

7115 197

1. עדאלה - המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בישראל.
2. אגודת-הארבעים, מרח' שדרות הנשיא 37, חיפה.
3. מרכז אלטפולה - ארגון כעונות לילדים, ת"ד 2404, נצרת.
4. עלא' עיד אבו עושייבה- בת 3 חודשים, באמצעות הוריה.
5. מוחמד חליל אבו עושייבה- בן 8 חודשים, באמצעות הוריו.
6. זינב עלי אבו עושייבה- בת שנתיים, באמצעות אביה.
7. הדיל חליל אבו עושייבה- בת 7 חודשים, באמצעות הוריה.
- 8-28. עוד 20 ילדים מכפר אבו עושייבה, באמצעות הוריהם.
29. אמירה אבו עושייבה - מכפר אבו עושייבה.
30. איברהים מוחמד אלטרש- מכפר אלטרש.
- 31-53. עוד 23 עותרים ע"פי היפוי כוח המצורף, כפר אלטרש.
- 54-76. עוד 23 ילדים באמצעות הוריהם, מכפר אלטרש.
77. סלמה אלבטיחאת - מכפר אלבטיחאת.
- 78-95. עוד 15 ילדים באמצעות הוריהם, מכפר אלבטיחאת.
- 96-112. עוד 17 עותרים ע"פי יפוי כוח מצורף, כפר אלהואשלה.
113. סלאמה פריגי אלהואשלה- כפר אלהואשלה.
- 114-124. עוד 11 ילדים באמצעות אמותיהם מכפר אלחריזאת.

באמצעות ב"כ עוה"ד חסן ג'בארין ו/או ג'מיל דקואר ו/או סאמרה אסמיר ו/או סוהאד בישארה ו/או סאידה ביאדסה ו/או מוחמד דחלה ו/או איאד ראבי ו/או אוסמה חלבי ו/או ראיף זורייק, מעדאלה- המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בישראל, ת"ד 510 שפרעם 20200 טלפון 04-9501610 פקסי 04-9861173.

העותרים

-נגד-

1. משרד הבריאות
- מרח' בן טבאי 2, ירושלים 91010.

המשיב

עתירה למתן צו על תנאי

מוגשת בזה עתירה למתן צו על תנאי, המופנה אל המשיב, והמורה לו לבוא וליתן טעם:

1. מדוע לא לספק לעותרים 29-4 מכפר אבו עושייבה אשר נמצא באיזור אבו קרינאת בנגב, שירותי רפואה מניעתיים נגישים וזמינים, וזאת על ידי הקמת תחנת אם וילד בכפרם או ליד בית ספר המשרת את תושבי איזור אבו קרינאת או בכל מקום אחר באיזור זה, כך שתתנה זו תשרת יותר מ- 1500 תושבים המתגוררים באיזור אבו קרינאת;

2. מדוע לא לספק לעותרים 30-76 מכפר אלאטרש בנגב (רצ"ב מפה) שירותי רפואה מניעתיים נגישים וזמינים, וזאת על ידי הקמת תחנת אם וילד בכפרם כך שתשרת יותר מ- 1500 תושבים;

3. מדוע לא לקיים את המלצות הועדות השונות של המשיב עצמו והמלצות ועדת החקירה הפרלמנטרית בנושא המגזר הבדואי בנגב, אשר המליצו לספק לכפרים הלא מוכרים בנגב, וביניהם יישובי העותרים, שירותי רפואה מניעתיים נגישים וזמינים, וזאת על ידי הקמת תחנות אם וילד באמצעות קרוואנים ליד בתי הספר הקיימים והנמצאים בריכוזים הגדולים, כדלהלן: איזור אלעזאזמה (5000 נפשות), איזור אלאעסס (כביש באר שבע דימונה וכולל 10,000 נפשות) איזור אלהואשלה (5000 נפשות), איזור אבו כף (באר שבע -תל ערד וכולל 7000 נפשות), איזור אלסייד (4000 נפשות), איזור של בית ספר אלאמל (מחוץ לתורה והכולל 3000 נפשות), איזור אלפרעה (2000 נפשות) איזור בית ספר תל ערד, איזור אלדריגיאת (מעל 3000 נפשות), ואיזור אל טרשין.

מבוא

1. עניינה של העתירה נוגע לזכותם הבסיסית של נשים וילדים בדואים המתגוררים בכפרים הלא מוכרים בנגב לקבלת שירותי רפואה מניעתיים. זכות זו קשורה הידק בזכויותיה החוקתיות של אוכלוסייה זו לחיים ולכבוד. שכן, מטרת רפואה זו אינה לספק תנאים לחיים טובים יותר, אלא לספק תנאים מינימאליים ביותר לשמירה על החיים, חיי האמהות וילדיהן.

2. מחצית מהאוכלוסייה הבדואית בנגב והכוללת קרוב ל- 50,000 נפשות מתגוררת היום בכפרים חסרי רשות מוניציפאלית עצמאית בנגב (להלן: הכפרים הלא מוכרים). כפרים אלו מתוארים על ידי הרשויות במונחים שונים כגון: יישובי פזורה, תפוזרת, כפרים לא מוכרים או הישובים הלא קבועים, להבדיל מהישובים הבדואים שלהם רשות מוניציפאלית עצמאית.

3. המשיב לא סיפק לכפרים הלא מוכרים שירותי רפואה מניעתיים, שירותי אם וילד. נשים וילדים מתבקשים לפנות לתחנות אם וילד המרוחקות מכפריהם. מאחר וטבעם של שירותי רפואה מניעתיים להיות נגישים וזמינים, ובגלל מחסומים חברתיים מסורתיים שנתקלות בהן הנשים הבדואיות, הרוב המוחלט של הנשים והילדים לא מקבלים או זוכים בשירות חיוני זה.

4. העדר רפואה מניעתית נגישה וזמינה בצירוף גורמים מסבכים אחרים, פוגעים באופן קיצוני בחיי בני האדם בקרב האוכלוסייה דן. נתוני המשיב מעידים כי, שיעור תמותת תינוקות בכפרים הבדואים הלא מוכרים הוא הגבוה ביותר בישראל. שיעור תינוקות הילדים הוא הנמוך ביותר בישראל. קרוב ל- 50% של ילדי אוכלוסייה זו מאושפזים בשנת החיים הראשונה. מעל 50% של התינוקות הבדואים סובלים מחוסר דם. שיעור המומים המולדים גבוה פי 4 באוכלוסייה זו לעומת האוכלוסייה היהודית.

5. מעבר לסיבוכים הרפואיים, העותרים יוכיחו, בהסתמך על חוות דעת של מומחים ותצהירי אנשים, כי העדר נגישות רפואה מונעת בקרב האוכלוסייה הבדואית אשר אוסרת על יציאת נשים ממרחב הכפר או השבט ללא ליווי גבר קרוב, פוגע באופן מיוחד ובוטה בנשים הבדואיות. הדבר שמעלה, בין היתר, שיעור האלימות נגד הנשים שם.

6. העתירה הינה ספציפית, מוגדרת ומינימאליסטית בתביעותיה. סעדי העתירה מתייחסים לקבוצה של הכפרים הלא מוכרים אשר המלצות המשיב וועדות אחרות התייחסו אליה והיא כוללת ריכוזים גדולים של ישובים, עשרה במספר, שבהם הוקמו בתי ספר שישרתו הריכוזים הללו (מאז ההמלצות הוספו עוד שני בתי ספר). ההמלצות ביקשו להקים בריכוזים אלו תחנות אם וילד כדי שתהיה נגישות טובה לאוכלוסייה גדולה יותר. אמנם, אין בכך כדי למצוא פתרון הולם לכלל הכפרים הלא מוכרים שמספרם עולה על 50, אך העתירה מצמצמת את יריעתה לכפרים אלו בלבד.

7. העתירה תסקור בפרוטרוט אחד הריכוזים האלו, אזור אבו קרינאת שממוקם בו הכפר אבו עושייבה, כפרם של העותרים 29-4, כדוגמה לכלל הריכוזים. בסקירה זו, העתירה תעמוד על בעיות הנשים והילדים של הכפר כתוצאה מאי נגישות תחנות אם וילד.

8. המשיב מכיר בזכותם של תושבי הכפרים הלא מוכרים ליהנות משירות זה, הוא גם מכיר בסיכונים עקב אי נגישות וזמינות שירותי אם וילד, והעותרים אינם מייחסים למשיב מדיניות מכוונת למנוע מהם שירות חיוני זה. אך המשיב לא עשה דבר בנושא. פשיטא, מדובר במחדל רגיל אך מסוכן.

9. העותרים יטענו, כי מקורות החובה המשפטית המחייבים את המשיב לפעול שלושה הם, וכל אחד מהם מספיק לבדו כדי לחייב את המשיב לקיים את סעדי העתירה. ראשית, קיימת חובה ברורה, ספציפית וישירה בחקיקה הראשית. שנית, מאחר ועסקינן בזכויות יסוד וביניהן הזכות לחיים ולכבוד, חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו מחייב את המשיב לפעול כדי "לכבד את הזכויות המנויות בחוק". שלישית, כללי המשפט המינהלי האוסרים על המשיב להפלות במילוי חובתו הסטטורית בין אוכלוסיות שונות, מחייבים אותו למגר את ההפליה בקרב הציבור המופלה. שכן, המשיב דואג כי תחנות אם וילד בישובים אחרים בנגב יהיו נגישים וזמינים באופן מקסימלי ביותר, אך לא כך בכפרים דן.

הרקע העובדתי

10. **העותרים:** העותרת 1 הינה עמותה ברישום (מספר תיק 031224) נוסדה על ידי גופים וארגונים ערביים בדצמבר 1996 במטרה לקדם את זכויות המיעוט הערבי בישראל בתחום המשפטי.

העותרת 2 הינה עמותה רשומה שמטרתה לסייע לאוכלוסייה המתגוררת בכפרים הנעדרים מעמד מונציפאלי מוכר, והיא פועלת על מנת לקדם את המעמד, ההכרה והשירותים הניתנים לתושבים המתגוררים בכפרים אלו. עמותה זו, היא המובילה בתחום זה בישראל.

העותרת 3 הינה עמותה שמטרתה לקדם חינוך בריאות הגיל הרך בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל, היא פועלת להעלאת המודעות לחינוך זה בקרב המשפחות באמצעות הדרכה, ימי עיון, קורסים, עבודה מעשית וביקורי בית. בשנתיים האחרונות העותרת 3 הרחיבה את מנדטה כך שהוא כולל היום גם הטיפול בנושא העצמת נשים ערביות בישראל.

העותרים 29-4 הינם תושבי כפר אבו עושייבה הנמצא באזור אבו קרינאת ליד כביש באר שבע - דימונה. הוקם בית ספר בקרבת כפר זה המשרת את כל תלמידי איזור אבו קרינאת. תושבי כפר אבו

עושייה אינם זוכים לשירותי רפואה מניעתיים נגישים וזמינים. העתירה תפרט את הקשיים המתקלים בהם תושבי כפר זה עקב אי נגישות שירות חינוכי זה.

