפר, ומשם להגיע בתחבורה ציבורית לצומת כסייפה, ושוב ללכת רגלית אל המרפאה בעיירה כסייפה המרוחקת 2.5-2 ק"מ נוספים (קו מספר 52 נכנס לתוך העיירה כסייפה ויכול לחסוך את ההליכה, אך הוא נכנס לכפר פעמיים בלבד בכל שעות פעילות המרפאה). **זמן ההגעה הממוצע מתל אלמלח למרפאה בכסייפה, ללא רכב פרטי, אורך כשעתיים וחצי.** אין זה מפליא, כי חלק מהתושבים מוותרים ונמנעים מללכת לרופא ואינם מקבלים טיפולים חיוניים.

18. אין צורך להכביר מילים על משמעות הדבר לבריאותם של החולים. במקרים מסוימים היעדר נגישות למרפאה עלול להוביל לסיכון חיים מיידי, כפי שכותב פרופ' דונחין:

תושב הנאלץ לנסוע בדרכים לא דרכים אל מרפאה מרוחקת נפגע קשה בבריאות שלו והסכנה לחייו גוברת בשל הזיהוי המאוחר של מחלה או האחר במתן תרופות להורדת לחץ הדם ואי היכולת לשמור על רמת סוכר תקינה בהיעדר מעקב יומיומי. תינוק הסובל מחום גבוה או מהתקף אסטמה ולא מגיע לקבל את הטיפול המתאים בזמן ימצא בסכנת חיים (ע/1).

19. חולים כרוניים, שנזקקים לשירותי בריאות בתדירות גבוהה, וכן קשישים, נשים בהיריון וילדים נפגעים במיוחד ממצואות זו. ממצאי סקר של עמותת רופאים לזכויות אדם מצביעים על הפגיעה המיוחדת בנשים בהריון כתוצאה מהיעדר מרפאות ותחנות לאם ולילד נגישות בכפרים הבלתי מוכרים. לפי הסקר, ארבע מתוך חמש נשים בדואיות-ערביות מהכפרים הבלתי-מוכרים אינן יכולות להגיע לשירותי מרפאה או תחנה לאם ולילד כאשר הן זקוקות להם. ב-60% מן המקרים הבעיה העיקרית היא בעיית תחבורה. בעיות התחבורה מפחיתות בצורה ניכרת את המספר הממוצע של בדיקות לפני לידה שאותן מבצעות הנשים בזמן ההיריון (משישה-שבעה ביקורים לפחות מחמישה).

נורה גוטליב, **אנא הונא (אני כאן), נשים והזכות לבריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב**, רופאים לזכויות אדם (אפריל 2008)

http://www.phr.org.il/phr/files/articlefile_1215009698796.pdf

20. קל לראות את הקשר המיידי בין היעדרה של מרפאה נגישה במקום המגורים לסיכון הבריאותי שנובע מהיעדר מענה למחלות שמחייבות טיפול מיידי ומהיר (פציעה, כוויה, עלייה בחום הגוף או לחץ הדם, התקף אסטמה וכדומה) אולם יש לעמוד גם על המשמעות הקשה לבריאות התושבים מהיעדר מרפאה נגישה וזמינה, שלא רק במבט צר על אותם מקרי חירום רפואיים. יפים לעניין זה דבריו של פרופ' דונחין:

בריאות איננה תוצר של בית חולים . . . בריאות היא השגחה על הילדים מרגע לידתם על ידי מערכת המכירה אותם. בריאות היא מעקב שבועי אחר האישה ההרה כדי למנוע התפתחות מחלות מסכנות חיים. בריאות היא חינוך לאורח חיים בריא, מניעת עישון, מניעת השמנה, עיסוק בפעילות גופנית. בריאות היא שמירה על איכות המים, מתן חיסונים ומעקב אחר השפעתם. בריאות היא היכולת של כל אזרח להגיע בזמן אל הרופא והמרפאה כדי לקבל ייעוץ והכוונה לפני שסימני מחלה או זיהום אחר מתפתחים לכדי הצורך לאשפוז בבית חולים. ישוב המרוחק למעלה מ-10 קילומטר ממרפאה הוא ישוב ללא כל תמיכה בריאותית.

21. שירותי הבריאות האמבולטוריים לאוכלוסייה בישובים הלא-מוכרים בנגב נמצאים בפיגור, לעומת שאר האוכלוסייה במדינת ישראל. מחקרים שונים מצביעים על קשר ברור בין המחסור החמור בשירותי בריאות ראשוניים ושניוניים לאוכלוסייה הבדואית הערבית בנגב למצב הבריאות בקרב אוכלוסייה זו.

מדד מרכזי לבדיקת מצב בריאותה של אוכלוסייה נתונה הוא שיעור תמותת התינוקות בה. שיעור תמותת התינוקות הוא מדד השוואתי מקובל להערכת מצב בריאות אוכלוסייה וטיבם של שירותי הבריאות. פרופ' דונחין מציין בחוות דעתו כי בשנת 2004 היה שיעור תמותת תינוקות בקרב הבדואים גבוה פי ארבע מאשר השיעור בקרב יהודים ברחבי הארץ (15.8 לאלף לידות חי לעומת 4.7 לאלף בהתאמה) ופי שתיים משיעור תמותת תינוקות בקרב ערבים בצפון ובמרכז (8.9 לאלף). נתוני משרד הבריאות לשנת 2005 אינם שונים (15.5 לאלף לידות בקרב ערבים בדרום).

ר' נתונים לאומיים של תמותת תינוקות וילדים עד גיל 5 בישראל (לשנת 2005) http://www.health.gov.il/download/forms/a2913_ch_d_2005.pdf

22. גם שיעורי התחלואה מסרטן הם מדד חשוב לבריאות האוכלוסייה. אחת הדרכים לצמצום התחלואה מסרטן היא עידוד אורח חיים בריא וחשיפה מתמשכת של קהל המטופלים להשפעות העישון, תזונה לא נכונה, חשיפה ממושכת לשמש וכדומה. קיומה של מרפאה ביישוב ומפגש קבוע עם רופא משפחה הם נדבך חיוני בחשיפת המטופלים לגורמי הסיכון לסרטן ולאופן בו ניתן לאמץ אורח חיים בריא. שכיחות סרטן הריאה, למשל, בקרב ערבים, בכללם הבדואים, גבוהה פי עשרה משכיחותו בקרב יהודים, וסיכויי ההישרדות למשך 5 שנים לאחר האבחנה הוא 8%. את השכיחות הגבוהה ניתן לייחס, ככל הנראה, לשיעורי העישון הגבוהים בקרב האוכלוסייה הערבית.

ר' **מצב בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל 2004**, משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 133-134 (יולי 2005) (**דוח משרד הבריאות**). הדוח נמצא באתר האינטרנט של משרד הבריאות, <http://www.health.gov.il/download/icdc/BookArab.pdf>

ר' גם חוה פלטי, **בריאות הילד ועוני על-פי המדדים מעמד חברתי והשכלת ההורים**, בתוך: גיוני גל, עורך, **ילדים עניים בישראל – סקירה רב-תחומית**, ירושלים 1997, עמ' 97-114.

