

## חוות דעת – שדה בריר ותסקירי השפעה על הבריאות

אנו, פרופ' נדב דוידוביץ' וד"ר מיה נגב, החתומים מטה נתבקשנו על ידי מרכז עדאלה, המייצג את תושבי אלפורעה וארגונים נוספים בעתירה נגד כריית הפוספטים בשדה בריר, לחוות דעתנו בשאלות מקצועיות הנוגעות לתחום עיסוקנו ומומחיותנו, כמפורט להלן.

הננו נותנים חוות דעתנו זו במקום עדות בבית משפט ואנו מצהירים בזאת כי ידוע לנו היטב, שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין חוות דעתנו זו כשהיא חתומה על ידינו כדין עדות בשבועה שנתנו בבית המשפט.

מטעמים של גילוי נאות יצוין כי חוות דעת דומה הוגשה על ידינו לבית המשפט בבג"ץ 1016/16 **עיריית ערד נ' המועצה הארצית לתכנון ולבניה** וזאת לבקשת ההסתדרות הרופאים בישראל (הר"י) אשר ביקשה להצטרף להליך כידיד בית משפט.

כמו כן, יצוין כי פרופ' דוידוביץ' כיהן בעבר כיו"ר הוועדה המנהל של עמותת רופאים לזכויות אדם, הנמנית על העותרים בעתירה זו, ומכהן כיום כחבר בוועדת האתיקה של הארגון.

### א. אלה פרטי ניסיונו

**פרופ' נדב דוידוביץ'** הוא רופא מומחה באפידמיולוגיה ובריאות הציבור ופרופסור מן המניין במחלקה לניהול מערכות בריאות בפקולטה למדעי הבריאות והפקולטה לניהול ע"ש גילפורד-גלזר, אוניברסיטת בן גוריון בנגב. פרופ' דוידוביץ' משמש כראש המחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב. הוא מרצה בתחומים של מדיניות בריאות, בריאות הציבור, קידום בריאות, מערכת הבריאות בישראל, אתיקה של בריאות הציבור וגלובליזציה ובריאות. פרופ' דוידוביץ' הינו חוקר נלווה במרכז להיסטוריה ואתיקה של בריאות הציבור, בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת קולומביה, ניו-יורק, וכן בבית הספר לבריאות הציבור של אוניברסיטת אילינוי, שיקגו.

פרופ' דוידוביץ' שימש כראש מדור אפידמיולוגיה בענף בריאות הצבא (2003-2005) וכרופא בריאות ציבור בלשכת הבריאות מחוז מרכז, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות (2007-2008). במסגרת מלגת פולברייט היה פרופ' אורח בבית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת קולומביה, ניו יורק (2005-2006) ופרופ' אורח בבית הספר לבריאות הציבור של אוניברסיטת אילינוי, שיקגו.

מחקריו של פרופ' דוידוביץ' עוסקים בנושאים של מדיניות בריאות, אי שוויון בבריאות, בריאות והגירה, מדיניות חיסונים, מדיניות בריאות וסביבה והיסטוריה ואתיקה של בריאות הציבור.

פרופ' דוידוביץ' משמש במספר ועדות ברמה הלאומית והבינלאומית, ביניהן: ועד המנהל של איגוד בריאות הציבור האירופי; ראש הסניף היס תיכוני של הארגון הבינלאומי לאפידמיולוגיה סביבתית; המועצה הלאומית לקידום בריאות; הוועדה המייעצת למשרד הבריאות ומשרד הגנת

הסביבה לאפידימיולוגיה סביבתית; הועדה המייעצת למשרד הגנת הסביבה ליישום חוק אויר נקי וקבוצת עבודה לקידום תסקירי השפעה על הבריאות בישראל.