העותרים 30-76 הינם תושבי הכפר אלאטרש שמספר תושביו קרוב ל-1500, בכפר זה הוקם בית ספר המשרת ילדי הכפר וילדי 9 כפרים סמוכים. מלבד שירותי חיסונים הניתנים על ידי אגודה ערבית וולנטארית ללא מטרות רווח, תושבי הכפר לא זוכים לשירותי רפואה מניעתיים. התושבים מופנים לתחנה בכפר חורה הנמצאת במרחק כ- 11 ק"מ (אוויר). מאחר ואין תחבורה ציבורית, והכבישים אינם סלולים או עבירים, זמן ההגעה לתחנת אם וילד שבחורה בכיוון אחד הינו 1.5 שעות. רצ"ב תסריט המסמן את מיקום הכפר ואת המרחק מהכפר אל התחנה הקבועה, כנספת ע/1.

העותרים 77-124 הינם תושבי 4 כפרים לא מוכרים שלא זוכים לשירותי רפואה מניעתיים נגישים וזמינים. בנספת ע/1 מסומן מיקום הכפרים ומרחקם מהתחנה הקבועה.

הגדרת שירותי הרפואה המניעתיים לאם וילד

11. סעיף 69 (א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 מורה כי החובה להספקת שירותי רפואה מניעתיים לאם וילד מוטלת על המשיב עצמו או מי מטעמו.

12. מטרות שירותי הרפואה המניעתיים לאם וילד, השונים משירותי בריאות קורטיביים הניתנים על ידי קופות החולים, ליתן טיפול מונע כנגד מחלות פיזיות לאישה ההרה, לאישה בגיל הפוריות, לתינוק, לפעוט ולתלמיד. טיפול זה ניתן בתחנות אם וילד של משרד הבריאות (תחנות בריאות המשפחה, שבעבר נקראו "טיפות חלב"). קופות החולים לא מספקות שירות זה.

13. תחנת אם וילד מופעלת בעיקר על ידי אחיות אשר קיבלו הכשרה בבריאות הציבור. השירות כולל, בין השאר, מעקב אחר המשקל, לחץ דם, בדיקות שתן, חוסר דם, בדיקות סינון למומים מולדים, יעוץ בנושאי תזונה, הפסקת עישון, הכנת האישה ללידה, ואמהות. הטיפול המניעתי בתינוק כולל חיסון, יעוץ תזונתי, בדיקה ויעוץ בנושאי התפתחות הילד, איתור של בעיות שמיעה וראייה, וחינוך לבריאות בכל התחומים, הקשורים בהתפתחות ובגדילה של התינוק והפעוט.

פרופ' ת. פלטי: "חוק ביטוח בריאות ממלכתי- השלכות על שירותי בריאות מניעתיים לאם ולילד" בטחון סוציאלי 47 (דצמבר 1996), 80 עמ' 34.

ע/2: הסיעוד בבריאות הציבור- קובץ תדריכים, משרד הבריאות (1995) הכולל נוהל טיפול באשה הרה ובאישה בגיל הפוריות ונוהל לטיפול בתינוק ובפעוט.

חובת הנגישות והזמינות של תחנות אם וילד

14. סעיף 3(ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי שירותי הבריאות יינתנו במרחק ובזמן סביר ממקום המגורים. הוראה זו מקבלת משנה תוקף כאשר מדובר על שירותי רפואה מניעתיים לאם ולילד. רפואה זו, העוסקת בנשים בהריון, נשים אחרי לידה, תינוקות ופעוטים הנמצאים בתקופת סיכון, מחייבת נוחות בגישה, בנגישות ובזמינות השירות.

15. די"ר כנאענה, בוגר אוניברסיטת הרווארד בארה"ב לבריאות הציבור ובעל ניסיון עשיר בבריאות הציבור והמשפחה, מדגיש בחוות דעתו את הנתיבות והחיוניות המיוחדת של נגישות מקסימלית לשירות רפואי מונע לאם ולילד, לאמור:

"הנגישות והזמינות לשירותי הבריאות הן אחד ההבדלים בין השירות הקורטיבי לבין השירות המונע. כאשר תולה הסובל מבעיה אקוטית ונמצא במצוקה פיזית או נפשית (כלומר, הוא צרכן של שירות קורטיבי) הוא או בני משפחתו יגיעו אל ספקי השירות הקורטיבי, גם אם אין הדרך קלה לשם. לעומת זאת, אין דחף של מצוקה כשמדובר בטיפול מונע נדרש, למעט כשמדובר באפידמיה או התפשטות מחלה באופן מיידי. לכן, קשה לצפות מאישה הרה ללכת מרחק רב ברגל כדי שתקבל יעוץ, הדרכה, או כדי שתידבק ותישקל, כשאין היא מרגישה ברע. בהקשר זה ראוי לציין כי מספר מחקרים הראו כי חלה ירידה תלולה בשימוש בשירותים מונעים בקרב אוכלוסייה אשר השירותים המונעים רחוקים ממקום מגוריה יותר מכ- 5 ק"מ."

די"ר כנאענה מבליט את אופיו וייחודיותו של הטיפול המונע כמבוסס על תקשורת בין אישית בין האחות והאם, יחסי אימוץ, עקביות ואינטרקציה המצריכים "יישוג (OUTREACH) ונגישות מקסימלית במובן הפיזי והחברתי-תרבותי"

ע/3: חוות הדעת המקצועית של די"ר כנאענה.

16. תקופת הטיפול שבה מדובר, מתייבת ביקורים רבים ותכופים של האישה ההרה והתינוק או הפעוט לתחנת אם וילד. המחקרים מעידים כי יותר מ 95% מכלל ההורים בישראל מבקרים עם ילדיהם במהלך שנת החיים הראשונה בתחנות לאם ולילד. המלצות שירותי בריאות הציבור ממליצות על 11-14 ביקורים בתחנה לבריאות המשפחה במהלך הריון תקין. על כן, מי שאין בקרבת מגוריו תחנה של אם וילד יתקשה לקיים את ההמלצות של שירותי הבריאות ולעמוד בקצב הביקורים החיוניים.

מאמר פרופ' פלטי עמ' 86.

ע/4: ההמלצות של משרד הבריאות אודות ביקורים בתחנות לבריאות המשפחה.

17. תחנות אם וילד ביישובים היהודים בנגב מהווים דוגמה לחשיבות הנגישות והזמינות של התחנות האלה. סקירה חלקית ליישובים יהודים קטנים בנגב, כמו מיתר, רביבים, נבטים ואח', שבהם מספר התושבים נע בין 400-500 נפשות מעלה כי בהם הקים המשיב תחנות קבועות לאם ולילד. הנגישות והזמינות בתחנות אלו הינה מקסימאלית, זמן ההליכה ממרכז היישובים הללו לתחנות שלהם אינו עולה על 5-7 דקות הליכה.

השלכות העדר רפואה מניעתית בכפרים הלא מוכרים על זכויות הילדים והנשים:

18. יותר ממחצית האוכלוסייה הבדואית בנגב ומספרה קרוב ל- 50,000 מתגוררת בכפרים הלא מוכרים. המשיב לא הקים תחנות אם וילד בכפרים אלו. במקום זאת, הסתפק המשיב בעבודת שני גיפים הנותנים לילדים חיסונים בלבד. השירות ניתן באופן חלקי ביותר לחלק קטן מהאוכלוסייה זו. כתוצאה מכך, נאלצות חלק מהנשים לנסוע למרחקים כדי להגיע לתחנות אם וילד, וחלק אחר לא מגיע כלל לתחנות אלו.

19. שיעור תמותת תינוקות במגזר הבדואי בכפרים הלא מוכרים הוא השיעור הגבוהה ביותר בישראל. קיים פער תהומי בין שיעור התמותה אצל ילדים אלו לבין שיעור התמותה אצל הילדים היהודים בנגב. שיעור זה, גדול יותר גם משיעור תמותת הילדים ביישובים הבדווים הגרים ביישובים המוכרים שבהם יש תחנות אם וילד. אכן חל שיפור מסוים בתחום זה יחסית לשנים קדמו, אולם הפער בשיעורי

התמותה בין אוכלוסיית הכפרים הלא מוכרים לבין אוכלוסיות אחרות הולך וגדל. כדברי ד"ר חן מלשכת הבריאות (מתווז הדרום) בחוזר מיום 22/9/1997, "יותר פער רב בין תמותת תינוקות בדואים שגרים ביישובי קבע לבין אלו הגרים בפזורה, והפער ביניהם גדל." וכדבריה, הספקת שירותי רפואה מונעת בבתי-ספר יש בו כדי להקטין את הפער.

ע/5: חוזר מיום 22/9/1997 מטעם משרד הבריאות מתווז הדרום.

20. לפי דו"חות משרד הבריאות, שיעור התמותה אצל תינוקות בכפרים הלא מוכרים ב-1995 היה 13 תינוקות ל-1000, ביישובי הקבע 8 תינוקות ל-1000 ובישובים היהודים בנגב 5 תינוקות ל-1000. שירות זמין ונגיש לתחנות אם וילד יקטין שיעור גבוה זה. ראו: ע/5.

21. שיעור המומים המולדים הוא גבוה פי 4 באוכלוסייה הבדואית (בכלל) לעומת האוכלוסייה היהודית בנגב. מניחות סיבות המוות של תינוקות בנגב עולה ששיעור תמותת תינוקות המיוחס למומים מולדים בקרב הבדואים הוא 7.5 ל-1000 לידות חי לעומת 1.0 במגזר היהודי. באוכלוסייה הבדואית, מומים מולדים הם הסיבה ל-39% בתמותת תינוקות. רפואה מניעתית נגישה העוסקת בבדיקת נשים בהריון בשלבים הראשונים שלו ובייעוץ לנשים בהריון, בוודאי תהיה לעזר להורדת אחוזים גבוהים אלו. ע/6: מסמך מיום 4/3/1993 של לשכת הבריאות- מתווז הדרום המופנה אל סגן שר הבריאות. ע/7: מסמך מטעם הפקולטה למדעי הבריאות בשיתוף עם משרד הבריאות.

22. נישואי קירבה אצל האוכלוסייה הבדואית הינם מהשכיחים ביותר בעולם. הם מעלים שכחות הומוזיגוטיזציה של גנים רצסיביים נדירים ומגבירים בכך את הסיכון להולדת ילדים בעלי מחלות תורשתיות ופיגור שכלי. מחלות אלו, לפי ניתוח הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון, מהוות מעמסה רפואית ניכרת על הילד ואמו. הספקת שירותי רפואה מניעתיים נגישים, אשר מתפקדים, בין היתר, ליתן יעוץ גנטי, יעזור לאיתור בני זוג בסיכון. כהמלצת מומחים אלו, יש "להעלות הן את הזמינות והן את הנגישות של שירותי היעוץ הגנטי לאוכלוסייה הבדואית." ראו: ע/7 בעמ' 2,3.

23. שיעור רציני מהילדים והתינוקות הבדואים סובלים מהתפתחות גופנית לא בריאה. כ-10% של התינוקות הבדואים בגיל שנה לא מגיעים לסטנדרטי גדילה של האוכלוסייה היהודית. בשל לידות תכופות, לידות בגיל צעיר יחסית ובגיל מבוגר יחסית, לידות לאמהות הסובלות ממחלות כרוניות, לידות של תינוקות הסובלים ממומים מולדים עקב נישואי קרובים, אחוז התינוקות שנולדים במשקל נמוך במגזר הבדואי עולה על השיעור במגזר היהודי. נגישות תחנות לאם וילד תאפשר טיפול בהתפתחות הילד, בשקילתו ובמעקב אחר התפתחותו המלווה במתן יעוץ לאם. ראו: ע/6 בעמ' 3.

