

בתי המשפט

א 8067/06	בבית המשפט המחוזי בירושלים	
25/03/2009	לפני: כב' השופט יצחק ענבר	

בעניין:
1. ציון מחבר
2. שרה מחבר
 ע"י עו"ד עמוס גבעון

התובעים

- נ ג ד -

הסתדרות מדיצינית הדסה
 על-ידי עו"ד יעקב עוזיאל

הנתבעת

פסק-דין

רקע עובדתי

1. במהלך חודש ספטמבר 2004 החל התובע, יליד 1948, לסבול מבלבול ומהפרעות זיכרון. הוא פנה לבדיקה אצל נוירולוג והונחה לבצע בדיקות CT מוחי ו- MRI מוחי. בדיקות אלו הדגימו כי התובע סובל מסיבוך של גידול בהיפופיזה (בלוטת יותרת המוח Pituitary gland), המכונה: Pituitary adenoma with apoplexy, שמשמעו כי דימום פנימי בגידול גרם לחסימה של חדרי המוח וללחץ תוך גולגולתי על גזע המוח ועל עצבי הראייה (נ/2) (ממצאי בדיקת ה CT); עמ' 96 בתיק הרפואי בהדסה (ממצאי בדיקת ה MRI); עמ' 10-11, 14, 17 לחקירתו של פרופ' גרושקביץ; חוות הדעת של פרופ' רפופורט).

2. התובע אושפז במחלקה הנוירו-כירורגית של הנתבעת, ורופאיו המטפלים תכננו לנתחו. ביום 1/10/04, לאחר שהוסבר לתובע כי אפשר שמועד הניתוח יוקדם, ניסה הוא לצאת באופן חד-צדדי מבית החולים. התובע נבלם, לאחר מאבק, על-ידי בנותיו ועל-ידי צוות בית החולים, וקיבל תרופות להרגעה. ביום 2/10/04 עבר התובע ניתוח להוצאת הגידול, זאת לאחר ששלושה רופאים חתמו על "טופס פעולה דחופה" (עמ' 194 בתיק הרפואי בהדסה). לאחר הניתוח נותר התובע משותק בפלג גופו הימני. בדיקות CT שבוצעו לאחר הניתוח הדגימו אוטם מוחי בצד שמאל של המוח (תוצאות בדיקות ה CT מיום 3/10/04 ומיום 5/10/04, בעמ' 1 בתיק הרפואי בהדסה).

3. אין מחלוקת כי נכותו של התובע היא בשיעור 100%. מאז ששוחרר מבית החולים שוהה התובע במוסד סיעודי.

המחלוקת

4. לטענת התובעים, התובע נותח בהעדר הסכמה מצידו או מצד בני משפחתו, ומבלי שאלו יודעו על סיכוני הניתוח ועל אפשרויות טיפול חלופיות. עוד נטען, כי לבני המשפחה נמסר כי פרופ' סגל יהיה המנתח, אך המנתחים בפועל היו שני מתמחים. לתובעים אף לא הוצע לעבור את הניתוח במסגרת שירות הרפואה הפרטי שמפעילה הנתבעת. התובעים הוסיפו וטענו כי הניתוח בוצע ברשלנות ובחוסר מיומנות, אשר הם גרמו לנכות. מכאן עתירתם לחייב את הנתבעת בפיצויים על נזקי התובע. בתמיכה לטענותיהם בעניין האחריות, הקשר הסיבתי והנכות הגישו התובעים חוות דעת וחוות דעת משלימה של הנוירו-כירורג פרופ' גרושקביץ.