העתק המאמר מצורף ומסומן ע/5.

23. כך גם סוכרת. בעבר, שכיחות הסוכרת בקרב הבדואים הייתה נמוכה משמעותית, אולם כיום נראה שיש עלייה חדה בקרב החולים במחלה אצל הבדואים. העלייה מוסברת ע"י חוקרים

בשל המעבר ממזון מסורתי למזון מערבי עתיר פחמימות. אדם שאינו מטופל ע"י רופא, כי כלל אינו יודע שהוא סובל מהמחלה, יכול לסבול מכאבי ראש, נתינת שתן בלילה, התעלפויות, בחילות, הקאות וכיוב'. נגישות נמוכה למרפאות ולרופאים מעלה בצורה ברורה את משך הזמן בו אדם סובל ממחלה עד שהוא מתחיל לקבל טיפול, ופוגעת באיכות חייהם של אנשים חולים, הסובלים ממילא.

Yunis Abou-Rdiah, MD, Shimon Weizman, MD MPH, **Diabities among Bedouins in the Negev: The Transition from a Rare to a Highly Prevalent Condition**, IMAJ – Israel Medical Association Journal, Vol. 4, 687-689 (2002).

<http://www.ima.org.il/imaj/ar02sep-5.pdf>

24. דוגמא נוספת היא מחלת הברוצלוזיס, הנגרמת מאכילה של בשר הנגוע בחיידק הנושא אותו שם, וכן מאכילה של מזון מזוהם – חלב וגבינה לא מפוסטרים. מרבית התחלואה בבני אדם היא בקרב ערבים החיים בכפרים ובתוכם הבדואים. ברוצלוזיס פוגעת בכל מערכות הגוף, ותסמיניה אינם קלים לזיהוי. הם מופיעים בד"כ כשבועיים שלושה לאחר ההדבקה, וכוללים חום, הזעות, חוסר תיאבון וחולשה. בבדיקה גופנית תמצאנה פגיעות בכבד, בטחול ובקשריות הלימפה. בחולים שאינם מטופלים החום יכול להימשך שבועות וחודשים ארוכים. ברוצלוזיס היא מחלה קשה העלולה לגרום לסיבוכים בעצמות, במפרקים, במערכת הלב וכלי הדם, בריאות, במערכת העיכול ובדרכי המין והשתן. הדרך הטובה והחשובה ביותר למניעת המחלה היא על ידי פעילות הסברתית, ופעילות כזו צריכה להיעשות במרפאות ובקופות החולים. היעדר מרפאות מקשה מאוד על ההסברה ומגדיל את הסיכון לפגיעה בבריאות הבדואים.

סכראן, חזן, קורן, **ברוצלוזיס: סימנים קליניים, איבחון, סיבוכים וטיפול**, הרפואה 145, חוברת י"א (2006).

העתק המאמר מצורף ומסומן ע/6.

25. מחסור במרפאות הינו גורם ישיר לכך, שאחוז הילדים הבדואים המחוסנים הוא הנמוך ביותר בארץ מקרב כל מגזרי האוכלוסייה. נכון לשנת 2001, מספר הילדים הבדואים המחוסנים עד גיל שנתיים היה 87.1% בעוד שאחוז המחוסנים מקרב הילדים היהודים עד גיל שנתיים היה קרוב מאוד למאה אחוז, ובחלק מהמקומות עמד על 100%. ילד שאינו מחוסן הוא ילד שחשוף לפגיעות גבוהה יותר של מחלות קטלניות כגון דיפטריה (קרמת), טטנוס (צפדת), הפטיטיס A ו-B (צהבת), חצבת, פרטוסיס (שעלת), שיתוק ילדים, דלקת כבד נגיפית מסוג B ומרעין בישין אחרים. פרופ' דונחין מוסיף, כי השיעורים הנוכחיים של חיסונים הם תוצאה של הפעלת שתי ניידות חיסון בכפרים הבלתי מוכרים, ומצביע על הקשר בין הגברת הנגישות לשירותי רפואה במקום המגורים לבין העלייה במספר הילדים המקבלים חיסונים (ע/1).

ראו **דוח משרד הבריאות** לעיל, עמ' 65-66.

26. המחסור במרפאות חמור במיוחד על רקע תנאי התברואה הלקויים ביישובים הבדואים הבלתי-מוכרים, שאינם מחוברים לרשתות המים או החשמל, ושאינן בהם מערכת ביוב או

סילוק אשפה, שאף הם תורמים למצב הבריאות הירוד של התושבים. הקשר שבין תנאי מגורים ירודים לבין תחלואה כרונית ידוע ומתועד בספרות.

צ'רניחובסקי, שירוס, **שווינויות במערכת הבריאות בישראל**, המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל: הקצאת משאבים לשירותים חברתיים, 157, 169 (1996).

העתק המאמר מצורף ומסומן ע/7.

טביביאן-מזרחי, רובינשטיין, **מסמך רקע בנושא מצב ילדים הערבים בישראל** (חינוך, רווחה ובריאות), הוגש לח"כ עסאם מחויל, 2004.

<http://www.knesset.gov.il/mmm/data/docs/m00815.doc>

27. ממחקרים עולה כי הבדואים מרבים להשתמש בשירותי אשפוז ומיון, ופחות בשירותי רפואה ראשוניים ושניוניים (אמבולטוריים). חלק גדול מהאוכלוסייה הבדואית פונה ישירות לביה"ח "סורוקה" במקום למרפאות קהילתיות. פרופ' דונחין מציין בחוות דעתו, כי על פי מחקר שפורסם בשנת 1997 שיעור התינוקות הבדואים מתחת לגיל שנה הפונים לחדר מיון ואשפוז גבוה בצורה ניכרת מאשר השיעור בקרב תינוקות יהודים באותו גיל, 756 לכל 10,000 תינוקות לעומת 164 לכל 10,000 תינוקות (ע/1). ברור כי הנגישות הנמוכה למרפאות ראשוניות ושניוניות היא גורם מרכזי לכך.

שירותי הבריאות בתל אלמלח לעומת שירותי הבריאות בישובים כפריים אחרים

28. די בפגיעה המתוארת לעיל כדי לבסס את הפגיעה בזכויות העותרים, אולם למען השלמת התמונה ראוי להצביע גם על אי השוויון בין הכפרים הבלתי מוכרים לישובים כפריים אחרים בסדר גודל דומה בנגב. העדר מרפאה נגישה היא תופעה שאינה אופיינית אך לכפר תל אלמלח. רק ב-11 מתוך 45 הכפרים הבלתי מוכרים בנגב, שמספר תושביהם נע בין 500 ל-6000 תושבים, מופעלות היום מרפאות, ורק בשמונה כפרים יש תחנה לבריאות המשפחה ("טיפת חלב").

29. לעומתם, יישובים כפריים יהודים קטנים נהנים ממרפאות נגישות. כך למשל, במושב נבטים, שמספר תושביו נופל מ-700, פועלת מרפאה כפרית ארבעה ימים בשבוע. במושב שריגים (לי-און) מופעלת מרפאה שישה ימים בשבוע, למרות שמספר תושביו כ-1,100 והמושב מרוחק כ-14 ק"מ של כביש סלול ממרכז בית שמש. ככל הידוע לעותרים לא נמצא במחוז הדרום ולו ישוב יהודי אחד בן 500 תושבים ומעלה שלא נהנה ממרפאה נגישה.