24. ילדים ותינוקות בדואים סובלים מבעיות תזונתיות וזיהומיות בשיעורים גבוהים משאר האוכלוסייה. למעלה מ-50% של התינוקות הבדואים סובלים מתוסר דם, עקב תזונה לא מספקת. תחנת אם וילד נגישה תטפל, בין היתר, ביעוץ תזונתי ובמעקב אחר דרכי תזונה ואכילה. ראו: ע/6 בעמ' 3.

25. משרד הבריאות (מחוז הדרום) קובע: "כ- 50% של הילדים במגזר הבדואי מאושפזים בשנת חייהם הראשונה". על מנת להוריד אחוז זה, המשיב, סבור כי, "יש צורך בתגבור רציני בשירותי רפואה מונעת במחוז", היינו, הגדלת מספר תחנות אם וילד. ראו: ע/6.

26. מעבר לבעיות הרפואיות, ביקורי נשים בתחנות לשירותי רפואה מונעת, המרוחקות מהכפר או מהשבט, נותנים לגיטימציה לאלימות הגברית והשבטית נגדן. הנורמות החברתיות של חברה פטריארכית זו קובעות איסור מוחלט על יציאת הנשים מהכפר או מאזור השבט בלי ליווי גבר קרוב. אם הגבר לא ירצה ללוותה, להתפנות לצרכיה, ולסייע בליוויה, עליה להישאר בביתה להתייטר ולהתייחד עם ייסוריה. האישה נהפכת לחסרת אונים על בריאותה וגופה.

27. גב' רוחנה, עובדת סוציאלית במקצועה, עובדת במקלט לנשים במצב חירום בצפון הארץ (לא צוין שם המקום מסיבות מובנות), מעידה בתצהירה הרצי"ב על תופעה מסוכנת זו, אשר נתקלות בה נשים רבות מהנגב. בתצהיר זה, היא מביאה מקרה של אישה בדואית מהנגב, שנקלטה במקלט עקב אלימות קשה מצד משפחתה ובגלל החשש הרציני כי תירצח בעילת מה שמכונה "כבוד המשפחה". לאמור:

"המרפאה (הכוונה לתחנת אם וילד - ת. ג.) ממוקמת מחוץ לשבט, מרוחקת מבית מגורי האישה. ביקוריה במרפאה ללא ליווי של גבר קרוב לא מצאו חן בעיני בעלה. לשיטתו היא היתה מאחרת יותר מדי בביקוריה שם. האישה לא יכלה שלא לבקר במרפאה לאור המצב הרפואי של ילדיה. גם כשנסעה במונית על מנת לקצר את זמן שהייתה מחוץ לבית, בעלה חשד בה שהיא מתרועעת עם גברים זרים. האישה סבלה מאלימות קשה מבעלה שהצדיק את התנהגותו האלימה בהיעדרותה מהבית. האישה לא מצאה אוזן קשבת אפילו בקרב משפחתה. אלה הצדיקו את מעשי הבעל והאשימו אותה. הם גם טענו כלפיה כי יציאתה לבד למרפאה פוגעת בשם המשפחה. משפחת הבעל גם היא הצדיקה את אלימותו. הם גם ביקשו מהאישה לא לקחת למרפאה לבד את בתה, בת ה- 13 שמה שיפגע גם שם הבת הטוב שהוא שם המשפחה, וביקשו ממנה להפסיק לפקוד את המרפאה בשל החשד המתעורר אצל בני השבט בעקבות ביקוריה..."

28. חריפותם של הדברים בולטת כאשר האישה אינה בת זוגו הבלעדית לבן זוגה. ריבוי נישואין הינה תופעה שכיחה בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב (הערכה: יותר מ- 50%). במצב זה, הבעל מנהיג בביתו משטר של העדפות והזנחות, קירבה וריחוק. כך, שסביר מאוד להניח, כי האישה הנוקדת לטיפול וביקור בתחנת אם וילד, תזכה בסיועו של בן זוגה, אם בכלל, רק כאשר מועדפת היא על פני נשותיו האחרות.

29. מומחים מאוניברסיטת לונדון ביקרו בנגב על מנת להגיש הערכה מקצועית לעבודת המרפאה הניידת של אגודת הגליל, אגודה ערבית וולנטארית ללא מטרת רווח, הנותנת שירותי חיסונים ל- 4000 תושבים מהכפרים הלא מוכרים ובניהם כפר אלאטרש, כפרם של העותרים 76-31. בדו"ח צוין אירוע יומי הממחיש את מצוקת הנשים השותפות עם אחרות לבן זוגן, לפיו:

"During my visit a mother presented with an 11 month old baby whom she was feeding on water and rice owing to having no food. The child had lost a kilo in a week and was a serious case of failure to thrive. She was young (17), and eight month pregnant. She had no option to return to her parents since she had married through *badal* - her husband's sister is her father's wife. Her husband was neglecting her and the baby. Her older co wife according to the team was coping better owing to having a more sympathetic family who gave her food and maybe more attention from the husband. The baby needed hospitalization. The mother would not consider it without her

husband's agreement. The husband is violent and the nurses having tried one home visit felt unable to attempt another."

ראו: ע/8.

Dr. Gillian Hundt, Report For The Galilee Society Negev Project, The University of London (October 1996) at p. 6.

תכניות והמלצות המשיב וועדות שונות בנושא

30. אין ספק כי היו מאמצים רבים וכנים מצדו של משרד הבריאות במחוז הדרום, אשר בלטו בניסיון לשכנע את המשיב לממש את המלצות המשרד ומסקנות הוועדות השונות כדי ליתן פתרונות הולמים למצוקתם הבריאותית בתחום הרפואה המונעת של האוכלוסייה הבדואית בכפרים הלא מוכרים. אולם המלצות רבות נכתבו, וועדות שונות קמו ולמצער הדברים לא קוימו כלל.

31. בשנת 1991, שבה אירעה התפרצות מקרי החצבת שבעקבותיה מתו 6 ילדים בדואים בנגב שלא קיבלו חיסונים מתאימים, הגיש משרד הבריאות תכנית כללית בעניין שירותי בריאות במגזר הערבי. לגבי הכפרים הבדואים בכפרים הלא מוכרים הודגש כי קיימים קשיים ניכרים בנגישות לתחנות אם וילד באזורים אלו, המקשים על קבלת חיסונים בזמן. היעדר תודעה מספקת מצד האוכלוסייה ביישובי הפזורה, צוין בתכנית, מחייב הגדלת כוח האדם הרפואי.
ע/9: שירותי בריאות במגזר הלא יהודי, משרד הבריאות (25/2/1991) עמ' 10.

32. ביום 4/3/1993 הגישה לשכת הבריאות (מחוז הדרום) תכנית מפורטת בנושא "סגירת פערים בין האוכלוסייה הבדואית לאוכלוסייה היהודית בנגב בכל הקשור לרפואה המונעת". התכנית סקרה כמעט את כל הבעיות שסובלת מהן האוכלוסייה הבדואית. בתכנית זו, היתה התייחסות, אם כי לא מקיפה, לאוכלוסייה המתגוררת בכפרים הלא מוכרים. התכנית ביקשה עוד 6 ניידות (גייפים) חיסון בנוסף לשני הגייפים הקיימים. כמו כן, התייחסה התכנית לרפואה מונעת בגיל חינוך חובה לתלמידים:
"אחוז ניכר של התלמידים הבדואים גרים באזורים גליליים, שאינם שייכים לאף רשות מוניציפאלית היכולה לקחת אחריות על רפואה מונעת...אי לכך הדרישות המוצגות במסמך זה כוללות גם צרכי רפואה מונעת לילדים בגיל חינוך חובה".

ראוי להבליט כי בישובים הלא מוכרים, איפה שיש ריכוז ניכר של אוכלוסייה, קיימים בתי ספר לתלמידי אזורים אלו. היום ישנם יותר מעשרה בתי ספר כאלו. ראו: ע/6.

33. ביום 13 לאוקטובר 1993 הגישה הוועדה הממלכתית לקידום שירותי הבריאות לאוכלוסייה הערבית בישראל את הדו"ח המסכם שלה. מנדט הוועדה, כפי שהוגדר בכתב המינוי של המשיב, לבדוק את מצב שירותי הבריאות במגזר הערבי ולהציע תוכניות אב לשיפור המצב וסגירת פערים. בעניין עתירה זו, המליצה הוועדה:

"שירותי בריאות המשפחה ושירותים מונעים אחרים, כיום לא קיימים בישובים בלתי מוכרים. יש לפתח שירותים אלה בתדירות של פעמיים בשבוע לפחות במרפאה/תחנה משולבת קבועה בכל אחת מ- 30 נקודות כולל בנגב. לזה דרושים 30 מבנים טרומיים או קרוונים (במקביל לנהוג במשרד החינוך והתרבות לגבי כיתות חינוך חובה) 50 אחיות, 10 רופאים, רכב ונהגים בהתאם והכל תוך שנת התקציב הקרובה. בנוסף, דרושות לנגב עוד 6 ניידות לנקודות בהן מתגוררות אוכלוסייה דלילה, פחות מ- 100 איש לכל נקודה."

נ/10: דו"ח הוועדה הממלכתית לסידום שירותי הבריאות לאוכלוסייה הערבית בישראל, 13)
אוקטובר 1993) עמ' 13.

34. ביום 14/11/1993 ובעקבות הדו"ח הנ"ל, הגישה שוב לשכת הבריאות (מחוז הדרום) את תוכניתה בתחום סגירת הפערים בבריאות עבור האוכלוסייה הבדואית בנגב. התכנית המליצה בין היתר:

"אנו מציעים להקים תחנה לבריאות המשפחה בקרוונים ליד כל בתי הספר היסודיים בתפוזרת (כ 10 בתי ספר), היות ובתי הספר יסודיים מצויים בריכוזים טבעיים של הבדואים. פריסה זו תאפשר נגישות מקסימלית של השירות." (ההדגשה לא במקור).

לגבי שירותי בריאות לתלמיד, שוב צוין, שהתלמידים אינם נהנים כלל משירות זה ויש להרחיב את השירות כך שיכלול את כל תלמידי הכפרים הלא מוכרים. ובעניין חינוך לבריאות, הומלץ כי בשל חוסר המודעות למחלות, תזונה נכונה, ובעיות התפתחות הילד, קיים "הצורך בהרחבת התכניות לחינוך לבריאות, כך שתכלול כל הישובים הבדואים כולל הפזורה".

ע/11: סגירת פערים בבריאות עבור האוכלוסייה הבדואית בנגב, מדינת ישראל, משרד הבריאות-מחוז הדרום [14/11/1993] עמ' 3, 4, 9.

35. בשנת 1994 הגישה ועדת המשנה לענייני הדואים הפועלת ליד הרשות לפיתוח הנגב את המלצותיה בנושא שירותי הרפואה לבדואים שבפזורה. צוין כי התכנית מוסכמת ברובה המכריע על כל הנוגעים בדבר (וביניהם המשיב). התכנית הוגשה ערב ההכנות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מתוך הנחה ששירותי רפואה מונעת יועברו או ישולבו במרפאות קופות החולים. כך שההתייחסות למרפאות, התכוונה לכלול גם את תחנות אם וילד. באמרה מבטיחה הדגישו עורכי התכנית:

"על בסיס החוק תהיה לאוכלוסייה הבדואית הזכאות לדרוש שירותי בריאות שכרגע אינם מסופקים בחלקם או במלואם."