5. הנתבעת טוענת מנגד, כי בשל מצבו הקוגניטיבי של התובע לא ניתן היה לקבל את הסכמתו המודעת לניתוח. מאחר שמצבו של התובע חייב ביצוע ניתוח דחוף, ניתנה הסכמה של שלושה רופאים לביצוע הניתוח, וזאת כנדרש כדין. הסיכונים שבאי ביצוע הניתוח בדחיפות, כמו גם הסיכונים שבביצוע הניתוח, פורטו בפני בני משפחתו של התובע, ואלו נתנו את הסכמתם לטיפול. עוד נטען, כי הניתוח בוצע על ידי שלושה רופאים: פרופ' סגל שהוא רופא בכיר ובעל ניסיון רב, ושני רופאים שהיו בסיום התמחותם. הניתוח בוצע לפי הסטנדרטים הרפואיים המקובלים, ולא ניתן היה למנוע את נכותו של התובע. לסיום הכחישה הנתבעת את נזקיו הנטענים של התובע. את טענותיה אוששה הנתבעת באמצעות חוות דעת וחוות דעת משלימה של הנוירו-כירורג פרופ' רפפורט.

6. אלו הן השאלות הטעונות הכרעה:

- א. סוגית ההסכמה מדעת.
- ב. האם הייתה התרשלנות במהלך הניתוח.
- ג. גובה הנזק.

נפנה ונבחן שאלות אלו, אחת לאחת.

הסכמה מדעת

7. מאחר שהטיפול הרפואי שניתן לתובע הוא ניתוח, המנוי בסעיף 1 לתוספת לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, הייתה הסכמתו טעונה מסמך בכתב, וזאת כאמור בסעיף 14(ב) לאותו חוק. אין חולק כי התובע לא נתן את הסכמתו.

8. לטענת התובעים, הנתבעת ניתחה את התובע ללא הסכמתו, ואף לאחר שהביע התנגדות מפורשת לניתוח בעת שניסה לצאת מבית החולים. בכך ביצעה כלפיו עוולה של תקיפה. הנתבעת טענה מנגד, כי יש להחיל על ענייננו את הוראת סעיף 15(3) לחוק, שעניינו במתן טיפול רפואי בהעדר הסכמה מדעת בנסיבות של "מצב חירום רפואי". התובעים השיבו כי על ענייננו חל דווקא סעיף 15(2) לחוק, העוסק במתן טיפול רפואי חרף התנגדות המטופל, ואשר תנאיו לא התקיימו כלל ועיקר. התובעים הוסיפו וטענו, כי אף אם חל סעיף 15(3) לחוק, הרי שגם תנאיו לא התקיימו. נפנה ונבחן טענות אלו ביתר פירוט.

9. סעיף 15 לחוק זכויות החולה קובע כדלקמן:

15. על אף הוראות סעיף 13 -
 (1) מטפל רשאי לתת טיפול רפואי שאינו מנוי בתוספת, גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל אם נתקיימו כל אלה:
 (א) מצבו הגופני או הנפשי של המטופל אינו מאפשר קבלת הסכמתו מדעת;
 (ב) לא ידוע למטפל כי המטופל או אפוטרופסו מתנגד לקבלת הטיפול הרפואי;
 (ג) אין אפשרות לקבל את הסכמת בא כוחו אם מונה בא כוח מטעמו לפי סעיף 16, או אין אפשרות לקבל את הסכמת אפוטרופסו אם המטופל הוא קטין או פסול דין.

(2) בנסיבות שבהן נשקפת למטופל סכנה חמורה והוא מתנגד לטיפול רפואי, שיש לתיתו בנסיבות הענין בהקדם, רשאי מטפל לתת את הטיפול הרפואי אף בניגוד לרצון המטופל אם ועדת האתיקה, לאחר ששמעה את המטופל, אישרה את מתן הטיפול ובלבד ששוכנעה כי נתקיימו כל אלה:
 (א) נמסר למטופל מידע כנדרש לקבלת הסכמה מדעת;

(ב) צפוי שהטיפול הרפואי ישפר במידה ניכרת את מצבו הרפואי של המטופל;
 (ג) קיים יסוד סביר להניח שלאחר מתן הטיפול הרפואי יתן המטופל את הסכמתו למפרע.

(3) בנסיבות של מצב חירום רפואי רשאי מטפל לתת טיפול רפואי דחוף גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל, אם בשל נסיבות החירום, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו מדעת; טיפול רפואי המנוי בתוספת יינתן בהסכמת שלושה רופאים, אלא אם כן נסיבות החירום אינן מאפשרות זאת.