התכתבויות ומיצוי הליכים:

30. כאמור, עמדתו המקצועית של משרד הבריאות הינה שיש להקים בכפר תל אלמלח מרפאה. עמדה זו נמסרה לבית משפט זה עוד בשנת 2001 בהודעות מטעם המשיבים במסגרת בג"ץ 4540/00 **אבו עפאש נ' שר הבריאות**. עתירה זו דנה באפליה נגד הבדואים בכפרים הבלתי מוכרים בנוגע לפריסת מרפאות (ע/4).

31. ביום 10.6.02 פנה לראשונה העותר 1 בשם הוועד המקומי למר שמואל לפיד, מנהל מחוז דרום בשירותי בריאות כללית, וביקש את התערבותו להקמת מרפאה בכפר, בהתאם לקריטריונים המקובלים בקופה. רובם של תושבי תל אלמלח חברים בקופ"ח כללית.

העתק המכתב מיום 10.6.02 מצורף ומסומן ע/8.

32. ביום 29.6.03 שוחח העותר 1 עם ד"ר אילנה בלמקר, רופאת מחוז דרום במשרד הבריאות. בהתאם לבקשתה, פנה אליה העותר בכתב ביום 8.7.03 בבקשה להפעלת שירותי בריאות בכפר, גם אם ע"י מרפאה ניידת. לבקשת ד"ר בלמקר, צרף העותר מפה המתארת הצעה למיקום המרפאה.

העתק המכתב מיום 8.7.03 והמפה מצורפים ומסומנים ע/9 ו-ע/10 בהתאמה.

33. ביום 30.8.03 ולאחר שלא התקבל מענה, פנתה גב' אורלי אלמי מארגון רופאים לזכויות אדם לד"ר בלמקר פעם נוספת. גב' אלמי ציינה את עמדתו המקצועית של משרד הבריאות במסגרת בג"ץ 4540/00, לפיה יש להקים מרפאה בתל אלמלח. משלא נענתה גם פנייה זו על ידי אף גורם ממשרד הבריאות, נשלחו שתי תזכורות - ביום 20.12.04 וביום 4.4.05.

העתק המכתב מיום 30.8.03 מצורף ומסומן ע/11.

העתקי התזכורות מצורפים ומסומנים ע/12 ו-ע/13 בהתאמה.

34. רק לאחר למעלה משנה וחצי, ביום 6.4.05, התקבלה תשובתה של ד"ר בלמקר. ד"ר בלמקר ציינה, כי בעקבות שינוי מס' 40 בתמ"מ 14/4 מיום 13.1.04, ניתן לקבל היתרי בנייה להקמת מרפאה רק אם היא נמצאת בנקודת ציון המפורטת בהחלטת המועצה הארצית. הכוונה, כפי שמוסבר בהרחבה בחלק המשפטי לעתירה, היא לתיקון לתוכנית המתאר שאיפשר הצבת מבנים יבילים במספר כפרים בלתי מוכרים לצורך שירותים חיוניים כמו חינוך ובריאות. לדבריה, בהעדר אפשרות סטטוטורית לקבלת היתר בנייה, לא ניתן לפעול להקמת המרפאה.

העתק מכתבה של ד"ר בלמקר מיום 6.4.05 מצורף ומסומן ע/14.

35. ביום 19.7.06, בעקבות תשובתה של ד"ר בלמקר, פנתה אליה עו"ד באנה שגרי-בדארנה מהאגודה לזכויות האזרח וחזרה על הדרישה להקים מרפאה בכפר תל-אלמלח. בפנייה ציינה שאין בכוחו של השיקול התכנוני לבדו למנוע הקמת מרפאה, מקום שנקבע כי קיים צורך מקצועי בכך. במכתבה הדגישה עו"ד שגרי-בדארנה את קביעת בית המשפט העליון בבג"ץ 4540/00 ולפיה "הקמת מרפאות ביישובי הבדואים היא צורך חיוני שעל המדינה לספק". עוד הוסיפה, כי הקמת מרפאה בכפר תל אלמלח במבנה יביל לא תשפיע על הסדרה עתידית של הכפר, אלא על בריאותם של תושביו בלבד. כן צוין במכתב, שלמשרד הבריאות הסמכות והחובה לפעול למימוש הזכות לשירותי בריאות שוויוניים ונגישים לכל תושבי ישראל, וכי לצורך מימוש חובה זו, על המשרד לפעול בשיתוף הגורמים הרלוונטיים להסרת מכשולים תכנוניים ואחרים. ביום 29.8.06 נשלחה תזכורת לד"ר בלמקר לאחר שהמכתב מיום 19.7.06 לא נענה.

העתק המכתב מיום 19.7.06 מצורף ומסומן ע/15.

העתק מכתב התזכורת מצורף ומסומן ע/16.

36. במקביל, ביום 19.7.06, פנתה עו"ד שגרי-בדארנה למר דודו כהן, הממונה על מחוז דרום במשרד הפנים ויו"ר הועדה המחוזית לתכנון ולבניה במחוז דרום. בפנייתה ציינה את עמדתו המקצועית של משרד הבריאות, הגורסת שיש להקים מרפאה בכפר תל-אלמלח, והימנעות המשרד מאישור המרפאה בשל חסמים תכנוניים ובראשם שינוי מס' 40 לתמ"מ 14/4. מר כהן התבקש "למצוא את הדרך התכנונית, שתאפשר למשרד הבריאות להקים מרפאה בכפר הבלתי מוכר תל-אלמלח".

העתק המכתב מיום 19.7.06 מצורף ומסומן ע/17.

העתק מכתב התזכורת מצורף ומסומן ע/18.

37. ביום 17.9.06 התקבלה תשובתו של מר דודו כהן, לפיה זכותם של תושבי הכפר תל אלמלח לבריאות ממומשת, שכן 12 ק"מ בלבד מפרידים בינם לבין המרפאה בכסיפה. עוד הוסיף מר כהן, כי במסגרת שינוי מס' 40 לתמ"מ 14/4 מתאפשרת הקמת מבנים יבילים ארעיים לצורך שימושים חיוניים בתקופת הביניים, אולם זאת באתרים אשר צוינו בנספח א' לשינוי מס' 40. הכפר תל אלמלח אינו נמצא בנספח זה.

העתק מכתבו של מר דודו כהן מיום 11.9.06 מצורף ומסומן ע/19.