מההמלצות שהתכנית הדגישה בהסכמת כל הנוגעים בדבר, הן:

"1. למתן מענה הולם לשירותי בריאות לאוכלוסייה הבדואית שאיננה מרוכזת עדיין ביישובי קבע, יש צורך בהקמת חמש מרפאות.

המרפאות, שתמוקמנה במבנים זמניים, תוקמנה בעקרון ליד בתי הספר של השבטים הגדולים שעדיין לא התיישבו ביישובי קבע.

שירותי הרפואה המונעת יופעלו בתוך המרפאות הנ"ל."

ראו:

ע/12: שירותים רפואיים לאוכלוסייה הבדואית שבפזורה, בנגב, הרשות לפיתוח הנגב (1994) עמ' 3, 12.

36. ביום 30/5/1994 פרסמה ועדת העבודה והרווחה של הכנסת את מסקנותיה והמלצותיה בנושא שיעור

תמותת הילדים הבדואים בנגב. הוועדה הגיעה למסקנות קשות ביותר שמביניהן צוין:

"ועדת העבודה והרווחה מזהירה כי אם המצב יימשך ולא יינקטו הפעולות המערכתיות הן בטיפול הסניטרי הסביבתי, לרבות בינוי מערכות ביוב ביישובים, והן בפעולות מניעה באמצעות חיסונים וטיפולים- אנו צפויים להתפרצויות נוספות של מגיפות של צהבת, חצבת ופוליו...הוועדה פונה למשרדי הבריאות והאוצר לאשר מיידית עשר ניידות לנגב לטיפול ביישובים הלא מוכרים במגזר הבדואי." (ההדגשה לא במקור).

ע/13: מסקנות ועדת העבודה והרווחה, הכנסת השלוש עשרה (מס' 87).

37. ביום 28/2/1996 פרסמה ועדת החקירה הפרלמנטרית בנושא המגזר הבדואי בישראל, בראשות ח"כ דוד מנע, את מסקנותיה והמלצותיה, אשר התייחסו, בין היתר, לרפואה המונעת בקרב האוכלוסייה הבדואית בכפרים: הלא מוכרים. הועדה קמה על פי סעיף 22 לחוק יסוד: הכנסת ופעלה עפ"י חוק ועדות חקירה התשכ"ט-1968, וזאת בעקבות החלטות המליאה מיום 18/10/94. ועדת החקירה הפרלמנטרית קיימה 22 ישיבות. הועדה אימצה את תכנית מחוז הדרום שלפיה יש להקים עשר תחנות אם וילד בריכוזים הגדולים בכפרים הלא מוכרים איפה שהוקמו בתי ספר. והמשיב הבטיח בפני הועדה לקיים.

38. בממצאי ועדת החקירה הפרלמנטרית בלט שוב כי המחסום להענקת שירותי רפואה מניעתיים בכפרים הלא מוכרים נעוץ בכוח אדם רפואי מספיק. ד"ר בלמקר, מנהלת מחוז הדרום, התריעה כי: "קיים פער גדול בין מצבת כוח האדם המתקצב ואיוש התחנות לבריאות המשפחה במגזר הבדואי לבין כוח האדם הדרוש כדי לתת שירות ברמה נאותה...יש צורך להגדיל כל שנה ב- 5% את מצבת כוח האדם העובד בתחנה לבריאות המשפחה. הצבת כוח אדם מספיקה בתחנות הוא תנאי הכרחי להפעלת כל תכנית להפחתת שעורי תמותת התינוקות ולקידום הבריאות של האוכלוסייה הבדואית."

39. בהמלצותיה של ועדת החקירה הפרלמנטרית, הודגשו פרטי תוכנית מחוז הדרום מנובמבר 1993 שהוכנה על ידי ד"ר בלמקר, שבה הומלץ להקים תחנות לבריאות המשפחה בעשרת בתי הספר בכפרים הלא מוכרים, כתכנית המומלצת לשיפור שירותי הרפואה המונעת בקרב האוכלוסייה שבפזורה. כן נקבע כי "כדי לבצע את התוכנית ולסגור פערים דרושה הפליה מתקנת שתבטא בהקצאת משאבים ולהרחבה מיידית של שירותי הבריאות באוכלוסייה הבדואית בנגב." ראו:

ע/14: ועדת החקירה הפרלמנטרית בנושא המגזר הבדואי בישראל בראשות ח"כ דוד מנע, הכנסת השלוש עשרה (ירושלים 28/2/1996) עמ' 45-47.

40. ביום 16/11/1997, התחילה ועדת הגיל הרך של הכנסת את ישיבתה הראשונה לבדיקת נושא הרפואה המונעת בקרב האוכלוסייה הנדונה. בישיבה זו השתתפו נציגי המשיב, תושבים מהכפרים הלא מוכרים וארגוני זכויות אדם.

סיכום לתמונת המצב לאחר ההמלצות

41. על אף ההמלצות הרבות, המשיב לא הקים, ולו תחנה אחת של אם וילד בכפרים הלא מוכרים. במקום זאת, המשיב מפעיל היום (ל- 50,000 תושבים) רק שני גיפים, הנותנים חיסונים בלבד ובאופן חלקי ביותר. וזאת על אף בקשת מחוז הדרום שביקשה להוסיף עוד 6 גיפים. ד"ר כנאענה סקר גם את עבודת הגיפים ומצא כי מתוך 19 כפרים שנסקרו הגיף הגיע רק ל 9 מהם ובתדירות מאוד נמוכה. מכלל הכפרים שנסקרו, התגלה כי רק 52% מהילדים קיבלו חיסונים. ראו ע/3.

42. ההמלצות שהתייחסו להקמת עשר תחנות אם וילד בריכוזים הגדולים, כאמור, לא קוימה. בעתירה זו אין אפשרות לעבור ולסקור את מצבם של כל הריכוזים הללו. אך ההתייחסות לריכוז הישובים של אבו קרינאת (או אם אתנאן) שבו נמצא הכפר אבו עושייבה יכולה להיות תמונה מייצגת לכל הריכוזים שהומלץ עליהן.

הכפר אבו עושייבה

43. הכפר אבו עושייבה נמצא באזור הנקרא אבו קרינאת (או אם אתנאן), שהוא סמוך לכביש דימונה בארבע נפשות. בסביבת הכפר נמצאים כ- 11 ישובים לוייניים, שכולם יחד עם אבו עושייבה משתייכים לשבט האם הנקרא "אבו קרינאת". כל הישובים נמצאים ברדיוס של 1.5 ק"מ. אבו עושייבה הוא הכפר הגדול אשר מונה 300 נפשות. הישובים הלוייניים מונים יחד כ- 1245 נפשות, והם נקראים עייש תתי השבט של אבו קרינאת, ארבעה אחרים נקראים עייש שבט האם, והם: אבו עושייבה, אבו פריחה אבו זרייק, אבו ראשד, אלהואשלה, אלגול, אלרואשדה, אלגנאמי, ואבו קרינאת (4 ישובים). בשכנות הכפר הוקם בית ספר הנקרא "בית ספר אבו קרינאת" המשרת את כל תלמידי אזור אבו קרינאת המשתייכים ל- 12 הכפרים.

44. ד"ר כנאענה אשר ביקר בעצמו בכפר אבו עושייבה וראיין באמצעות צוות של שתי אחיות את תושבי הכפר, מציין בחוות דעתו כי, האוכלוסייה בכפר זה סובלת ממחלות עונתיות כמו זיהומי עור, שלשולים והקאות. הילדים סובלים מבעיות רציניות בהתפתחות, מקרי חירשות, פיגור בהתפתחות מוטוריות ובעיות בדיבור. ראו ע/3.

45. בכפר אבו עושייבה אין תחנה לאם וילד. תושבי כפר אבו עושייבה והאזור פונים לתחנה הקבועה של אם וילד הנמצאת בדימונה והמרוחקת כ- 20 ק"מ.

46. מרחק זה כולל דרך שאורכה שלושה ק"מ המובילה מהכפר אל הכביש הראשי בארבע- דימונה. דרך זו אינה סלולה, דרך עפר תלולה, משובשת, עבירותה קשה מאוד, מלאה בבורות ומהמורות (ג'ורות). הדרך תוצה את נחל הביוב הגולמי של דימונה. בתורף קשה לזהות מסלול דרך זו בגלל עוצמת הגשם ההורסת את תבניתו. הרכבים הדלים שעוברים בה נאלצים לנסוע במהירות מקסימאלית של 10-15 ק"מ. אין תחבורה ציבורית מהכפר אל הכביש הראשי. ע/15: התמונות של הדרך המובילה אל הכביש הראשי.

47. אי נגישות תחנת אם וילד גורם שמסע הנשים אל התחנה בדימונה יחא כרוך בסבל רב מנשוא. גם אם מגיעים לתחנה, לא בהכרח ניתן לקבל את השירות הרפואי הנדרש באופן מידי. על פי רוב זהו ביקור מקדמי לצורך קביעת תור ליום אחר. כי התחנה לא מקבלת אותן מבלי לקבוע מועד מדויק לביקור, התחנה לא מיועדת לתושבי כפר אבו עושייבה בעיקר. התור נקבע רק בתחנה ולא טלפונית ולפי שיקול דעת האחיות. הביקור נעשה רק אחרי מציאת גבר מלווה קרוב. הזמן הנדרש להגעה אל התחנה ולחזרה ממנה, בתנאים רגילים ונוחים ביותר, הינו 3 שעות. ראו ע/3.

48. מר עיד אבו עושייבה, האב של העותרת 4, בוגר אוניברסיטת בן גוריון ללימודי חינוך, מנהל בית ספר בכפר סמוך, נשוי לקרובתו ואב לשלושה. מתאר בתצהירו את הקשיים הכרוכים במסע אל דימונה. לדבריו:

"כדי להגיע לכביש הראשי, עלינו לעבור מרחק שלושה ק"מ בדרך עפר ללא תחבורה ציבורית. הדרך מהווה סיכון גדול לילדים ולנשים מאחר ואינה סלולה ומדי פעם משוטטים בה כלבים מסוכנים... סיכון לילדים במיוחד בתודשי הקיץ שבהם הטמפרטורות גבוהות. רוב ימי החורף אין גישה להולכי רגל כי נחל דימונה זורם בתקופה זו בעוצמה רבה... מהכביש הראשי יש להמתין קרוב לרבע שעה עם הילדים והאישה ההרה... היה והחלטתי לקחת את הילד לתחנה לחסנו... 90% מהמקרים לא הייתי זוכה לטיפול בשל העובדה שלא הזמנתי תור."