פרופ' דוידוביץ' פרסם למעלה מ- 90 מאמרים ופרקים, ערך 4 ספרים וקבצי מאמרים. פרסומיו מופיעים בעיתונים מובילים בתחום הרפואה, בריאות הציבור ומדיניות בריאות כגון: New England Journal of Medicine, Clinical Infectious Diseases, Emerging Infectious Diseases, Journal of Pediatrics, Vaccine, Social Science and Medicine, and Law & Contemporary Problems.

**ד"ר מיה נגב** היא חברת סגל בביה"ס לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה, במגמת בריאות סביבתית ותעסוקתית. ד"ר נגב עוסקת במדיניות בריאות וסביבה בהיבטים שונים ובהם משילות, יחסים בין משרדי ממשלה, שיתוף ציבור ותסקירי השפעה על הבריאות, ובנושאים שונים בהם כימיקלים במוצרי צריכה, זיהום אוויר, שינוי אקלים וחומרי הדברה. היא מחברת מובילה בפרק הבריאות בפרויקט שירותי מערכת של המארג בחסות האקדמיה הלאומית למדעים, וחברת הוועד המנהל של מכון הערבה ללימודי הסביבה.

הדוקטורט של ד"ר נגב, באוניברסיטת בן גוריון, עסק בגישה רב תרבותית למדיניות סביבתית, במקרה של תסקירי השפעה על הבריאות. לאחר מכן הייתה ראש תחום מדיניות סביבתית בביה"ס לממשל ומדיניות ע"ש הרטוך באוניברסיטת תל אביב, שם ערכה מחקרים על היבטים בין-משרדיים של בריאות וסביבה, הערכות לרעידות אדמה ומדיניות ניקיון בישראל.

ד"ר נגב פרסמה קרוב ל-20 מאמרים ופרקים והייתה שותפה למחקרים באוניברסיטת ברקלי, קליפורניה ו-London School of Hygiene and Tropical Medicine, וכן בארגון מספר כנסים ובהם כנס המידבור הבין-לאומי, בחסות אונסקו.

## **ב. מבוא**

מטרת מסמך זה לסקור את העקרונות המרכזיים של תסקירי השפעה על הבריאות (Health Impact Assessment – HIA) וההבדלים המשמעותיים בינם לבין תסקירי השפעה על הסביבה, ולאחר מכן לבחון את ההשלכות של אי יישום ביצוע תסקיר השפעה על הבריאות במקרה של תכנון מכרה פוספטים בשדה בריר.

אנו מזהירים מפני הסכנה לבריאות הציבור כתוצאה מהחלטת המועצה הארצית לתכנון ובנייה לאשר כריית פוספטים בשדה בריר, בניגוד לעמדת משרד הבריאות ולחוות דעת של מומחים בבריאות הציבור ובאפידימיולוגיה סביבתית, הן מישראל והן מחו"ל.

מעבר להחלטה הספציפית לכרות פוספטים בשדה בריר ואשר צפויה להביא לפגיעה בבריאות התושבים המתגוררים בסביבתה לרבות עלייה בשיעור התמותה בצורה שאינה עומדת בסטנדרטים המקובלים בעולם המערבי, ושעל כן אנו מתנגדים לה, תהליך קבלת ההחלטות במקרה זה וההתעלמות משיקולים בריאותיים מצביע על החוסר בחקיקה ואסדרה ברורה בישראל של שיקולי הבריאות בהליכי תכנון, שלהם גם השלכות כלכליות ארוכות טווח על המשק

הישראלי. שכן, בעוד מוסדות התכנון הסתמכו על תסקיר השפעה על הסביבה - אשר נערך לפני שנים רבות ובטרם ההכרה ביישוב אלפורעה ואשר התייחס לשטח כרייה קטן ביותר ואף עלו ספקות לגבי מהימנותו - ההליך לא כלל בחינה עמוקה וממצה להשלכות הבריאותיות של הכרייה על התושבים. היבטים אלה, כפי שיוסבר בהמשך, אינם מכוסים על ידי תסקיר ההשפעה על הסביבה וכי התסקיר המתאים לבחינתם הינו תסקיר השפעה על הבריאות.