38. ביום 8.3.07, בהיעדר מענה מד"ר בלמקר, ובעקבות תשובתו של מר כהן, פנתה עו"ד שגרי-בדארנה לפרופ' אבי ישראלי, מנכ"ל משרד הבריאות. בפנייתה הדגישה שמשמעותה המעשית של תשובת מר כהן היא שלמעלה מ-37,000 אזרחי ישראל הערבים, תושבי 30 הכפרים שאינם נכללים בתמ"מ 40/14/4, ימשיכו לסבול מהיעדר נגישות לשירותי בריאות זמינים ושווינוניים, תוך הפלייתם לרעה ביחס ליתר אזרחי ישראל ובמיוחד ביחס לתושבי היישובים הכפריים היהודים בסביבה. עוד הוסיפה, כי חוקי התכנון והבנייה אמורים לספק את הכלים התכנוניים, שיאפשרו למשרד הבריאות לממש את חובתו לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי; קרי את החובה לספק שירותי בריאות שוויוניים, נגישים ומותאמים לכל תושבי ישראל, ובכלל זה בכפר תל-אלמלח, שמדינת ישראל ממאנת להכיר בו ולהסדירו תכנונית. פרופ' ישראלי התבקש לנקוט כל פעולה, שתוביל לשינוי המצב התכנוני ו/או המשפטי, שמתפרש היום כחסם בפני קבלת היתרים להצבת מבנים יבילים לשירותי בריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב, על מנת לאפשר את הקמת המרפאה בתל-אלמלח.

העתק המכתב מיום 8.3.07 מצורף ומסומן ע/20.

39. ביום 1.4.07 התקבלה תשובתו של עו"ד נתן סמוך מהלשכה המשפטית של משרד הבריאות, לפיה יש להפנות את הטענות בדבר היעדר מרפאה לגורמי התכנון. נכתב, כי משרד הבריאות אינו סוברני להחליט על מיקומן של מרפאות, וכי עמדת גורמי התכנון מהווה, בפועל, חסם להקמת מרפאה, וכי העניין כולו אינו בסמכות משרד הבריאות.

העתק תשובתו של עו"ד נתן סמוך מיום 25.3.07 מצורף ומסומן ע/21.

40. ביום 7.6.07 פורסם דבר הפקדתה של תכנית המתאר המחוזית החלקית למטרופולין באר-שבע (תמ"מ 23/14/4; להלן התכנית המטרופולינית). ביום 1.8.07 פנתה עו"ד שגרי-בדארנה לשר הבריאות. בפנייתה פירטה את המצב התכנוני, שמוביל לפגיעה הקשה בזכותם של תושבי

הכפרים הבלתי מוכרים לשירותי בריאות נגישים ושוויוניים. בפנייתה ציינה את סעיף 100(4) לחוק התכנון והבניה, הקובע שכל משרד ממשרדי הממשלה זכאי להגיש התנגדות לתכנית מתאר. בפנייתה ביקשה, שיגיש התנגדות לתכנית המטרופולינית, וידרוש בהתנגדותו להוסיף להוראות התכנית סעיף, המאפשר הצבה של מבנים יבילים להקמת מבני ציבור, ובראשם מרפאות ומוסדות חינוך, בכל ישוב מעל 500 תושבים.

העתק המכתב מיום 1.8.07 מצורף ומסומן ע/22.

41. ביום 16.9.07 פנתה עו"ד שגרי-בדארנה שנית לשר הבריאות וביקשה שימהר ויפעל להגשת התנגדות לתכנית המטרופולינית, אך מועד ההתנגדויות חלף ושר הבריאות לא טרח להגיש התנגדות או להשיב לפנייה.

העתק המכתב מיום 16.9.07 מצורף ומסומן ע/23.

42. הנה כי כן, בהיעדר נכונות של המשיבים לפעול להכרה בכפרים הבלתי מוכרים, או להסרת חסמים כלליים להקמת מרפאות, ולו במבנים יבילים בכפרים, ובהיעדר נכונות לתת פתרון נקודתי לכפר תל אלמלח, ולאחר שנים של פניות חוזרות ונשנות, אין מנוס מבקשת סעד מבית משפט נכבד זה.

הטיעון המשפטי

בקליפת אגוז

43. היעדר מרפאה של אחת מקופות החולים, שיכולה לספק שירותי רפואה ראשוניים בכפר תל-אלמלח, עבור תושבי הכפר וסביבתו, מהווה פגיעה קשה בזכות התושבים לחיים, לשלמות הגוף, לבריאות, לשוויון ולכבוד אנושי, ושוללת מהם שירותי בריאות נגישים ושוויוניים, כמתחייב מחוק ביטוח בריאות ממלכתי. הצורך המקצועי בהקמת המרפאה ברור ומקובל גם על משרד הבריאות. כנגד הפגיעה בזכויות חוקתיות אלו, קשה לראות מהי התכלית, שבבסיס ההימנעות המכוונת של המשיבים מנקיטת כל פעולה להסרת החסמים התכנוניים שיאפשרו הקמת המרפאה, ולו במבנה יביל וארעי.

פגיעה בזכות לחיים ולשלמות הגוף

44. בהיעדר מרפאה נגישה בכפר קיימת סכנה לחייהם של התושבים ולגופם. אין הכוונה רק לסיכון החיים שהוא תוצר של הזנחה מתמשכת של בריאות תושבי הכפר אלא גם לסכנת חיים ממשית ומיידית. כפי שעולה מחוות דעתו של פרופ' דונחין, במצבים שונים היעדר מרפאה נגישה וקרובה לאזור המגורים עלול להוביל לסיכון חיים ממשי, כמו תינוק שחום גופו מתחיל לעלות וצריך לטלטלו מעל שעתיים בחום המדבר עד למרפאה הקרובה.

45. הזכות לחיים והזכות לשלמות הגוף הן זכויות חוקתיות, המעוגנות בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. סעיף 2 לחוק קובע כי "אין פוגעים בחייו, בגופו או בכבודו של אדם באשר הוא אדם". הזכות לחיים היא בין הזכויות הבסיסיות ביותר. אין היא מטילה על המדינה חובה שלילית בלבד – להימנע מפגיעה בחיים – אלא חובה חיובית, להגן על החיים:

חוק היסוד אינו מסתפק באיסור על פגיעה בהן [בזכויות – גי' (ראה סעיף 2 לחוק), אלא קובע גם את הזכות ל"הגנה" עליהן (ראה סעיף 4 לחוק). לכאורה, השימוש בלשון 'הגנה' טומן בחובו משמעות אופרטיבית אקטיבית, שהיא מעבר להכרה גרידא בקיומן ובמעמדן של זכויות היסוד... מכאן, ייתכן שבמקום שבו זכויות יסוד לחיים ולשלמות הגוף עלולות להיפגע, ובהיעדר דבר חקיקה מיוחדת הקובע תרופה בגין פגיעה זו קמה עילת תביעה חוקתית למנוע את הפגיעה (ע"א 9185/93 טננבוים נ' הוצאת עיתון "הארץ", פ"ד נח (1) 365, 359 (2003)).

ראו גם בג"ץ 2753/03 קירש נ' ראש המטה הכללי, פ"ד נז(6) 381, 359 (2003); בג"ץ 1730/96 סביח נ' מפקד כוחות צה"ל באזור יהודה ושומרון, פ"ד נ(1) 368, 353 (1996).

פגיעה בזכות לבריאות ולטיפול רפואי :

46. היעדר המרפאה בכפר תל אלמלח פוגעת בבריאות התושבים, ועל כן נפגעת זכותם לבריאות.