49. הצורך לנגישות התחנות בכפר זה הוא מיוחד בגלל נישואי קרובים השכיחים בכפר זה, שתוצאתם לידות עם מתלות תורשתיות וסיבוכי הריון. משפחת של העותרת 4 היא דוגמה לכך. על אף שאב העותרת 4, עיד, צעיר ומשכיל עם מודעות גבוהה לחשיבות הרפואה המניעתית, משפחתו שילמה מחיר יקר שעלה לה בנפשות בגין חוסר הנגישות של התחנה:

"אני נשוי לבת דודי...ילדינו נמצאים בקבוצת סיכון גבוהה. עקב בדיקה גנטית שאני בעצמי יזמתי, כמעט יוזמה נדירה במגזר הבדואי, התברר שאכן משפחתי נושאת גנים הגורמים למחלה תורשתית (טייזקס) ומתלות המעיקות על התפתחות הילד. הדבר חייב אותנו לבקר לעתים קרובות בתחנה במכון גנטי. זכור לי שבהריון אישתי לבני מוחמד, ביקרתי יחד אתה יותר מ-12 ביקורים. בני באסם שנפטר ביוני 1997 בגלל מחלת הטייזקס, סבל מבעיות רציניות בהתפתחותו, וכמעט היה לצמח. באסם היה אמור להיות במעקב רציני מאוד של התחנה לבדיקת התפתחותו. בשל המרחק של תחנת אם וילד והקשיים הכרוכים בכך, לצערי הרב, לא היינו עומדים בלוח הזמנים וההזמנות של הבדיקות של התחנה אשר הגיעו לקצב פעמיים בשבוע. היום באסם איננו. כשאישתי סבחה היתה בהריון של באסם...לא עברה בדיקות גנטיות, מי שפיר או חלבון עוברי. לאחר פטירת באסם...התחלנו לעבור את הבדיקות עם כל הקשיים הכרוכים בכך עד שבאה עלאי (העותרת 4, ח.ג.). לאחר עלאי, סבחה אישתי שוב היתה בהריון, הלכנו ובדקנו, ולצערו, התגלה שהעובר נגוע במחלה תורשתית קשה. סבחה ביצעה הפלה..."

50. על תמותת הילדים בשבט זה, עיד מעלה את סיפור אחיו:

"בשבטי, הרוב המוחלט לנישואין הם נישואי קרובים. במשפחתי, אנו עשרה אחים, שמתוכם רק שניים נשואים לא לקרובות. אחי, עואד, הנשוי לבת דודי, החליט להפסיק להביא ילדים לעולם בגלל תמותת שלושת ילדיו לקראת הלידה ובתקופה האחרונה של ההריון."

51. ככל ישוב בדואי אחר, המחסומים החברתיים והמסורתיים מהווים מכשול רציני בפני הנשים להגיע לתחנה הרחוקה בכפר אבו עושייבה. בנוסף, כל ליווי לאישה על ידי בן זוגה משמעו הפסד יום עבודה שלם למשפחה. עיד מציין שהגברים, כמפרנסים יחידים למשפחה, לא מודעים לזכויות שלהם במקומות העבודה, ולכן מתעורר אצלם חשש כי היעדרותם מהעבודה תגרום לפיטורם. זו עוד סיבה מדוע נכונותם לסייע לילדיהם ולנשותיהם בליווי לתחנה המרוחקת נמוכה מאוד.

52. גבי סלימה אבו עושייבה, בת 33, אם לשמונה ילדים, בן זוגה בן 46 עיוור מלידה. היא מעלה בתצהירה את הקשיים שנתקלה בהם עקב המחסומים החברתיים הנהוגים בכפר. מקרה שלה הוא מקרה שכוח בישובים בדואים. לדבריה:

"בתקופת ההריון נתקלתי בקשיים בריאותיים רבים, אך לא הייתי יכולה ללכת לתחנה בגלל שאין גבר שיעזור לי, בעלי עיוור, דבר שלא הקל עליי לדאוג לצרכי הבריאותיים. היו מקרים שהאחות היתה קובעת לי תור אחרי הצוהריים, אך לא יכולתי ללכת כי היה מאוחר מדי ומנהגנו מונע מנשים לצאת לבדן, יתחילו בדיבורים, לכן לא הצלחתי לקבל הבדיקות המחייבות תוך תקופת ההריון. בקשר לחיסונים, תמיד הייתי לוקחת אותם באיחור רב וזאת כתוצאה מהמרחק הרב וחוסר סיוע מגבר קרוב שייקח את האחריות...למרות מצבי הפיזי והנפשי, שהם תוצאה לטיפול בילדיי ובעלי, המקשים עלי ללכת ברגל למרחקים, עדיין אני מעדיפה ללכת ברגל לתחנה על שגבר זר יסייע אותי, ובכך אסגור את דלת הרכילות והדיבורים, כדברי הפתגם: הדלת שמביאה את הרוח תסגור אותה ותננה."

רצ"ב תצהירה המתורגם של גבי סלימה אבו עושייבה.

53. התוצאה של מחסומים חברתיים ומסורתיים אלו גורמים לא פעם לסיבוכים רפואיים אצל הנשים והילדים. במקרה שבו אישה לא יכולה להשיג את השירות, נאלצת היא לחפש תרופה לה או לילדה

אצל נשות השבט. רבים הם המקרים שהאם נוטלת את התרופה משכנתה מבלי לדעת באם התרופה מתאימה. "אני מכיר מקרים שנטילת תרופה בצורה זו גרמה לסיבוכים דפואיים אצל הילדים שגרמו לאשפוזו המיידני של הילד."
ראו: סעיף 10 (ב) לתצהירו של מר עידן אבו עושייבה.

54. הקמת תחנה לאם וילד בכפר אבו עושייבה, או כהמלצת משרד הבריאות- מחוז הדרום שהמליצה על הקמת תחנות כאלו ליד בתי הספר באזורים עם ריכוזים גבוהים כמו אזור אבו קרינאת, תהיה נגישה וזמינה לכל הנשים והילדים בכפר אבו עושייבה ובאזור אבו קרינאת כולו. והיא תשרת 12 הכפרים. ראו ע/3

הישוב השכון: נבטים, כדוגמה לנגישות

55. בדיקת פונקציה הנגישות לתחנות לאם וילד בישובים היהודים בנגב, מעלה כי, אכן המשיב דואג כי ההגעה לתחנה בישובים אלו תהיה נוחה, קלה ומהירה. הישוב נבטים, הישוב הסמוך ביותר לכפר אבו עושייבה, מהווה דוגמה לכך.

56. המרחק בין שני הישובים, אבו עושייבה ונבטים, קרוב ל 14 ק"מ. היישוב נבטים רחוק מבאר שבע כ- 12 ק"מ. מספר הנפשות של נבטים הינו 500. זמן נסיעה ברכב מהישוב נבטים אל באר שבע הינו 9 דקות. תושבי נבטים אינם מתבקשים לפנות לתחנות של באר שבע כי הישוב נהנה מתחנה קבועה עצמאית בתוך נבטים.
ע/16: אינפורמציה על היישוב.

57. התחנה של אם וילד בנבטים הינה גדולה וצמודה אליה מרפאה של קופת חולים כללית. התחנה שהקים המשיב בישוב, כפי שמראות התמונות הרצי"ב, היא מרווחת בחדריה, מרופדת, ממוזגת, נקייה בריהוטה ומצוידת בכל מכשוריה המתאימים. בפני התחנה נמצא מקום רחב המיועד לחניית הרכבים.

58. תחנת האם וילד נמצאת במקום ביישוב שמאפשר להגיע אליה מכל נקודה כלשהי מהיישוב תוך דקות ספורות. זמן הנסיעה ממרכז הישוב לתחנת אם וילד הינו 2-3 דקות בלבד. אותו זמן נסיעה מתבקש מהכניסה של הישוב עד לתחנה. הכבישים והדרכים המובילים אל התחנה כולם סלולים, מרווחים ונקיים ממכשולי דרך כלשהם. צדדי הכבישים והמדרכות אף הם נוחים להולכי רגל המבקשים להגיע בהליכה רגלית לתחנה.
ע/17: התמונות של התחנה והמרפאה של נבטים הרצי"ב.

העלות של השירות ופניות העותרים אל המשיב

59. העלות של הקמת תחנה לבריאות המשפחה הינה נמוכה ביותר. בישיבה מיום 3/8/97 שנכתו בה נציגי משרד הבריאות בדרום ותברי אגרונים שונים העוסקים בקידום זכויות הבדואים, הסבירה ד"ר בלמקר כי מבחינת התשתית "מספיק מים ממיכל + חשמל מגנרטור והקרוואן שיסופק על ידי בני השבט או הכפר בכדי להקים תחנה."
ע/18: סיכום ישיבה עם ד"ר אילנה בלמקר מיום 3/8/1997.

60. בישיבת ועדת הגיל הרך של הכנסת מיום 16/11/1997 הביע מר עודה אבו עושייבה, יו"ר הוועד המקומי של הכפר אבו עושייבה, בפני נציגי המשיב על נכונותו לא רק לספק קרוואן לצורך הקמת תחנה אם וילד, אלא גם ליתן חלק מאדמתו הפרטית לצורך ההקמה של התחנה.

61. הפניות אל המשיב בעניין הספקת שירותי רפואה מונעת לתושבי הכפרים הלא מוכרים רבים הם. נביא כאן חלק קטן מהן. בישיבה עם ד"ר בלמקר מיום 3/8/1997 שדנה במכלול הבעיה, העלו נציגי הארגונים בפני המשיב את הצורך למציאת פתרון הולם לבעיית נגישות התחנות לבריאות המשפחה בכפרים אלו. יו"ר הוועד המקומי של אבו עושייבה הציג את הצורך בהקמת תחנה בכפרו, "גב" בלמקר הבטיחה למצוא פתרון לכלל הבעיות במישור זה. תצהירו של מר עודה אבו עושייבה, יו"ר הוועד המקומי של הכפר אבו עושייבה.

62. ביום 20/10/1997 פנתה עדאלה- המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בישראל, אל המשיב בשם העותרים ואחרים והציגה את בעיית העדר נגישות השירות של הרפואה המונעת בכפרים הלא מוכרים. הפנייה התייחסה להמלצות הרבות בעניין ואשר לא קוימו. המשיב התבקש להודיע באם ישנם תוכניות מיידיות למתן פתרון הולם לבעיית התושבים. המשיב טרם ענה לפנייה זו.
ע/19: פניית העותרים מיום 20/10/1997.

63. ביום 27/10/1997 פנתה שוב עדאלה אל המשיב, וביקשה כי יקומו תחנות קבועות לאם וילד בכפרים או בריכוזים הגדולים, שמספר התושבים בהם לפחות 400 נפשות. המשיב טרם נענה לפנייה. ע/20: פניית העותרים מיום 27/10/1997.

64. סיכום: לאחר 50 שנה מהקמת המדינה טרם דאג המשיב לקיים חובותיו הבטיסיות הנוגעות לחיי הרבה תושבים בדואים בנגב. באם המשיב היה מקיים את המלצותיו הוא לגבי הקמת קרוואנים בעשרת הריכוזים הגדולים, 50,000 תושבים היו נהנים מהשירות הבטיסי הזה בעלות נמוכה ביותר.

הטיעון המשפטי

65. השאלה המשפטית הרלוונטית לנושא עתירה זו היא: האם קיימת חובה משפטית המוטלת על המשיב והמחייבת אותו לפעול כדי לספק לעותרים שירותי רפואה מניעתיים זמינים ונגישים?

מקור ראשון: החקיקה הספציפית

66. שני החוקים הישירים הנוגעים לסעדי העתירה הם: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, העוסק בחובת המדינה לספק שירותי רפואה מניעתיים, הזכאות לשירותי בריאות על בסיס שוויוני ומתן שירות רפואי נגיש. החוק השני הוא חוק זכויות החולה התשנ"ו - 1996, הדן ביחסים בין המטפל (המוסד הרפואי) והמטופל הקובע בסעיף 4 כי מתן השירות הרפואי יינתן ללא הפליה בין מטופל ומטופל וכי השירות יינתן תוך השמירה על כבוד האדם.