### ג. ההבדלים בין "תסקיר השפעה על הסביבה" לבין "תסקיר השפעה על הבריאות"

**תסקיר השפעה על בריאות (Health Impact Assessment; להלן: "HIA")**<sup>1</sup> הוא כלי המאפשר למקבלי החלטות, בעיקר בתחום המדיניות הציבורית, להבין את התוצאות הבריאותיות שעלולות לנבוע מהחלטות תכנוניות ואת האופן שבו ההשפעות מתחלקות בתוך האוכלוסייה. התסקיר כולל, בין השאר, המלצות על האופן שבו ניתן לצמצם השלכות בריאותיות שליליות על האוכלוסייה ולהגביר את ההשפעות החיוביות על הבריאות. תסקיר מסוג זה מוגש לרוב מכוח העיקרון המנהלי הנוגע לשיתוף בהליך. התסקיר מגלם תפיסות של הוגנות, פיתוח בר-קיימא ושימוש אתי בעובדות מדעיות.<sup>2</sup>

HIA פותח על ידי ארגון הבריאות העולמי בשיתוף עם אנשי בריאות הציבור ברחבי העולם, מתוך ביקורת על תסקיר השפעה על הסביבה (environmental impact assessment, EIA). הסיבה לכך היא ש-EIA אינו סוקר את ההשפעה על בריאות האדם על פי ההגדרה של ארגון הבריאות העולמי משנת 1946:

*"בריאות היא מצב של רווחה פיזית, נפשית וחברתית מושלמת ולא רק העדר מחלה."*

אלו הם החסרים המהותיים ב-EIA מבחינת בריאות הציבור:

1. EIA מתייחס לחלק מההיבטים של בריאות פיזית, אך לא כולם, ואינו מתייחס לבריאות נפשית וחברתית.
2. לגבי בריאות פיזית, EIA מתמקד בהערכת ההשפעה על רמות זיהום סביבתי (למשל אוויר, מים), אך אינו כולל בבסיסו תרגום של הממצאים ל"הערכת חשיפה" – הערכת דרכי החשיפה העיקריות של האוכלוסייה לכל מזהם ולכלל המזהמים יחד, ופירוט המשמעות בהשפעה הכמותית על תחלואה ותמותה של בני אדם.
3. EIA מתמקד במדעי הסביבה, ואינו כולל בבסיסו בחינה של השפעות בריאותיות נוספות, מתחומי החברה, הכלכלה, הדירור ושירותי הבריאות. למשל: השפעה על נגישות לתעסוקה ושירותי בריאות, חינוך ורווחה, השפעה על שינוי באפשרויות

<sup>1</sup> בספרות המקצועית בישראל מפרשים לעתים את המונח Assessment כ-"סקר" ולא כ-"תסקיר" (במובן של מסמך הערכה); התסקיר הוא מסמך סטטוטורי, המופקד ומאושר כחלק ממסמכי התכנית. מקובל לשלב את פרק ההוראות האופרטיביות של התסקיר גם בתוך מסמכי התכנית, דבר שניתן לעשות גם עם הנחיותיו של סקר. אולם, סקר אינו מסמך המוצג לעיון הציבור בהליך הסטטוטורי של אישור תכנית בניה וככזה, אינו מחייב.

<sup>2</sup> World Health Organization. (2006). *Health Impact Assessment, Toolkit for Cities, Document 1. Background document: concept, process, methods: Vision to Action*. Geneva, Switzerland.

תעסוקה לאוכלוסייה, למשל תעסוקה הכרוכה בחשיפות לזיהום סביבתי, השפעה על דיור, והשפעה על אפשרות לבצע פעילות גופנית בסביבה מתאימה.