האמרה הפופולרית "העיקר הבריאות" מסמנת את המקום המרכזי שיש לבריאות בחייהם של בני-אדם. נדמה שבריאות היא אחד הנכסים החשובים ביותר לבני אדם ומאלה שלשמירה עליהם יש חשיבות עליונה. תפיסת זכויות אדם שנועדה להגן על הדברים החשובים ביותר לקיומו של אדם בעולם, על האפשרות שלו לחיות את חייו בכבוד ובשוויון, חופשי מהשפלה, תוך שהוא יכול לעשות את הבחירות המשמעותיות בחייו, תיתן מקום מרכזי לבריאות: הבריאות חיונית כדי לאפשר לאדם לתפקד בעולם, להיות חופשי מכאב וסבל, להגשים את עצמו ואף לחיות. טול מבן-אדם את חופש הביטוי, את חופש הדת, אולי אפילו את החינוך - ועדיין תוכל להחזיר לו אותם. . לעומת זאת, הפגיעה בבריאות הינה תכופות בלתי-הפיכה, וכל מכשול בפני מימוש הזכות פוגע בגופו של האדם ואף עלול להוביל לסוף חייו" (אייל גרוס, **בריאות בישראל בין זכות למצרך**, בתוך זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות בישראל, (יורם רבין ויובל שני עורכים) 437, 438 (רמות, 2004)).

הזכות לבריאות כזכות חוקתית

47. 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"ץ 332/87 בן שלמה ואח' נ' שר הפנים, פ"ד מג (3) 353, 356 (1989).

48. חקיקת חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו חזקה את מעמדה של הזכות לבריאות, בהיותה קשורה קשר הדוק לזכויות המעוגנות בחוק היסוד כמו הזכות להגנה על החיים, על הגוף ועל הכבוד. כמו הזכות לכבוד ולשלמות הגוף, גם הזכות לבריאות היא "בלבית ההגנה על זכויות האדם בישראל".

ר', למשל, בג"ץ 2887/04 מדיגם נ' מינהל מקרקעי ישראל (מיום 15.4.07).

49. היבטים מסוימים של הזכות לבריאות הוכרו בפסיקה כראויים להגנתו של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. נפסק כי אדם שאין לו גישה לטיפול רפואי אלמנטרי, כבודו כאדם נפגע. כמו כן נפסק כי שירותי בריאות בסיסיים נכללים בגדר הזכות לשלמות הגוף, הקבועה בסעיף 4 לחוק היסוד.

רע"א 4905/98 גמזו נ' ישעיהו, פ"ד נה(3) 360, פס' 20 (2001); בג"ץ 494/03 רופאים לזכויות אדם נ' שר האוצר, פ"ד נט(3) 322, פס' 16 (2004); בג"ץ 3071/05 לוזון נ' ממשלת ישראל (מיום 28.7.08).

הזכות לבריאות בחקיקת הכנסת

50. הזכות לבריאות מעוגנת אף בסעיף 3 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. סעיף 3 לחוק קובע כי **"כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה"**. הזכות מעוגנת גם בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, הקובע בסעיף 3(א) לחוק ש**"כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לכל דין ובהתאם לסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל"**. את הזכות עיגנו בישראל באמצעות ביטוח בריאות ממלכתי, אשר מושתת, כלשון החוק, על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. על פי סעיף 6 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שירותי הבריאות שחלה חובה לספקם כוללים גם טיפול הניתן במרפאות של קופות החולים כגון: רפואה מונעת אישית, חינוך לבריאות, אבחון ראשוני, טיפול רפואי אמבולטורי, הספקת תרופות, עזרה רפואית ראשונה. הטיפול הרפואי שחובה לספק על פי שני החוקים הוא טיפול **נאות** ואין להסתפק בטיפול בסיסי או מינימאלי.

בג"ץ 3071/05 לוזון נ' ממשלת ישראל (מיום 28.7.08), בפיסקה 16.

51. סעיף 3 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי **"שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח"**. חוק זכויות החולה מוסיף כי **"מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש"**. כמו כן, אוסר החוק על הפליה במתן שירותי בריאות **"מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטייה מינית או מטעם אחר כיוצא באלה"**.

הזכות לבריאות במשפט הבינלאומי

52. הזכות לבריאות מעוגנת גם במשפט הבינלאומי ובאמנות בינלאומיות שישראל צד להן. הזכות לבריאות מפורשת במשפט הבינלאומי כזכות רחבה, העוסקת בשיפור התנאים הסביבתיים במקביל להבטחת טיפול רפואי לכל.

53. סעיף 25(1) להכרזה האוניברסאלית בדבר זכויות האדם, 1948 קובע: **"כל אדם זכאי לרמת חיים נאותה לשם הבטחת בריאותם ורווחתם שלו ושל בני ביתו - לרבות ... טיפול רפואי, ..."**. סעיף 12(1) לאמנה הבינלאומית בדבר זכויות כלכליות חברתיות ותרבותיות, 1966, שישראל צד לה, קובע שלכל אדם זכות ליהנות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר הניתנת להשגה. האמנה מונה ארבע חובות ספציפיות ביישום הזכות לבריאות: יצירת תנאים נאותים אשר יבטיחו לכל שירותי בריאות וטיפול רפואי במקרה של מחלה, מניעה וטיפול במחלות מידבקות, הבטחת סביבה היגיינית והבטחת התפתחותם הבריאותית התקינה של ילדים וצמצום שיעורי המוות של תינוקות.

54. הוועדה לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות, ועדת מומחים האמונה על פרשנותה הרשמית של האמנה, יצקה תוכן לזכות לבריאות בהערה כללית מס' 14 לאמנה. צוין כי האמנה מטילה על המדינה חובה להבטיח מערכת בריאות, שתספק הזדמנות שווה לכל אזרח ליהנות מהרמה הגבוהה ביותר של בריאות. על מערכת הבריאות להיות נגישה לכולם, לרבות נגישות פיזית, ובמיוחד לקבוצות פגיעות כמו מיעוטים אתניים ומיעוטים ילידיים:

Functioning public health and health-care facilities, goods and services, as well as programmes, have to be available in sufficient quantity within the State party... Health facilities, goods and services have to be accessible to everyone without discrimination, within the jurisdiction of the State party.... Physical accessibility: health facilities, goods and services must be within safe physical reach for all sections of the population, especially vulnerable or marginalized groups, such as ethnic minorities and indigenous populations (p.12a-b).

General Comment No.14, 'The Right to The Highest Attainable Standard of Health' Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (2000), [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument)

55. הוועדה הוסיפה ופירשה את הזכות לבריאות ככוללת נגישות לטיפול מניעתי, טיפולי ושיקומי וחינוך לבריאות; לטיפול במחלות ומוגבלויות נפוצות, ככל הניתן בקהילה, ואספקה של תרופות:

17. "The creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness" (art. 12.2 (d)), both physical and mental, includes the provision of equal and timely access to basic preventive, curative, rehabilitative health services and health education; regular screening programmes; appropriate treatment of prevalent diseases, illnesses, injuries and disabilities, preferably at community level; the provision of essential drugs; and appropriate mental health treatment and care.