67. המשיב חייב לספק את שירותי הרפואה המניעתיים כאמור בסעיף 69 (א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. השארת שירות זה בידי המשיב נבעה מהחשש כי שיקולים כלכליים של קופות החולים יולידו

צמצום במתן השירות לקבוצות חלשות. ולכן בעקבות פעילות ענפה של גורמים שונים שהצביעו על חסרונות שילוב השירות עם קופות החולים, הוכנס שינוי בחוק (תיקון מס' 4) במרץ 1996 אשר קבע: "על אף הוראות סעיף קטן (א) שירותי רפואה מונעת המנויים בתוספת השלישית בסעיף ו(1), (2), (4) (א) עד (ד) ו(6) יינתנו בידי משרד הבריאות, בין בעצמו ובין באמצעות נותני שירות או רשויות מקומיות".

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 4), התשנ"ו-1996, ס"ח התשנ"ו, עמ' 253.

68. התושבים הבדואים המתגוררים בכפרים הלא מוכרים, כתושבי הכפר אבו עושייבה ואלאטרש, זכאים גם הם לשירותי הבריאות. וזאת בהתאם לסעיף 3(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: "כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה, אלא אם כן הוא זכאי להם מכוח חיקוק אחר."

69. התושבים הבדואים בכפרים הלא מוכרים וביניהם תושבי הכפר אבו עושייבה ואלאטרש זכאים לקבלת השירות הנדון באופן שווה לאחרים תוך שמירה על כבודם. סעיף 1 לחוק קובע כי "ביטוח בריאות ממלכתי לפי חוק זה יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". סעיף 3(ה) מוסיף וקובע כי "שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית." אותן קביעות נמצאות בסעיפים 1 ו 4 לחוק זכויות החולה המטילים חובות אלו על המוסד הרפואי.

70. בנוסף, החוק קובע מפורשות שהשירות הרפואי שהעותרים זכאים לו חייב להיות נגיש וזמין. סעיף 3 (ד) 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, והכל במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13."

לציין מיד, כי סעיף זה נחקק לפני תיקון 4 לחוק כאשר הראייה היתה לשלב את הרפואה המניעתית בשירות הקופות, אך לאחר התיקון יש להתייחס למלים "קופות החולים" כמתייחסים למשיב כשהשירות הנדון הינו הרפואה המניעתית.

71. ברור לחלוטין כי המשיב מפר את האמור בסעיף 3 (ד). מרחק של יותר מ 20 ק"מ הצורך יותר משלוש שעות כדי לקבל את השירות, אינו נחשב, לכל הדעות, כשירות שניתן בזמן ובמרחק סביר. די בעובדות שהועלו המבליטים את הקשיים הכרוכים בקבלת השירות כדי לקבוע בהחלטיות שהשירות של אם וילד אינו ניתן או מסופק בכפרים הלא מוכרים, וזאת רק ואך ורק בגלל המרחק והזמן הלא סבירים לקבלתו. ד"ר כרמל שלו מתייחסת, במאמרה "זכויות בריאותיות", לסוגיה ספציפית זו, לאמור:

"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 ניידת, 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."

ד"ר כרמל שלו, זכויות בריאותיות, (יולי 1997) יצא לאור בקרוב מטעם מכון ון ליר, עמ' 21 לטיוטת המאמר הרצי"ב כנספח ע/21.

72. הנה כי כן, החובות הסטטוריות קובעות במדויק ובבירור מי היא קבוצת הזכאים לשירות, החובה לספקו, טיבו והיקפו. הלכה פסוקה היא שהוראות סטטוריות המטילות חובות על המשיבים, יש לקיימן. כך, למשל, בפרשת עזרא הניבה עיריית תל-אביב להציב מצילים כקבוע בחוק כדי למנוע סיכונים-להוצאים. שם נקבע:

"מקום שחובה ציבורית מוטלת על גוף ציבורי, יש עמה, בדרך כלל, שיקול דעת לגבי זמן-מקום ולגבי אופן הגשמתה...אולם טענה זו לא תוכל להישמע, כאשר החובה הסטטורית קובעת במדויק, מה חייבת העירייה לעשות, מתי, באיזה אופן ובאיזה כמות. כזהו המצב במקרה הנדון."

בג"צ 467/84 עזרא נגד עיריית תל אביב יפו, פ"ד לט (1) 745, עמ' 753.

73. בית המשפט חזר והדגיש דברים דומים וחדים בפרשת שוחרי גיל"ת, לאמור:

"המצב עשוי להיות שונה כאשר קיימת חובה סטטורית מיוחדת, הקובעת לא רק את הזכות לשירות, אלא גם את טיבו והיקפו המוגדרים. במצב כזה, משקלם של שיקולי תקציב וסדרי עדיפותיו יורד, ובדרל כלל, על הרשות לקיים את חובותיה החוקיות ככתבן וכלשונו."

בג"צ 1554/95 שוחרי גיל"ת נגד שר החינוך, התרבות והספורט, פ"ד נ (3) 2, עמ' 15.

74. לעניין זכות הנגישות לשירות חינוכי, הדגישה הפסיקה באופן מיוחד את חשיבות הנגישות לשירותים אלו המבטיחים כבוד, שוויון הזדמנויות ועצמאות בהספקת הזכות. בפרשת בוצר, המשיבים טענו כי קיימו את הוראות החוק על ידי הקמת בית שימוש לנכים בקומה הראשונה שאליה יש גישה לנכים. בנוסף, היו מוכנים להתקין אנכון שיאפשר לעותר מעבר בין הקומות מבלי לצאת מהבניין אשר עלותו היתה 240,000 ש"ח על מנת לקצר את המרחק ולחסוך מטרחתו של העותר (מחיר האנכון יקר יותר מעלות הקמת תחנת אם וילד). בית המשפט דחה את עמדת המשיבים ודרש כי ימצא פתרון מקיף יותר (כמו התקנת מעלית) המבטיח נגישות לעותר בדרך הנוחה ביותר השומרת על "השתלבות התלמיד מתוך עצמאות, נגישות ושוויון הזדמנויות בחינוך".

בג"צ 7081/93 בוצר נגד מועצה מקומית מכבים רעות, פ"ד נ (1) 19, עמ' 27-28.

75. לפי הלכת בוצר, הרשות לא יוצאת ידי חובתה על ידי קיום פורמאלי להוראות החוק, אלא עליה להגשים את תכלית החקיקה; לפעול, להשקיע ולהתאמץ כדי להשיג נגישות מקסימאלית המבטיחה קיומם של ערכי יסוד. לעניינו, המשיב לא רק שלא מקיים את החוק עפ"י לשונו הפורמאלית, הוא לא עשה כדי למצוא פתרון ולו חלקי לנגישותן של הנשים לתחנות אם וילד. ואם בבוצר דובר על הקשר בין זכות הנכים לנגישות השירות והשמירה על זכותם לחינוך-זכות נכבדה כשלעצמה- מקל וחומר כאשר נגישות השירות קשורה באופן הדוק בשמירה על הזכות לחיים.

76. במקום שהמשיב יקיים ולו חלק מחובתו, גישתו כלפי תושבי הכפרים הלא מוכרים הינה מזלזלת בכבודם ובדרישותיהם. בכל אימת שהתושבים מעלים את דרישתם להפעלת תחנות לבריאות המשפחה, המשיב עונה שהוא מפעיל שני גיפים לחיסונים (שלא ממלאים אחר צורכי התושבים). לדידו, כל הזכויות הבריאותיות של הנשים והילדים בפזורה מסתכמות בזריקת חיסון חד פעמית והיסטורית בישבן הילד. נכון ששירות החיסון הוא דבר בסיסי שנוגע לחיים ומוות לכל פרט בחברה, אולם, מאז ומתמיד היתה דאגה לספקו במדינות המפותחות והמתפתחות, לעניים ולעשירים, לגברים

ולנשים, לשחורים ולבנים, לבריאים ולחולים. בתקופות העותמאני והמנדט הבריטי היתה דאגה לחיסון הבדואים בנגב, אז הרופא עשה את מסע החיסונים באמצעות גמל. היום הגיף התליף את הגמל. דא עקא, שירותי החיסונים מהווים חלק קטן ביותר משירותי הרפואה המונעת. הצגת הדרישות כאילו מתייחסות רק לחיסונים בלבד, יש בה זלזול בתושבים עצמם. ראו:

ראו: עארף אלעארף, תולדות באר שבע ושבתיה (הוצאת שושני 1933) עמ' 219.

77. עולה בבירור על כן כי המשיב מפר את החובות המוטלות עליו, ולא מקיים את הדרישות הברורות של החוק.

מקור שני: הזכויות החוקתיות

78. חוסר נגישות הרפואה המניעתית לאוכלוסיית הכפרים הלא מוכרים פוגע באופן בסיסי בזכותם של התושבים לחיים ולכבוד, בניגוד למצוות סעיף 4 לחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו הקובעת כי "כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו".

79. ייטען מייד כי, אין העותרים טוענים כי כל פגיעה בזכויות בריאותיות נופלת בגדר הזכות לחיים המעוגנת בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, ואינם טוענים שהמשיב חייב לספק תנאים לחיים טובים יותר, ובוודאי אינם טוענים שאי נגישות לכל סוגי הרפואה נופלת בזכויות המנויות של חוק היסוד. טענתם העיקרית היא שהסוג הספציפי של רפואה זו, הרפואה המניעתית, שמטבעה אמורה לספק תנאים מינימאליים ביותר לשמירה על החיים, בלעדיה קיימת סכנה ממשית לפגיעה בזכות לחיים.

80. העותרים הוכיחו, והדבר מקובל גם על המשיב, שחוסר נגישות לרפואה מניעתית גורם להעלאת שיעור תמותת הילדים, שיעור של מומים מולדים, הולדה עם מחלות תורשתיות, פגיעה בהתפתחות הגופנית של הילדים, סיבוכי הריון לנשים, וסיכונים ממשיים לחיי הנשים שהם תוצאה של מחסומים חברתיים, כדוגמת המקרה שתואר על ידי גבי רוחנה. פגיעות אלו מטבען קשורות הידק בשמירה על חייו של האדם.

81. מחקרים רבים מוכיחים כי קיימת קורלציה גבוהה בין בריאות הנשים לבין זכותן לחיים, במיוחד כאשר מדובר על רפואה מניעתית המטפלת באישה ההרה. זאת היא העמדה המובילה בקרב הקהילה המשפטית- פימינסטית. פרופסור קוק ציינה בדבריה שפורסמו בדורת הארגון העולמי לבריאות:

"..This understanding of the right to life is essentially male oriented, since men assimilate the imagery of capital punishment as more immediate to them than death from pregnancy or labour. Feminist legal approaches suggest that this interpretation of the right ignores the historical reality of women, which persists in regions of the world from which come almost all of the 500,000 women estimated to die each year from pregnancy related causes.."

ראו:

Rebecca J. Cook, Human Rights in Relation to Women's Health: The Promotion and Protection of Women's Health Through International Human Rights Law, Who\ Dgh\ 93.1, Geneva, 1993.