4. EIA אינו מתייחס לאי שוויון וצמצום פערים בבריאות, שהוא עקרון מפתח בבריאות הציבור. EIA אינו ממפה את האוכלוסיות הרלבנטיות השונות אשר מושפעות מתהליך התכנון ועל כן לא מעריך באופן דיפרנציאלי את ההשפעה הבריאותית על אוכלוסיות שונות, בדגש על אוכלוסיות במצב חברתי כלכלי נמוך, אוכלוסיות מודרות, אוכלוסיות בסיכון (כגון נשים בהריון, ילדים, קשישים), זיהוי מבנים המאכלסים אוכלוסייה רגישה כגון בתי-חולים ומוסדות חינוך ועוד.

5. EIA לרוב אינו כולל שיתוף הציבור, ושימוש בידע אזרחי-מקומי – ידע שמיוצר על ידי חוקרים ואזרחים בשיתוף פעולה מחקרי (citizen science).

6. EIA נערך בעיקר בהחלטות תכנוניות של פרויקטים גדולים, בעוד מהלכים תכנוניים רבים אחרים, וכן החלטות מדיניות, הם בעלי השפעה על בריאות הציבור.

7. EIA עושה שימוש בכלים כמותניים בלבד (מספריים) בעוד HIA עושה שימוש הן בכלים כמותניים והן בכלים איכותניים (כגון ראיונות, תצפיות, קבוצות מיקוד).

בעולם קיימות מספר גישות לשילוב סקירה של שיקולי בריאות בקבלת החלטות, הגישה הכוללת היבטי בריאות כפרק בתוך EIA, הגישה הגורסת כי יש לבצע כל תסקיר בנפרד, וגישה הכוללת תסקיר משולב הכולל היבטי סביבה, בריאות, כלכלה וחברה. HIA המבוצע כתסקיר עצמאי כולל חמישה שלבים.<sup>3</sup>

לדוגמה, המועצה האירופית עורכת "תסקיר השפעה" כולל על כל הצעת מדיניות (לעומת ישראל בה נערכים תסקירי השפעה על הסביבה על החלטות תכנוניות אבל לא על מדיניות). התסקיר שעורכת המועצה האירופית הוא משולב, וכולל היבטים כלכליים, סביבתיים וחברתיים, כאשר ההיבטים החברתיים כוללים היבטים בריאותיים.<sup>4</sup>

באנגליה, בה פותחו תסקירי השפעה על הבריאות לראשונה, הם עדיין אינם מחויבים ע"פ חוק. עם זאת, רשויות מקומיות רבות בוחרות לערוך תסקירי השפעה על הבריאות באופן מערכתי. התסקיר נערך על פי רוב ע"י אנשי בריאות הציבור במגזר הציבורי ונהוג שיתוף פעולה עם אנשי

<sup>3</sup> (א) סינון: בדרך-כלל מבצעים HIA לגבי יוזמות שיש מחלוקת לגבי השלכותיהן, בניגוד ליוזמות שלא מצריכות זאת, לאור העובדה כי כבר קיים לגביהן מידע חד-משמעי לגבי ההשלכות הבריאותיות הפוטנציאליות, בין אם חיוביות ובין אם שליליות (נוקים בריאותיים); (ב) תיחום: בשלב זה מוחלט מי צריך להיות שותף בתהליך (ועדת היגוי), באיזה אופן יעשה השלב הבא ולגבי אילו אוכלוסיות צריך לבצע את הבדיקה. הפרוצדורה כשלעצמה כפופה לעקרונות הנהוגים בגיבוש וועדות תכנון ובניה; (ג) הערכה: לב התסקיר. יכול להיעשות בשיטה מקוצרת או מפורטת. בשיטה המקוצרת נשענים על מידע קיים. בשיטה המפורטת אוספים מידע באמצעות סקרים ומדידות. המידע שנאסף כולל מידע סוציו-דמוגרפי על האוכלוסייה שעשויה להיות מושפעת מההחלטה הנדונה, מידע על תנאי המגורים שלה, מידע בריאותי, סביבתי ומידע על נגישות ושימוש בשירותים. את אומדן ההשפעות על גורמים אלה קובעים בהסתמך על עובדות מדעיות, אשר גם מסייעות לאמוד את ההשפעות הבריאותיות, בשילוב עם ניתוח רצונות הציבור. ניתן להשתמש במידע כמותי או איכותני; (ד) דיווח: המיפוי והממצאים הנ"ל מוצגים למקבלי ההחלטות יחד עם המלצות לשינויים בהצעה כך שיקטינו את הנוקים הבריאותיים או יחזקו את ההשפעות החיוביות. כל הצעה שמוגשת נשענת על עובדות מדעיות; (ה) ניטור והערכה: מעקב אחר יישום ההמלצות ואחר התוצאות בשטח World Health Organization. (2006). *Health Impact Assessment, Toolkit for Cities, Document 1. Background document: concept, process, methods: Vision to Action*. Geneva, Switzerland [http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/index_en.htm)<sup>4</sup>