56. כפי שעולה מהעובדות המתוארות בעתירה זו, הזכות לבריאות של התושבים נפגעת כתוצאה מהיעדרה של מרפאה נגישה בכפר, אשר המשמעות שלה, מעבר למניעת טיפול, הינה הזנחה של בריאות התושבים. התושבים זכאים, אך אינם מקבלים שירותי בריאות נגישים, ואין להם מרפאה שיכולה לעקוב מקרוב אחר בריאות התושבים, התפתחותם התקינה, בריאות סביבתם, אספקת תרופות וחיסונים, מתן ייעוץ שוטף וחינוך לחיים בריאים.

פגיעה בזכות לבריאות של ילדי הכפר

57. בחוות דעתו מייחס פרופ' דונחין חשיבות רבה לפגיעה בתינוקות ובילדים בכפר תל אלמלח כתוצאה מהיעדר מרפאה. על פי חוות דעתו קיומה של מרפאה נגישה וזמינה הוא מרכיב חיוני בשמירה על בריאותם של התינוקות והילדים. "בריאות היא השגחה על הילדים מרגע לידתם על ידי מערכת המכירה אותם". "אי הקמתה של מרפאה או לחילופין ביקור מסודר יומי של רופא ואחות גורמים לסיכון ממשי לחייהם של תושבי המקום ובמיוחד לגבי התינוקות והילדים הקטנים ביניהם שלא בחרו איפה לגור".

58. היעדר מרפאה נגישה אינה עולה בקנה אחד עם הזכויות המובטחות לכל ילד במשפט הבינלאומי. אמנת האו"ם בדבר זכויות הילד, שישראל צד לה, מונה את הזכות לשירותי בריאות כאחת מזכויותיו של כל ילד, שעל המדינה לשקוד על מימושה, ללא הפליה. סעיף 24 לאמנה קובע את הזכות לבריאות ולשירותי בריאות:

א. 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.

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

1. להקטין תמותת תינוקות וילדים;
2. להבטיח אספקת סיוע רפואי חיוני וטיפול בריאותי לכל ילד תוך דגש על פיתוח טיפול רפואי ראשוני;
3. להיאבק במחלות ובתת-תזונה, לרבות במסגרת טיפול רפואי ראשוני, בין היתר, באמצעות יישום טכנולוגיה זמינה והספקת מזון מתאים ומזין ומי שתייה נקיים, תוך התחשבות בסכנות ובסיכונים הכרוכים בזיהום סביבתי;
4. להבטיח שירותי בריאות נאותים לאמהות, לפני הלידה ואחריה;
5. להבטיח כי כל מגזרי החברה, במיוחד הורים וילדים, זוכים למידע, לחינוך ולסיוע ביישום מידע בסיסי על בריאות הילד והזנתו, היתרונות שבהנקה, בהיגיינה וסניטציה סביבתית, ובמניעת תאונות;
6. לפתח שירותי רפואה מונעת, הדרכה להורים וכן חינוך לתכנון המשפחה ושירותים לתכנון זה.

פגיעה בזכות לבריאות ולשוויון של נשות הכפר

59. מרפאה נגישה בכפר הינה בעלת חשיבות מיוחדת עבור הנשים בכפר. חוקרים שחקרו את החברה הבדואית מצאו כי המעבר לאורח חיים "מודרני" הביא, בין היתר, גם לפגיעה במעמדן של הנשים, המתבטא, בין השאר, בהגבלת ניידותן ובתחושת משבר זהות וחוסר הערכה עצמית, התמעטות בקשריהן עם העולם החיצוני, ותלות בבן הזוג. במציאות זו, הצורך לצאת מהכפר למרפאה, במסע תלאות, מגביל בצורה משמעותית את נגישות שירותי הבריאות עבורן ומפלה אותן לרעה. הדבר בא לידי ביטוי בצורה מובהקת בממצאי הסקר שערכה לאחרונה עמותת רופאים לזכויות אדם (ושצוין בחלק העובדתי לעתירה זו), שמראה שכ-80 אחוז מהנשים הבדואיות בכפרים הבלתי מוכרים לא מקבלות טיפול רפואי בשל המרחק של המרפאות, והתחבורה הציבורית החסרה.

ראו גם מירי מונק, העצמת נשים בדואיות בנגב, פרסום מטעם המוסד לביטוח לאומי (2005), ע' 3-5:

http://www.btl.gov.il/NR/rdonlyres/53F05185-6EBB-4683-BE30-F8E192D659C5/0/mifal_97.pdf

60. סעיף 4 לחוק זכויות החולה, התשמ"ו-1996 אוסר על אפליה במתן שירותי בריאות מחמת מין החולה. האפליה אינה צריכה להיות מכוונת, די שהיא תוצאתית.

ר' בג"ץ 2671/98 **שדולת הנשים בישראל נ' שר העבודה והרווחה**, פ"ד נב(3) 630, 654 (1998).

61. גם סעיף 12 לאמנה הבינלאומית לביעור כל צורות האפליה נגד נשים, שישראל צד לה, מעגנת את זכותה של כל אישה לנגישות שווה לבריאות. בדו"ח הוועדה למניעת אפליה נגד נשים משנת 2005 הביעה הוועדה דאגה ממצב בריאותן של הנשים הבדואיות בכלל, ושל אלה הגרות בכפרים בלתי מוכרים בפרט. הוועדה קראה למדינת ישראל לנקוט צעדים משמעותיים ויעילים, לעקור את האפליה נגד הנשים הבדואיות, ולדאוג לשיפור מצב בריאותן:

The Committee requests the State party to take effective measures to eliminate discrimination against Bedouin women and to enhance respect for their human rights through effective and proactive measures, including temporary special measures in accordance with article 4, paragraph 1, of the Convention and the Committee's general recommendation 25, in the fields of education, employment and health. The Committee calls upon the State party to provide, in its next periodic report, a comprehensive picture of the situation of Bedouin women and girls in regard to their educational opportunities and achievements, and access to employment and **health-care services**, and to provide an assessment of the impact of policies in those areas that directly affect them.

Report of the committee on the Elimination of Discrimination against Women
 .259-260 בסעיפים (July, 2005)

<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/450/42/PDF/N0545042.pdf?OpenElement>

פגיעה בזכות לכבוד אנושי ולשוויון

62. הזכות לכבוד האדם מעוגנת בסעיף 2 לחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. גם סעיף 10 לחוק זכויות החולה, התשמ"ו-1996 מחייב לשמר על כבודו של החולה. במדינה מפותחת, שבה שירותי בריאות מתקדמים ומודרניים, חולה המחויב להגיע למרפאה בדרכים לא דרכים, בזמן הגעה שעולה על שעתיים לכל כיוון, כאשר חלק נכבד מהדרך עליו לגמוע בהליכה מאומצת – כבודו האנושי נרמס. לא בכדי מחייב חוק ביטוח בריאות ממלכתי, כי שירותי הבריאות יינתנו בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח.

על הקשר שבין בריאות וכבוד, ראו:

Ana Luisa Ligouri, Health, Human Rights and Dignity: Reflections from the Mexican Experience, 1 Health and Human Rights 298, 301 (Harvard School of Public Health, 1995).

העתק המאמר מצורף ומסומן ע/24.