32. ועוד. העדר רפואה מניעתית פוגע בכבוד האדם המוגנת בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. רפואה זו אמורה לספק תנאי מינימום לקיום האנושי. אי חיסולם של התושבים, למשל, יסכן את חייהם וחי האחרים שבסביבתם. תנאי מינימום כאלה הם תנאי לשמירה על כבוד האדם. כדברי כב' הנשיא ברק: "כבוד-האדם מניח מינימום של קיום אנושי" ובהקשר אחר ציין "כבודו של העותר כאדם מחייב דאגה לקיום מינימלי כאנושי".

א' ברק, פרשנות במשפט (כרך שלישי, הוצאת נבו 1994) עמ' 422-423.

33. על הקשר בין נגישות לרפואה מניעתית ולבין כבוד האדם, ראו:

Virginia Leary, JD, *The Right to Health in International Human Rights Law*, I Health & Human Rights (Harvard School of Public Health 1994) 24 pp. 36.

Ana Luisa Ligouri, *Health, Rights and Dignity: Reflections From the Mexican Experience*, I Health & Human Rights (Harvard School of Public Health 1995) 306 pp.304.

84. הדברים מקבלים תימוכין מהנורמות של המשפט הבינלאומי והאמנות הבינלאומיות שישראל צד להן. סעיף 12 (א)(2) להכרזה האוניברסאלית לכל באי העולם בדבר זכויות האדם (1948) קובע שהמדינות חייבות לנקוט בצעדים כדי להבטיח: "הפחתה בשיעור לידות- דומה ותמותת תינוקות, והתפתחות הבריאה של הילד." הוראות דומות מופיעות בסעיף 12 לאמנה הבינלאומית בדבר הזכויות הכלכליות, התברתיות והתרבותיות ובסעיף 24 לאמנה הבינלאומית בדבר זכויות הילד. בנוסף, סעיף 12 (2) לאמנה בדבר ביעור ההפליה נגד נשים לצורותיה (1979) קובע:

"Notwithstanding the provisions of paragraph 1 of this Article, States parties shall ensure to women appropriate services in connection with pregnancy, confinement and the post natal period, granting free services where necessary, as well as adequate nutrition during pregnancy and lactation."

85. ראו לעניין פרשנות חוק היסוד ברוח המשפט הבינלאומי:

א' ברק, פרשנות במשפט (כרך שלישי, הוצאת נבו 1994) עמ' 403-407.

Dr.E. Benvenisti "The Influence of International Human Rights law on the Israeli Legal System: Present and Future" 28 Is. L.R. 137, 138-140 (1994).

86. לא זו אף זו. הפלייתן של הנשים הבדואיות הנובעת ממתסומים חברתיים ומסורתיים אף היא נופלת בגדר חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, דבר המחייב את המשיב לפעול כדי למגר הפליה קיצונית זו. אכן, המשיב אינו אחראי על מנהגי החברה הערבית המדכאת זכויות הנשים, אך ברור הוא, שהתוצאות לאי נגישות הרפואה המונעת פוגעות באופן מיוחד בנשים הבדואיות. די בתוצאה קשה זו, ואין נפקא מינה למקורה או למניע שלה, כדי לחייב את המשיב להתחשב בשונות זו ולאמצה כשיקול עיקרי להפעלת סמכותו. אחרת, מתדלו של המשיב יהווה פגיעה בערכו ובהוראותיו של חוק היסוד. במיוחד כאשר החלופה נמצאת בגדר סמכויותיו. ד"ר שלו עמדה על סוגייה זו, לאמור: "איסור הפליה איננו מוגבל למעשים שלטוניים, ומדינות עשויות להיות אחראיות למעשים פרטיים אם הן נמנעות מלפעול בדרך נאותה כדי למנוע פגיעות בזכויות...או (נמנעות) לספק שירותים טיפוליים שהנפגעים זקוקים להם."

על הקשר בין ההפליה לבין חוק היסוד עמדה כב' השופטת דורנר, לאמור:
"היסוד המרכזי, על כן, בהפליה מחמת מין, גזע או הפליה דומה הוא השפלת הקורבן...לשיטתי, כאמור, הפלייתו של אדם לרעה מחמת השתייכותו הקבוצתית ובענייננו הפליה לרעה של אישה, פוגעת בזכות לכבוד"

בג"צ 454/94 מילר נ' שר הביטחון ואח', פ"ד מט(4) 125, עמ' 133.

87. זאת ועוד. הילדים הם גם קורבן למחסומים החברתיים באוכלוסייה זו. המשיב חייב לפעול כדי להסיר את המכשולים הפוגעים בזכויות הילדים על ידי הספקת שירותי רפואה נגישים. סעיף 24(4) לאמנה הבינלאומית בדבר זכויות הילד קובעת כי "המדינות החברות ינקטו בכל האמצעים היעילים המתאימים על מנת לבטל נוהגים מסורתיים הפוגעים בבריאותם של הילדים."

88. מחדלו של המשיב מפר, על כן, את הזכויות החוקתיות של העותרים, דבר המחייבו לפעול באופן פוזיטיבי על מנת לבטל ההפרה, וזאת כמצוות סעיף 11 לחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו.

המקור השלישי: המשפט הציבורי - השוויון

89. הלכה פסוקה ומושרשת היא, כי רשות שלטונית הפועלת ליישום חקיקה או מטרה ראויה, עליה תמיד ליתן משקל רציני ונכבד לעקרונות השיטה המשפטית שבראשם עומד עקרון השוויון. המשיב בהפעלתו להוראות החקיקה הספציפית הנוגעת לרפואה מניעתית, וליתר דיוק, בהקמת תחנות אם וילד, הזניח את עקרון השוויון ובכך הפלה לרעה את האוכלוסייה הבדואית בפזורה.

90. צירניחובסקי ושירום, במחקרם המקיף בנושא "שוויוניות ומערכת הבריאות בישראל" הגיעו למסקנה לפיה הנגישות והשוויון בגישה לשירותי בריאות, ובמיוחד לשירותי בריאות מניעתיים כתחנות אם וילד, קשורים קשר אינהרנטי בקבלת הזכות. הם מדגישים כי "הסרת מכשולים...בפני נגישות לשירותים היא תנאי הכרחי לקידום שוויוניות אופקית."

צירניחובסקי, א. שירום, "שוויוניות במערכת הבריאות בישראל", הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1996 (הוצאת המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל 1997) 157, עמ' 170.

91. העותרים הוכיחו בחלק העובדתי כי הנגישות והזמינות לתחנות אם וילד מהווים מרכיב דומיננטי ומכריע לעצם מימוש הזכות לקבלת השירות הרפואי עצמו. ללא נגישות וזמינות לשירות, אין שירות. המשיב הזניח מרכיב זה בכל הקשור לנגישות תחנות אם וילד לאוכלוסייה בפזורה, לעומת אוכלוסיות אחרות שנהנות מהנגישות של השירות.

92. המשיב דאג לישובים אחרים בנגב, כולל הקטנים מהם שמשפר התושבים בהם קטן ביותר, לזכות וליהנות מזמינות ונגישות מקסימאלית ביותר לשירותי אם וילד. תושבי נבטים, למשל, רחוקים מבאר שבע פחות מ- 14 ק"מ כשהכביש כולו סלול ועביר, לעומתם תושבי הכפר אבו עושייבה רחוקים מדימונה יותר מ- 20 ק"מ כשהכביש חלקו לא סלול או עביר וללא תחבורה ציבורית. אבל, תושבי אבו

עושייבה מתבקשים לנסוע לתחנה בדימונה, לעומתם תושבי נבטים הולכים ברגל לתחנתם ביישובם.
לכל הדעות, זהו מצב מפלה באופן בוטה ביותר.

93. עם זאת, העותרים לא מבקשים לגרוע-מזכויות תושבי נבטים, כי אכן מגיע לתושבים אלו שירות נגיש וזמין וזכותם בדין היא. העותרים מבקשים להחיל אותה מדיניות גם ביישובם. היינו, להקים תחנה לאם וילד בכפר אבו עושייבה שתשרת יותר מ 1500 נפשות ובשאר הריכוזים שצוינו בסעדים 2, 3 של עתירה זו. נוסחת כב' הנשיא ברק מתאימה למצב מפלה זה, לאמור:

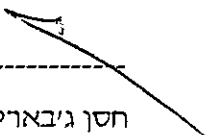
"במצב הדברים הראשון, מבין שלושה מצבים עקרוניים שבהם טוען פלוני להפליה, לפלוני ולאחרים שכמותו אינטרס המוגן באופן אובייקטיבי, ללא כל צורך בהפעלת שיקול דעת מינהלי, בדין. הרשות השלטונית מפלה את פלוני, שכן היא מכירה בזכותם של האחרים, אך אינה מכירה בזכותו של פלוני, השווה להם. במצב דברים זה התמזגה ההפליה הפסולה עם השיקול הזר והבלתי סביר; מכיוון שלאחרים מגיעה זכות מסוימת, ומכיוון שגם לפלוני מגיעה אותה הזכות עצמה, הרי הבטלות של השיקול הפסול והמפלה תוצאתה הענקת זכות לפלוני." (ההדגשה לא במקור)

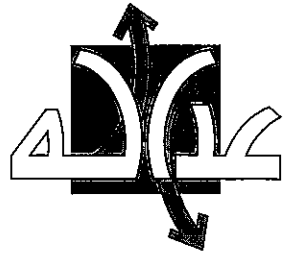
בג"צ 637/89 חוקה למדינת ישראל נגד שר האוצר, פ"ד מו (1) 191, עמ' 202.

94. לסיכום

מדיניותו של המשיב המתעלמת מזכויות תושבי הכפרים הלא מוכרים במשך 50 שנה, פוגעת באופן יסודי ביותר בזכויותהם של התושבים. פגיעה מסיבית ובוטה זו מחייבת אותו לפעול באופן מידי, כי בחיי בני אדם מדובר. ולאחר ההמלצות והוועדות הרבות, שהוכח שלא הושיעו לעותרים, ומאחר באוכלוסייה חסרת השפעה פוליטית, בית נכבד זה מתבקש להבטיח את זכויותהם. כי בזכויות מיעוט חלש מדובר.

על יסוד האמור לעיל, מתבקש בית משפט נכבד זה להוציא צו על תנאי כמבוקש בראשית העתירה, ולאחר קבלת תשובת המשיב לעשותו למוחלט, וכן לחייב את המשיב בהוצאות משפט ושכ"ט עו"ד.


חסן ג'בארין, עו"ד
ב"כ העותרים



3 בדצמבר 1997

הודעה לעיתונות

**121 ילדים ונשים בדואים עותרים לבג"צ בדרישה לספק
שירותי רפואה מניעתיים לאם ולילד בכפרים הלא מוכרים.
העותרים: כתוצאה מהעדור השירות, שיעור תמותת ילדים בדואים הינו הגבוה
ביותר בישראל.**

עדאלה הגישה היום עתירה בפני בג"צ נגד משרד הבריאות הדורשת לחייב אותו לספק לכפרים הלא מוכרים בנגב, שמספר תושביהם קרוב ל-50,000, שירותי רפואה מניעתיים על ידי הקמת תחנות אם וילד בריכוזים הגדולים של כפרים אלו. העתירה הוגשה בשם 124 עותרים, מהם 121 ילדים ונשים בדואים ועוד שלושה ארגונים ערביים: אגודת הארבעים, עמותה המובילה בקידום זכויות תושבי הכפרים הלא מוכרים בישראל, מרכז אלטפולה - עמותה העוסקת בחינוך בריאות לגיל הרך והעצמת נשים ערביות ועדאלה.