10. מאחר שהטיפול הרפואי שניתן לתובע הוא ניתוח, המנוי בתוספת לחוק, לא חל על ענייננו סעיף 15(1). המחלוקת היא, האם חל סעיף 15(2), או שמא סעיף 15(3).

11. סעיפים 15(2) ו-15(3) לחוק חלים על מערכות עובדתיות שונות: סעיף 15(2) חל על מקרה שבו נשקפת למטופל "סכנה חמורה", המוגדרת כ"נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה לחייו או קיימת סכנה כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי"; לעומת זאת, סעיף 15(3) חל על מקרה של "מצב חירום רפואי", המוגדר כ"נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה מיידית לחייו או קיימת סכנה מיידית כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי דחוף" (סעיף 2 לחוק). רואים אנו, כי בשני המצבים נשקפת לחיי המטופל או לשלמות גופו סכנה חמורה, אך ב"מצב חירום רפואי" עלולה הסכנה להתממש על אתר ויש הכרח בהתערבות רפואית בלא כל דחייה (ראו: אמנון כרמי, בריאות ומשפט כרך א (2003), בעמ' 1094).

12. הבדל נוסף בין שתי הוראות החוק הנדונות נעוץ בעמדתו של המטופל באשר לטיפול הרפואי: סעיף 15(2) חל על מקרה שבו המטופל מתנגד לקבלת טיפול רפואי. סעיף זה קובע כי המטפל רשאי לתת את הטיפול חרף התנגדות המטופל, ובלבד שמתן הטיפול אושר על ידי ועדת אתיקה, אשר שוכנעה בהתקיימותם של כל התנאים המפורטים בסעיף. לעומת זאת, סעיף 15(3) חל על מקרה שבו לא ניתן לקבל את עמדתו של המטופל, לחיוב או לשלילה, לביצוע הטיפול הרפואי, מחמת מצבו הגופני או הנפשי.

13. כדי להכריע בשאלה האם על ענייננו חל סעיף 15(2) או שמא סעיף 15(3), נפרט קמעא את קורותיו של התובע מאז הגעתו לבית החולים ועד לניתוח.

התובע הגיע לחדר המיון של הנתבעת ביום 27/9/04 על מנת לבצע CT מוחי (לפירוט מצבו ראו את גיליון השחרור מחדר המיון מיום 27/9/04, עמ' 69 בתיק הרפואי בהדסה). לאחר ביצוע MRI מוחי אושפז בהסכמתו ביום 29/9/04 במחלקה הנורוכירורגית של הנתבעת. בדיקות ה-CT וה-MRI הדגימו, כאמור, כי קיים דימום פנימי בגידול אשר הביא לחסימה של חדרי המוח וללחץ תוך גולגולתי על גזע המוח ועל עצבי הראייה (נ/2) (ממצאי בדיקת ה-CT); עמ' 96 בתיק הרפואי בהדסה (ממצאי בדיקת ה-MRI); עמ' 11, 14, 17 לחקירתו של פרופ' גרושקביץ; חוות הדעת של פרופ' רפפורט). ביום 1/10/04 נבדק התובע ע"ד ד"ר פרוז, וכך נרשם (עמ' 83 בתיק הרפואי בהדסה):

חולה ממתין לניתוח
לציין ש--- בדיכאון

ביום 2/10/04 נרשם על-ידי ד"ר פרוז (עמ' 83 בתיק הרפואי בהדסה):

החולה אתמול ניסה לברוח מהבית חולים. עם עזרה של איש ביטחון וגם פזיקטר לקחנו אותו תחת סקציה לטיפול נמרץ נורוכירורגי. היה כל הלילה במצב רגוע אחרי Haledol.

על ניסיון התובע לצאת מבית החולים ספרה בתצהירה אשרת יאיר, בתם של התובעים:

ביום שישי ה- 1.10.04 ... פנה ד"ר אייל יצחקיאן, אל אבי, אל אחותי-רינת ואלי ואמר כי ייתכן ויהיה צורך להקדים את הניתוח. מששמע זאת אבי, התקדם לעבר המעלית, הזמין אותה וניסה לברוח. הרופאים החזירו אותו בכוח ...