63. אפליה אף היא פוגעת בכבודו של האדם, ועל כן פסק בית המשפט העליון כי חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו כולל בחובו גם הגנה על השוויון. אפליה אסורה גם ביישום הזכות לבריאות ולשירות רפואי. סעיף 4 לחוק זכויות החולה אוסר על אפליה במתן שירותי בריאות.

על הזכות לשוויון בכלל ושוויון לאוכלוסייה הערבית בפרט ראו:

בג"ץ 7052/03 **עדאלה נ' שר הפנים** (מיום 14.5.06); וכמו כן: בג"ץ 98/69 **ברגמן נ' שר האוצר**, כג(1) 698, 693 (1969); בג"ץ 114/78 **בורקאן נ' שר האוצר**, פ"ד לב(2) 800, 806 (1978); בג"ץ 953/87 **פורז נ' ראש עיריית תל-אביב-יפו**, פ"ד מב(2) 332, 309 (1988); בג"ץ 104/87 **נבו נ' בית הדין הארצי לעבודה**, פ"ד מד(4) 760, 749 (1990); בג"ץ 7111/95 **מרכז השלטון המקומי נ' הכנסת**, פ"ד נ(3) 503, 485 (1996); בג"ץ 4112/99 **עדאלה נ' עיריית תל-אביב-יפו**, פ"ד נו(5) 415, 393 (2002); בג"ץ 10026/01 **עדאלה נ' ראש הממשלה**, פ"ד נו(3) 31, 39 (2003).

על הזכות לשוויון בקבלת טיפול רפואי ר' גם בג"ץ 3071/05 לוזון נ' ממשלת ישראל (מיום 28.7.08), בפיסקה 9.

64. הפגיעה בכבוד ותחושת ההשפלה של תושבי תל אלמלח מתעצמת נוכח האפליה הברורה שחווה חולה תושב הכפר תל אלמלח לעומת שכניו, חולים אחרים, בישובים כפריים יהודים באותו המרחב, וזאת ללא כל שוני רלוונטי. העובדות שהובאו בעתירה מצביעות על אפליה קשה בין שירותי הבריאות לישובים כפריים יהודיים ובדואים בנגב, כאשר בניגוד לישובים הבדואיים, אין, ככל הידוע, ולו ישוב יהודי אחד בנגב, שבו מעל 500 תושבים, בלי מרפאה נגישה. הדבר בא לידי ביטוי בהבדלים הקשים שבמדדי הבריאות בין האוכלוסייה היהודית והאוכלוסייה הבדואית.

הפגיעה אינה עומדת במבחני פיסקת ההגבלה

65. העותרים הראו כיצד זכויותיהם החוקתיות, כמו גם זכויות הנתונות להם על פי חקיקת הכנסת, נפגעות כתוצאה מהיעדר מרפאה בכפר תל אלמלח. פגיעה זו אינה עומדת במבחני פיסקת ההגבלה.

הפגיעה אינה קבועה בחוק אלא תוצאה של שיקול דעת מינהלי לקוי

66. פגיעה, במעשה או במחדל, בזכויות חוקתיות צריכה להיעשות בחוק או על פי חוק. השיקול המקצועי של משרד הבריאות הינו שיש להקים מרפאה בכפר תל אלמלח. כפי שהובהר לעותרים, החסם היחיד שעומד בינם לבין הקמת מרפאה הוא חסם תכנוני, שמקורו בחוק התכנון והבניה. המשיבים מסתמכים על חוק התכנון והבניה כעילה להמשיך את הפגיעה בזכויות העותרים בניגוד לעמדתם המקצועית, אולם למעשה לא החוק מהווה חסם להקמת המרפאה אלא שיקול הדעת של המשיבים באשר ליישום החוק על ידי המשיבים.

67. חוק התכנון והבניה אינו קובע דבר לגבי הצבת מבנה יביל למרפאה בכפר תל אלמלח. מדובר בחוק מסדיר, רגולאטורי, שכולל עקרון כללי, לפיו היתר לבנייה או להצבת מבנה יינתן על פי הליך תכנוני מסודר ובהתאם לתוכנית מתאר.¹ היתר בנייה ניתן על פי רוב בהתאם לתוכנית מתאר מקומית מפורטת. כיוון שאין תוכנית מתאר מקומית לכפר תל אלמלח, התוכנית הרלוונטית היא תוכנית המתאר המחוזית 4 תיקון 14 (תמ"מ 4/14) שאושרה בחודש ינואר 2000. תוכנית המתאר המחוזית אינה מכירה בכפר תל אלמלח, שאדמותיו אינן מסומנות כאזור מיושב, ולכן לא ניתן מכוחה לערוך תוכנית מתאר מקומית מפורטת לכפר או להוציא היתרי בניה להצבת מבנה למרפאה.

68. אולם אין בכך סוף פסוק. על מנת להסיר את החסם החוקי יכולים המשיבים 1-3 לפעול לשינוי תוכנית המתאר באופן שיאפשר הצבת מבנה יביל להקמת מרפאה. המשיבים 1-3 יכולים גם לפעול לתיקון תמ"מ 23/14/4 שמקודמת בימים אלו ברשויות התכנון. לא בהכרח מדובר בפרוצדורה מסובכת, ולראיה - תמ"מ 4/14 עברה לא מעט שינויים ותיקונים במהלך השנים. ראוי לציין במיוחד את תמ"מ 4/14 (שינוי מספר 40) שכותרתה "מבנים יבילים

¹ ישנו ספק האם דרישה זו חלה רק על מבני קבע או גם על מבנים ארעיים. בית המשפט העליון קבע כי הוא משאיר שאלה זו בצריך עיון. בג"ץ 3511/02 הפורום לדו קיום בנגב נ' משרד התשתיות, פ"ד נו(2) 102 (2003).

ארעיים לשירותים חיוניים שאושרה בחודש ינואר 2004. מטרתה של תוכנית זו היא "לאפשר הקמתם של מבנים יבילים ארעיים לשימושים של שירותים חיוניים". השירותים החיוניים כוללים מרפאות, בנוסף לבתי ספר, בתי תפילה ותחנות משטרה או משמר אזרחי. התוכנית מגדירה נקודות ציון בהן מותר להציב את המבנים היבילים, כולן ב-16 כפרים בדואים בלתי מוכרים, שהחלו בהליך של הכרה ותכנון במסגרת המועצה האזורית אבו-בסמה. שינוי מספר 40 לתמ"מ 4/14 מוכיח כי אם קיים רצון, ניתן להסיר חסמים תכנוניים להצבת מבנים יבילים חיוניים, באמצעות שינוי תוכנית המתאר ובקלות יחסית.

העתק תמ"מ 4/14 (תיקון מספר 40) מצורף ומסומן ע/25.

69. חוק התכנון והבניה אף מאפשר, כפי שניתן לראות, לקדם תוכנית להצבת מבנה יביל אחד בנקודת ציון אחת, כשהדבר נדרש. בנובמבר 2007, למשל, שוב תוקנה תוכנית המתאר. בשינוי 40/1 הוספה נקודה נוספת, 17 במספר, באחד הכפרים הבלתי מוכרים, שבה ניתן להציב מבנה יביל לצורך אחד מהשירותים החיוניים, לרבות מרפאה.