אקדמיה. קיימת שונות רבה בין רשויות בנוגע לעריכת התסקיר בנפרד או במשולב עם תסקירים אחרים, לונדון היא דוגמה לעיר הסוקרת שיקולי בריאות באופן מערכת, בעבר הדבר נעשה במסגרת תסקיר השפעה על הבריאות לכשעצמו, אולם כיום המגמה היא לכלול דיון בנושא בריאות הציבור בתוך תסקיר השפעות כולל. בוילס קיימת דרישה לערוך תסקירי השפעה על הבריאות, בנפרד מתסקירים אחרים. בית המחוקקים שם הקים יחידת תסקירי השפעה על הבריאות באוניברסיטת קרדיף לצורך קידום התסקירים, הכשרת סוקרים ותמיכה.<sup>5</sup> בסקוטלנד ואירלנד בתי המחוקקים ממליצים על עריכת תסקירי השפעה על הבריאות, אך אין חובה כזו. בארה"ב, קנדה ואוסטרליה נערכים תסקירים ביוזמת רשויות מקומיות באופן קבוע.

בישראל התקיימו מהלכים לשילוב הערכת ההשפעה על הבריאות בתסקירי השפעה על הסביבה,<sup>6</sup> והתקיימו מספר ישיבות בנושא בוועדה המשותפת לבריאות וסביבה של ועדת הפנים והסביבה וועדת הבריאות והרווחה בכנסת. משרד הבריאות פעל לקידום HIA, או גרסה אחרת של בחינת השלכות בריאותיות כגון הערכת סיכון בריאותי (health risk assessment, HRA), ואף הגיע להסכמות עם המשרד להגנת הסביבה. מינהל התכנון תמך במהלך, וסוכם על ביצוע פיילוט, ואף הוגשה הצעת חוק להוספת שיקולי בריאות לתסקירי השפעה על הסביבה,<sup>7</sup> אולם הנושא לא התקדם בשנים האחרונות.

#### **ד. שדה בריר כמקרה בוחן**

לאור האמור לעיל, ברור לכל שתהליך קבלת ההחלטות לגבי הקמת מכרה פוספטים בשדה בריר, הינו תהליך לקוי. היעדר ביצוע תסקיר השפעה על הבריאות לאור העקרונות שנסקרו לעיל והיעדר התחשבות בשיקולים בריאותיים ואי מתן משקל להשלכה של הכרייה על בריאות התושבים הגרים בסביבה הובילו לתהליך קבלת החלטות פגום ושגוי אשר יפגע בסופו של דבר בבריאות הציבור. בין היתר, עמדתו של משרד הבריאות המתנגד לכרייה לא נדונה כראוי בוועדה, לא נעשה ניתוח מספק על כל ההשפעות הבריאותיות האפשרויות כתוצאה מהקמת המכרה, לא נכללו כל האוכלוסיות הרלבנטיות אשר יושפעו מהכרייה – בדגש על האוכלוסייה הבדואית אשר מתגוררת באזור המתוכנן לכרייה ולא נעשה תהליך שיתוף ציבור כמקובל בתהליכים של תסקירי השפעה על הבריאות (HIA).