לאותו אירוע התייחס גם ד"ר יצחקיאן בתצהירו:

ביום 1.10.04 לאחר שד"ר פרוז שוחח עם ציון על האפשרות לביצוע נתוח ציון נכנס לתגובה בלתי רציונלית, היה באי שקט קשה וביקש לצאת מבית החולים. אני ד"ר פרוז והצטרף אלינו הכונן ד"ר סגל, ניסינו לשכנע אותו שלא ילך אך הוא השיב בצורה לא רציונלית והיה ברור כי מצבו המנטלי קשה. כאשר הוא נכנס למעלית ד"ר סגל שם את הרגל כדי למנוע את סגירתה, ציון החל להפעיל כח ולהשתולל, לאור האמור נאלצנו לקרוא לאנשי הביטחון שהשתלטו עליו ורק לאחר שהזרקנו לו זריקת הרגעה יכולנו להוציאו מהמעלית.

במסמך "קבלה רפואית" של מחלקת טיפול נמרץ נוירוכירורגי מיום 1/10/04 (עמ' 64-65 בתיק הרפואי בהדסה) נרשם:

מזה כשלושה שבועות שינויים בהתנהגות רגילה, מבולבל לסירוגין, לא מרוכז, לפעמים חוסר שליטה על סוגרים.

...

בתיאום עם פרופ' סגל הוחלט על אישפוזו להמשך טיפול במחלקתנו. לצייין שהחולה בהכרה מלאה, מסתובב מתהלך ועצמי אך מצד שני התנהגות "פרונטלי", נגטיביסטי וקיים קושי בשיתוף פעולה עימו.

...

נוירולוגית – בהכרה, מתמצא במקום אך לא בזמן...

במסמך "סיכום מחלה" של מחלקת טיפול נמרץ נוירוכירורגי (עמ' 76 בתיק הרפואי בהדסה) נרשם:

כיממה לאחר אישפוזו הדרדר מבחינה התנהגותית – הופיע אי שקט, חוסר מוחלט של התמצאות, לא שיתף פעולה ורצה לעזוב את בית חולים. נבדק ע"י רופא פסיכיאטר, טופל בהלידול, ניזקק לשמירה צמודה. לאור זאת הוחלט לנתחו בהקדם.

ביום 1/10/04 נבדק התובע על-ידי הפסיכיאטרית חנה יובל וכך נרשם (עמ' 81-82 בתיק הרפואי בהדסה):

בן 56 (לדבריו 42)

...

נקראתי בשל אי שקט קיצוני, ניסיון לצאת מהמחלקה. ד"ר פרז נתן לו 5 מ"ג מידזולם. בבדיקתו כעת – בסדציה, עונה בקול שקט על חלק מהשאלות. אינו מתמצא במקום, אינו מתמצא בזמן, מתמצא חלקית בעצמו. סבור שמנסים לפגוע בו. בלא דלוזיות מגובשות. לא ניתן לבצע בדיקה מלאה בשל חוסר שיתוף פעולה.

לדברי ד"ר פרז – רושם ופרונטליות. מאתמול אי שקט. היום, כששוחח עימו על הצורך בניתוח – נכנס למצב אגיטיבי.

רושם - הבדיקה כעת מוגבלת וכן אין אנמנזה כנוספת. הרושם הוא שמצבו קשור למצבו הגופני Delinous state due to SOL. מצב פסיכיאטרי משני וטפול בסטרואידים

...

יש צורך בהשגחה סיעודית, עלול לסכן עצמו בשל חוסר השיפוט הנובע ממצבו הגופני. יש צורך בהמשך מעקב פסיכיאטרי.

...

ביום 2/10/04 רשם ד"ר פרז (עמ' 83 בתיק הרפואי בהדסה):

לפי דיון עם צוות נוירוכירורגית יחד עם המשפחה הוחלט על ניתוח. הסברנו למשפחה לסכנות לעצב הראיה, הפרעות הורמונליות, ??? דמם מוחי. כרגע מבולבל יציב המודינמי.

הניתוח בוצע באותו יום.