העתק תמ"מ 4/14 (תיקון מספר 40/1) מצורף ומסומן ע/26.

70. הנה כי כן, הפגיעה המתמשכת אינה מעוגנת בצורה מפורשת בחוק, אלא היא נעוצה ביישום של החוק, שלכשעצמו מאפשר קידום תוכנית להצבת מבנים יבילים גם בהיעדר תוכנית מתאר מקומית מפורטת. הפגיעה היא תוצאה של החלטת המשיבים 1-3 לא לפעול בדרכים האפשריות שמציע החוק כדי להסיר את החסם התכנוני. הפגיעה נעוצה בהחלטה מינהלית זו ולא בחוק.

הפגיעה אינה לתכלית ראויה

71. משרד הבריאות כבר חיווה דעתו שמבחינה מקצועית יש צורך במרפאה, ועמדנו על כך שאין מניעה חוקית לתקן את תוכנית המתאר המחוזית כדי לאפשר הצבת מבנה יביל בשטח הכפר לצורך הקמת המרפאה. מה היא אם כן העילה בגינה מסרבים המשיבים לפעול על פי שיקול דעתם המקצועי להקמת המרפאה? האם יש תכלית ראויה כלשהי להמשיך ולפגוע בזכויות העותרים?

72. כיבוד עיוור ופורמליסטי של תוכנית המתאר הנוכחית, שאינה מאפשרת הצבת מבנה יביל בכפר תל אלמלח, אינה תכלית העומדת בפני עצמה. תוכניות המתאר הן מסגרות פרוצדוראליות ודינאמיות לקידום יעדים וצרכים, תוך שמירה על הליך הוגן. ניתן וצריך לשנותן כשקם צורך מהותי לעשות כן. בשום אופן תוכניות המתאר אינן חסם מפני קידום תוכניות נחוצות. אם קיים צורך מקצועי במרפאה בכפר תל אלמלח הרי שחוק התכנון והבניה יוצר את הפרוצדורה לעשות זאת על ידי הליכי התכנון הקבועים בו.

73. ואכן, בעבר, כשהיה צורך בשירותים חיוניים, פעלו המשיבים לתיקון תוכניות המתאר לצורך הצבת מבנים יבילים למרפאות ומרכזי טיפת חלב גם בכפרים הבדואים הבלתי מוכרים וחרף היעדרה של תוכנית מתאר מקומית.

בג"ץ 4540/00 אבו-עפאש נ' שר הבריאות (מיום 14.5.06); ר' גם בג"ץ 7115/97 עדאלה נ' משרד הבריאות (מיום 27.10.98).

74. מלבד ציון העובדה הידועה, שאין כרגע תוכנית המאפשרת הצבת מבנה למרפאה בכפר תל אלמלח, לא ציינו המשיבים כל תכלית מהותית שתצדיק את מחדלם לפעול לקידום תוכנית חדשה, או לשינוי התוכנית הקיימת, על מנת שיוסר החסם התכנוני, ותתאפשר הצבת המרפאה. מפסיקת בית המשפט הנכבד ברור, כי לא ניתן להצדיק פגיעה בזכויות אדם בסיסיות בכך שיש חסם תכנוני על דרך הסתם, אלא יש חובה לבחון באופן מהותי האם ממלאת המדינה את חובתה לכבד את זכויות האדם. במקרה אחד נפסק, כי בכפר לא מוכר מסוים אין מקום להתערבותו של בית המשפט בהחלטה שלא לקדם הקמת גן ילדים. אולם לא היעדרה של תוכנית מתאר היווה "סוף פסוק", אלא בחינה מהותית של המצב, והתרשמותו של בית המשפט כי בנסיבות אותו מקרה, ולאור היעדר נתונים על בעיית נגישות במקרה הפרטני שהובא לפניו, קיומו של גן אחר מרחק 3-4 ק"מ מהכפר עונה על הצרכים בצורה סבירה. לא כך הוא בענייננו.

בג"ץ 5108/04 אבו-גודה נ' שרת החינוך, פ"ד נט(2) 241 (2004).

הפגיעה אינה מידתית

75. על מנת להכריע בעתירה די בכך שהפגיעה אינה בחוק אלא תוצר של שיקול דעת לקוי ליישום החוק, ושלא הוצגה תכלית ראויה כלשהי לסירוב המשיבים לפעול על פי המתבקש מחוות דעתם המקצועית ולהקים מרפאה בכפר תל אלמלח. מעבר לנדרש נוסף, כי אם קיימת תכלית ראויה כלשהי, שלא צוינה על ידי המשיבים, כמו בעיית תקציב או בעיה אחרת, נטען כי הפגיעה בעותרים אינה מידתית, ונבקש להרחיב על כך כשנדע מהי אותה תכלית.

76. ניתן לשער שאחת התכליות שמנחה את המדינה, גם אם לא נאמרת במפורש, היא הרצון "לעודד" את הבדואים שבכפרים הבלתי מוכרים לעקור מאדמותיהם ולהתיישב בעיירות (השערה המתבססת על דברים שנכתבו ונאמרו ברוח זאת בעבר על-ידי נציגים שונים של רשויות המדינה, העוסקות בקביעת מדיניות בעניין הבדואים). מניעת הקמה של מרפאה אינו צעד מידתי להגשמת תכלית זו. ראשית, מדיניות הדוגלת במניעת שירותים בסיסיים וחיוניים הנדרשים למימוש זכויות אדם כ"תמריץ" להגשמת אינטרסים ממשלתיים כאלו או אחרים אינה יכולה לעמוד במבחן של מידתיות, שכן שלילה של זכויות בסיסיות היא לעולם הפגיעה הקשה ביותר. היא נתפסת יותר כענישה קולקטיבית אסורה מאשר אמצעי לגיטימי לקידום מדיניות. גם אם המדינה סבורה שהכרה מלאה בכפר אינה עולה בקנה אחד עם מדיניותה לעודד את המעבר לכפרי הקבע, אל לה לקדם מדיניות זו על חשבון הבריאות של תושבי הכפר, זקנים, נשים וטף.

77. יתר על כן, מלכתחילה מסתפקים העותרים במבנה יביל, ארעי, לצורך הקמת המרפאה ואין בדרישה זו כדי לקבוע עובדות חדשות בשטח, אם זו דאגתם של המשיבים. בנוסף, גם לא ניתן להראות כל קשר רציונאלי בין הקמתה או אי הקמתה של מרפאה לבין המדיניות אותה מנסים המשיבים לקדם – עידוד ההגירה לעיירות. המחלוקת בין תושבי הכפרים הבלתי מוכרים ורשויות המקומיות היא מורכבת ורבת שנים, וברור לכל מי שמתמצא, כי ניסיון לדכא ולהחליש את עמדתם של התושבים באמצעות מניעת זכויות בסיסיות לא צלח בעבר וגם לא יצלח בעתיד.

לאור כל האמור, מתבקש בית המשפט הנכבד להוציא צו על תנאי כמבוקש, ולאחר קבלת תשובת המשיבים לעשותו מוחלט.

28 בספטמבר, 2008

גיל גן-מור, עו"ד

באנה שגרי-בדארנה, עו"ד

ב"כ העותרים