חשוב להדגיש כי בעבודתו של פרופ' סאמט, מומחה להשפעה של כרייה על הבריאות שהוזמן על ידי משרד הבריאות לתת חוות דעת לגבי שדה בריר, נאמר במפורש לגבי אפשרות של קידום פיילוט כרייה, כי בהתחשב בפרמטרים לכרייה הפיילוט כפי שהוצגו בפניו, לא ניתן יהיה להשתמש בניסיון שייצבר כדי להבטיח כי לא יהיו שום השלכות בריאותיות שליליות בכרייה מלאה. כריית פיילוט שתשקף טוב יותר את התנאים שסביר שישפיעו על מרכזי האוכלוסייה הסמוכים יכולה להיות יותר אינפורמטיבית, אך לא סביר שתהיה קבילה על התושבים החשופים פוטנציאלית. בהתייחסותו למודל AERMOD של פיזור זיהום האוויר כתוצאה מהכרייה מצייין פרופ' סאמט, כי

<sup>5</sup> <http://www.wales.nhs.uk/sites3/home.cfm?OrgID=522>

<sup>6</sup> רונן, י. 2010. בחינת האפשרות לשלב הערכת סיכון בריאותי בתסקיר השפעה על הסביבה. מרכז המידע והמחקר של הכנסת.

<sup>7</sup> הצעת חוק התכנון והבניה (תיקון – תסקירי השפעה על הסביבה ועל הבריאות), התשע"א–2011. פ/3163/18

המודל הנ"ל לא כויל לכריית פוספט באזורים מדבריים, אלא לכריית פחם, באופן שלא מאפשר באמת להעריך את ההשפעה הבריאותית.

יצוין כי היישוב אלפורעה הוא יישוב מוכר ואילו בתוכנית ההתייחסות אליו היא כ"פזורה" שאפשר לפנות ממקום מגוריה לצורך כריית המכרה. לכן, לא נבדקו כלל ההשפעות הבריאותיות על תושבי אלפורעה בבדיקות קודמות, לרבות דוח סאמט. לעומת זאת תסקיר ההשפעה על הבריאות היה מביא בחשבון את ההשלכות מתחום הבריאות, החברה, הכלכלה, הדיור ושירותי הבריאות על כלל התושבים ובכללם תושבי אלפורעה. בנוסף תסקיר השפעה על הסביבה לא כלל התייחסות מובחנת לתושבים הבדואים כקבוצת סיכון בהקשר הבריאותי, בשל מצב סוציו אקונומי ותנאי מחייה.

אך בסופו של דבר חמור מכך – תסקיר השפעה על הבריאות אשר אמור להיעשות מתוך בחינה של חלופות שונות, תוך התייחסות רחבה למגוון ההשפעות הבריאותיות (כולל למשל השפעות על איכות חיים, רווחה ובריאות נפשית ולא רק למחלות נשימה וסרטן), ותוך התייחסות למגוון האוכלוסייה – כולל האוכלוסייה הבדואית המצויה במקום, לא נלקח כלל בחשבון. שלא לומר שלא נעשה שיתוף ציבור כמקובל.