14. התובעים לא חולקים על כך שלתובע נשקפה סכנה חמורה, אלא שלטענתם, מצבו לא חייב ניתוח מיידי. עוד נטען, כי ניתן היה לנקוט תחילה בטיפולים שמרניים, כגון הקרנות או מתן הורמונים, ורק מאוחר יותר לבצע ניתוח. לעומתם טענה הנתבעת כי מצבו של התובע חייב ניתוח דחוף.

15. עמדתה של הנתבעת, כי דובר בענייננו ב"מצב חירום רפואי", מעוגנת כדבעי בחוות דעתו של המומחה מטעמה פרופ' רפפורט:

מר מחבר סבל מגידול של בלוטת ההיפופיזה שדימם בתוכו וגרם לחסימה של חדרי המוח עם עליית לחץ בתוך גולגולתי, לחץ על גזע המוח ועל עצבי הראיה. במשך חמישה ימים לאחר גילוי הממצא בצילום CT חלה הידרדרות במצב החולה. הוא הפך למבולבל בלי יכולת לשפוט את חומרת מצבו ועם חוסר הבנה מוחלט. בדיקה פסיכיאטרית אישרה שלחולה אין יכולת שיפוט. בנוסף היו גם סימנים לפגיעה בכושר הראיה. בלא התערבות ניתוחית דחופה היה החולה בסכנת התפתחות עיוורון ובסכנת חיים בשל חסימת החדרים.

עמדת הנתבעת נטועה היטב גם בתצהיריהם של הרופאים המנתחים:

ביום 1/10/04 חלה התדרדרות נוספת בהתנהגותו של התובע. בעקבות ניסיון הבריחה הוסבר למשפחה שהתובע חייב לעבור ניתוח דחוף שכן קיים סיכון ממשי לראיה שלו, למצבו ההכרחי ואף למוות.

...

ביום 2/10/04 התקיים דיון של פרופ' סגל עם הצוות התורן והגענו לכלל מסקנה שלא ניתן להמתין עוד לקבלת הסכמת ציון

לניתוח וקיים סיכון שמצבו עוד ילך, יתדרדר ויחמיר – יגרום לעיוורון ואולי אף למוות.
 בהעדר שיתוף פעולה רציונאלי של ציון, מצבו הבלבולי והשינויים בהתנהגותו הוחלט לבצע לו ניתוח חרום להוצאת הגידול.
 (סעיף 8-9 לתצהיר פרופ' סגל)

עקב שילוב התמונה ההדמיתית עם הסימנים הקליניים של עליה בלחץ התוך גולגולתי, כמו כאבי ראש קשים, בלבול ואי שקט שהחמירו ביום 1/10/04, התחושה שלנו הייתה כי ההידרוקון אצל ציון הגיע למצב קריטי שיכול להביא להתדרדרות מהירה למצב של איבוד הכרה ומוות ולכן החלטנו שאין מנוס לאחר הכנה מתאימה אלא לנתח את ציון ביום 2.10.04, שהיה יום שבת (סעיף 7 לתצהיר ד"ר יצחיאק).

מראיות אלו עולה, כי אף אם תחילה היה התובע נתון במצב של "סכנה חמורה", כמשמעותו בסעיף 2 לחוק זכויות החולה, שכן הרופאים תכננו לנתחו במועד קרוב, אך לא מייד (עמ' 83 בתיק הרפואי בהדסה), הרי ביום 1/10/04 התדרדר מצבו עד כדי "מצב חירום רפואי", אשר הביא את הרופאים להחלטה לבצע את הניתוח לאלתר.