העותרים טוענים כי "משרד הבריאות לא מספק לכפרים הלא מוכרים בנגב שירותי אם וילד". וכדי לקבל את השירות, "על נשים בהריון או אחרי לידה לנסוע לתחנות המרוחקות מהכפר, מרחק הצורך 3 שעות שחלקן ללא תחבורה ציבורית, מתבצע בהליכה רגלית בדרכים לא סלולות, לא עבירות ומסוכנות." נטען בעתירה.

העותרים טוענים כי מטבעם של שירותי רפואה מניעתיים להיות נגישים וזמינים "אי אפשר לבקש מאישה הרה עם ילדיה שתסע ותלך ברגל למשך שעות, עד שתגיע לתחנת אם וילד הרחוקה מהכפר שלה" וזאת, כאשר בישובים היהודים בנגב הנגישות והזמינות של רפואה זו הינן מקסימליות שבהם "ממוצע המרחק בין התחנה לבריאות המשפחה ולבין מרכז הישוב אינו עולה על 5 דקות נסיעה" נטען בעתירה.

העדר רפואה מונעת נגישה לנשים וילדיים בכפרים הלא מוכרים "פוגע באופן קיצוני בחיי בני האדם. שכן נתוני משרד הבריאות מעידים כי, שיעור תמותת תינוקות בכפרים הבדואים הלא מוכרים הוא הגבוה ביותר בישראל. שיעור חיסוני הילדים הוא הנמוך ביותר בישראל. קרוב ל-50% של ילדי אוכלוסייה זו מאושפזים בשנת הריים הראשונה. מעל 50% של התינוקות הבדואים

סובלים מחוסר דם. שיעור המומים המולדים גבוה פי 4 באוכלוסייה זו לעומת האוכלוסייה היהודית." צוין בעתירה.

העותרים מצרפים חוות דעת של מומחים הקובעות כי "הספקת שירותי רפואה מניעתיים לאם וילד בכפרים הלא מוכרים בנגב יוריד מהשיעורים הגבוהים ובעיקר שיעור תמותת הילדים."

בעתירה טוענת עדאלה כי משרד הבריאות חייב לספק שירות חיוני זה בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי המטיל האחריות להספקת השירות על משרד הבריאות וקובע שהשירות חייב להיות זמין ונגיש, היינו, וכלשון החוק "במרחק וזמן סביר מבית מגורי הנזקקים". כמו כן, משרד הבריאות מפר את הזכויות החוקתיות של הנשים והילדים בניגוד לאמור בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו המגן על הזכות לחיים, שכן "מטרת הרפואה המניעתית אינה לספק תנאים לחיים טובים יותר, אלא לספק תנאים מינימאליים ביותר לשמירה על החיים, חיי האמהות וילדיהן." בנוסף, העותרים טוענים כי משרד הבריאות מפלה אותם לרעה בכל הקשור לנגישות והזמינות של תחנות אם וילד, שכן ביישובים היהודים בנגב, הנגישות לתחנות אלו הינה מקסימאלית ביותר.

בנוסף לכל אלה, העותרים טוענים, שהמרחק הלא סביר של תחנות אם וילד, בצד המחסומים החברתיים המסורתיים האוסרים על נשים בדואיות לצאת את כפרם ללא ליווי גבר קרוב, הפכו את חיי הנשים הבדואיות לערובה בידי בעליהן, "האישה אינה אדונה על גופה או בריאותה, היא מנועה לצאת לבדה למרחקים מחוץ לכפר, אם בעלה לא יסייע לה, עליה להישאר בביתה ולהתייטר לבדה. נכון שמשרד הבריאות אינו אחראי על המסורת בכפרים, אך בוודאי הוא חייב לנקוט בצעדים כדי למנוע הפגיעה הקיצונית בחיי הנשים במיוחד כאשר הדבר נופל בגדר סמכותו." נטען בעתירה.

ליתר פרטים: נא להתקשר לגב' בסמה אבו גיאבר, מנהלת עדאלה לטלפון: 04-9501610.

7115/97 ז"צ

בבית המשפט העליון

בשבתו לבית משפט גבוה לצדק

1. עדאלה - המרכז המשפטי לזכויות המיעוט הערבי בישראל
 2. אגודת הארבעים
 3. מרכז אלטסולה - ארגון מעונות לילדים
- ו-121 אחרים

ע"י ב"כ עו"ד חסן ג'בארין ואו ג'מיל דקואר ואו סאמרה
 אסמיר ואו סוהאד בישארה ואו סאידה ביאסדה ואו מוחמד
 דחלה ואו איאד ראבי ואו אוסמה חלבי ואו ראקיף זורייק
 ת.ד. 510 שפרעם טל: 04-9501610 פקס: 04-9861173

העותרים

- ג ג ז

משרד הבריאות

על ידי פרקליטות המדינה,
 משרד המשפטים ירושלים

המשיב

תגובה מטעם המשיב

1. העותרים פנו אל בית המשפט הנכבד בבקשה לפי פקודת בזיון בית משפט (להלן - הפקודה), בה התבקש בית המשפט להטיל על המשיבים תשלום קנס והוצאות לדוגמא, בשל אי קיום החלטת כבוד בית המשפט מיום 25.3.99.
2. פסק-דינו של בית המשפט הנכבד קובע כדלקמן:

"הפתרון שחוצע - 6 תחנות וחשעות - הוא סביר בנסיבות
 הענין, ואין צידוק לחתערבותו. אם יתברר כי החסדר

המוצע אינו פותר את הבעיה, באופן שיש אוכלוסיה שאין לה מרכז שיש הסעה אליו, יוכלו העותרים לחזור אלינו.

העתירה נדחית.

ניתן היום, ח' בניסן התשנ"ט (25.03.99), בפני באי כוח הצדדים."

3. פסק-הדין, הדוחה את העתירה, אינו כולל צווים המכוונים כנגד המשיב עם לוחות זמנים לביצוע הצווים (הגם שלוחות זמנים שכאלה הוצגו לבית המשפט עובר למתן פסק-הדין). אף בהנחה שהפקודה חלה על ההליך שבפנינו, דומה כי לא ניתן להעניק הסעדים המבוקשים על-ידי העותרים.

4. מבלי להידרש לסוג החליף ולטיבו, מבקש המשיב להבהיר כי, מן הטעמים שיפורטו להלן, לא עלה בידו לעמוד בלוחות הזמנים בהם קיבל על עצמו להקים שלוש תחנות טיפת חלב (עד חודש מאי 1999), וסביר להניח כי לא יהא בידינו להקים שלוש תחנות טיפת חלב נוספות עד חודש מרץ 2000. תחנות טיפת החלב מיועדות עבור בני השבטים: אל עוזמה, אל אטרש, אבו-בן, אל הואשלה, אל עסאם ומרעית.

עם זאת, פועל המשיב במלוא המרץ להבטחת חקמת שש תחנות טיפת החלב, בכל ההקדם האפשרי. כפי שעולח ממכתבה של רופאת המחוז, ד"ר בלמקר, אין שום קשר בין התפרצות חיידק הפנוימוקוקוס לבין העדר תחנות טיפת חלב נגישה באזור שבט אבו קרינאת. ראשית, חלק מבין חמשת התינוקות שחלו, מתגוררים בערוער, ישוב בו מצויות שתי תחנות טיפת חלב; שנית, והוא עיקר, לא קיים בארץ חיסון נגד פנוימוקוקוס המאושר לשימוש בתינוקות מתחת לגיל שנתיים. אי לכך, החיסון נגד פנוימוקוקוס אינו מצוי בשיגרת החיסונים המומלצת בארץ לתינוקות.

עותקי המכתבים של ד"ר בלמקר, רופאת המחוז ורופאת חלשכה מצורפים ומסומנים באותיות "א" ו-"ב".

5. לחלק תפורט חשתלשלות העניינים הנוגעת לחקמת תחנות טיפת החלב, כפי שזו הובררה לב"כ העותרים:

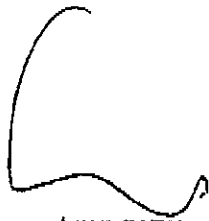
ב-16.3.99, עוד לפני מועד מתן פסק-הדין, פירסם משרד הבינוי והשיכון בעתונות מכרז לבניית שלוש התחנות הראשונות.

עוֹתֵק הַפְּרָסוּם בְּעֵתוֹנוֹת מִצּוּרָף וּמִסוּמָן בְּאוֹת "ג".

6. לאור תצעות המחיר הגבוחות, שהוצגו על-ידי מגישי ההצעות, בוטל המכרז במהלך חודש אפריל 1999.
7. לאחר ביטול המכרז על-ידי משרד הביטוי והשיכון, בחנה לשכת הבריאות במחוז הדרום אפשרויות נוספות להקמת התחנות בכל ההקדם. אחת האפשרויות שנבחנו חיתה הקמת התחנות על-ידי קופת חולים כללית, באמצעות תקציב שיועבר על-ידי משרד הבריאות. בסופם של חליכים ממושכים חזרה בה קופת חולים מנכוונתה להקים את טיפות החלב.
8. עיכוב נוסף נבע מן ההליכים שנגעו להעברת הזכויות במקרקעין עליהם יוקמו תחנות טיפת החלב.
9. לאתרונה, פנה משרד הבריאות אל ועדת הפטור שחוקמה מכח תקנות חובת המכרזים, התשנ"ג-1993, על מנת שזו תאשר מתן פטור מפרסום מכרז להקמת תחנות טיפת החלב. הועדה התכנסה והמליצה על מתן הפטור המבוקש. המלצת הועדה הועברה אל החשב הכללי.
10. בנסיבות אלה, תערך לשכת הבריאות המחוזית להקמת תחנות טיפת החלב בכל ההקדים האפשרי.
11. המשיב מבקש לשוב ולדווח לבית המשפט הנכבד על ההתפתחויות שיחולו בעוד חודש ימים. המשיב מניח כי בתום חודש ימים יהא בידו להצביע על לוחות זמנים מפורטים יותר לביצוע העבודות.
12. בכל הנוגע להסעות, יבקש המשיב להבחיר כי למטופלים בני שבת אבו קרינאת ניתנו הסעות לתחנות טיפת חלב בערוער ב' החל מיום 1.2.99, בימים א' ו-ד'.
- נוכה אי התענות של בני חשבט לשירות החסעות, הוחלט תחילה לבטל את אחת החסעות ולקיים חסעת שבויעית אחת. חסעת זו אף היא לא נוצלה על-ידי בני חשבט, לפיכך הוחלט לבטלת.

עותק מכתב החיימ אל ב"כ העותרים - שלא צורף לבקשה - מצורף ומסומן באות "ד".

13. העובדות המפורטות בהודעה זו נתמכות בתצהירו של מר מוטי סבג, ממונה מינהל בריאות בלשכת הבריאות, מחוז הדרום.



אסנת מנדל

ממונה על ענייני הבג"צים
בפרקליטות המדינה

היום, א' אדר א, תש"ס
7 פברואר, 2000