בהקשר אחרון זה נדגיש, כי תסקיר השפעה על הבריאות - להבדיל מתסקיר השפעה על הסביבה עליו נסמכה המועצה הארצית בהחלטתה - היה מתייחס להיבטים בריאותיים נוספים שנעדרו כליל מתסקיר המשרד לאיכות הסביבה. כך, למשל, מתעלם התסקיר שעל פיו אושרה התוכנית מקיומם של בדואים בשטח. התעלמות זו אינה עולה בקנה אחד עם ההחלטה להכיר ביישוב אלפורעה ועל כן ברור כי התסקיר לא בחן את השפעת הכרייה על תושבים אלפורעה שנמצאים במקום. הדברים מקבלים משנה חומרה לאור העובדה כי הבדואים הם אוכלוסייה חלשה אשר מטבע הדברים חשופה יותר מהאוכלוסייה הכללית להשפעה של הכרייה ולסיכונים הנגרמים בעקבותיה. יתרה מכך, התסקיר לא בחן את השפעת המהלך על בריאות הציבור בקרב האוכלוסייה הבדואית שהמשמעות מבחינתה היא פינני - שלא בהכרח מרצון - מאזור בו היא חיה זה עשרות שנים וחלקה אף מהתקופה שעוד לפני קום המדינה. לפינני כאמור ההשלכות משמעותיות ומוכרות במחקר על בריאות הציבור במישורים של דיכאון, מצב הדחק, תעוקה נפשית. כל שיקולים אלה הנוגעים לבריאות של תושבי אלפורעה לא נשקלו בעת דורגו החלופות ונבחרה החלופה של כרייה בשדה בריר כאופציה מועדפת. שיקולים אלה אף לא היו מונחים בפני המועצה הארצית עת אישרה את התכנית ומשכך אף לא נשקלו על ידה.

בדומה, לא נלקחה בחשבון הפגיעה שתיגרם לתושבים שעברו להתגורר בערד נוכח קשיי נשימה ובעיות אסתמה. הפגיעה שעלולה להיגרם לתושבים אלה לא נשקלה כלל, אך יש להניח כי אילו הייתה המועצה הארצית דורשת הכנת תסקיר עצמאי של בריאות הציבור, היה העניין עולה במסגרת הליך השיתוף המקובל בתסקירים אלה.

אלה הן רק דוגמאות לפגיעות אפשריות בבריאות הציבור שאינן באות לידי ביטוי במסגרת מערך השיקולים ששקלה המועצה הארצית על פי החומר שהונח לפנייה, וזאת מהטעם שלא הונח לפנייה תסקיר השפעה על הבריאות על אף החששות הממשיים והמבוססים לפגיעה בבריאות הציבור.

**ה. לאור זאת על פי חוות דעתנו אנו ממליצים:**

- (1) לאמץ את עמדת משרד הבריאות, אשר המליץ לא לאשר את כריית הפוספטים בשדה בריר בשל הפגיעה הבריאותית בתושבים עקב הכרייה העתידית או לכל הפחות לשקול אותה במובחן מתסקיר השפעה על הסביבה אשר הוכן על פי חוק אוויר נקי והוגש על ידי המשרד להגנת הסביבה.
- (2) לערוך תסקיר השפעה על הבריאות בשלב הזה של התכנון בו נבחנות החלופות. עריכת תסקיר השפעה של הבריאות כעת יכולה להוביל להערכה מחדש של החלופות ולבחירת חלופה אחרת. על כן, עריכת תסקיר ההשפעה על הבריאות בשלב מאוחר יותר אין בה כדי להועיל. ההמלצה היא להכין תסקיר השפעה של הבריאות כבר בשלב זה של בחינת החלופות לעומת השלב של התכנון המפורט שאז חלופת אפס וחלופות אחרות אינן קיימות עוד.
- (3) להכיר בחובתן הציבורית של רשויות ציבור ומינהל לקבל תסקיר השפעה על הבריאות כאשר מתגלה חשש מבוסס לבריאות הציבור, וזאת כנגזרת של חובתן של רשויות אלה להגן על בריאותם וחייהם של מי שעשויים להיות מושפעים מהחלטותיהם.
- (4) לקדם חקיקה שתעגן את נושא ביצוע תסקירי השפעה על הבריאות בתהליכי תכנון.
- (5) לחייב יזמים להקצות משאבים לתסקיר השפעה על הבריאות, תוך ניתוק הקשר שבין היזם ובעלי עניין לבין מבצעי התסקיר.

ובאנו על החתום, היום, 16 בינואר 2019:

  
ד"ר מיה נגב

  
פרופ' נדב דוידוביץ'