פרופ' גרושקביץ, המומחה מטעם התובעים, לא התייחס בחוות דעתו לשאלת דחיפות הניתוח. בחקירתו בבית המשפט טען תחילה, כי כאשר "יש לחץ לא גדול שאפשר בכלל אולי לתת הקרנות ולא לנתח" (עמ' 84, ש' 6-7), וכי ניתן היה להסתפק בשלב הראשון במתן הורמונים, משום שאצל התובע לא היה כל גירעון נוירולוגי (עמ' 82-83), אולם לאור העובדה שהדברים לא נאמרו בחוות הדעת אלא נכבשו, קשה לייחס להם משקל של ממש. זאת ועוד: בסופו של דבר חזר בו פרופ' גרושקביץ מדבריו אלו ואישר, כי עובר לניתוח היה התובע נתון בסיכון לעיוורון ולפגיעה מוחית קשה, שעלולה הייתה לגרום לאבדן הכרה ואף למוות (עמ' 84). אין, אפוא, סיבה שלא לקבל את עמדתה של הנתבעת ולקבוע, כי עובר לניתוח היה התובע נתון ב"מצב חירום רפואי", הווה אומר, לחייו או לשלמות גופו נשקפה סכנה מיידית, אשר חייבה ניתוח דחוף.

16. על פי סעיף 15(3) לחוק, בהינתן "נסיבות של מצב חירום רפואי" – וכאמור, אלו היו נסיבות המקרה שלפנינו – רשאי מטפל לבצע ניתוח גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל, אם "בשל נסיבות החירום, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו מדעת", ובלבד

שניתנה לניתוח הסכמה של שלושה רופאים (אלא אם כן נסיבות החירום אינן מאפשרות אף זאת). התובעים טוענים, כי לאור התנגדותו של התובע לניתוח אין מדובר במקרה שבו "לא ניתן לקבל את הסכמתו מדעת", ולכן חל סעיף 15(2) לחוק למרות שהתובע נמצא "במצב חירום רפואי". אין בידי לקבל טענה זו: ספק בעיניי אם נסיבות של "מצב חירום רפואי" כלל מאפשרות לקיים את הפרוצדורה המפורטת בסעיף 15(2) לחוק, אולם אף אם אניח כי הדבר אפשרי וראוי, הרי התנגדותו של התובע לניתוח – כפי שניתן ללמוד עליה מכך שביום 1/10/04 ניסה להימלט מבית החולים – לא הייתה "התנגדות מדעת", אלא יסודה בהפרעה קוגניטיבית של התובע, אשר נבעה מלחץ על החדר השמאלי והאונה הקדמית של המוח (דברי פרופ' גרושקביץ בעמ' 23, ש' 21-16; חוות דעת הפסיכיאטרית בעמ' 81-82 לתיק הרפואי בהדסה). בנסיבות אלו לא ניתן היה לקבל את הסכמתו מדעת של התובע לניתוח, ולכן ניתן היה לנתחו גם ללא הסכמתו, ובלבד שניתנה תחתיה הסכמה של שלושה רופאים, והכל כאמור בסעיף 15(3) לחוק.

17. חטיבת טענות נוספת של התובעים נוגעת לאופן שבו ניתנה הסכמתם של שלושה רופאים לניתוח. נקבץ תחילה את העובדות הצריכות לעניין.

ביום 2/10/04 רשם ד"ר פרוז (עמ' 83 בתיק הרפואי בהדסה):

לפי דיון עם צוות נוירוכירורגית יחד עם המשפחה הוחלט על ניתוח. הסברנו למשפחה לסכנות לעצב הראיה, הפרעות הורמונליות, ??? דמם מוחי. כרגע מבולבל יציב המודינמי.

פרופ' סגל הסביר בעניין זה בתצהירו (סעיפים 8-9):

ביום 2.10.04 התקיים דיון שלי עם הצוות התורן והגענו לכלל מסקנה שלא ניתן להמתין עוד לקבלת הסכמת ציון לניתוח וקיים סיכון שמצבו עוד ילך, יתדרדר ויחמיר – יגרום לעיוורון ואולי אף למוות.

בהעדר שיתוף פעולה רציונלי של ציון, מצבו הבילבולי והשינויים בהתנהגותו, הוחלט לבצע לו ניתוח חרום להוצאת הגידול באישור של שלושה רופאים, ד"ר פרוז קסיקוטנר, ד"ר אייל יצחיאק והמרדימה ד"ר אסתר דהאן.

בדומה לכך ציין גם ד"ר יצחיאק (בסעיף 7 לתצהירו):

התחושה שלנו הייתה כי ההידרוקון אצל ציון הגיע למצב קריטי שיכול להביא להתדרדרות מהירה למצב של איבוד הכרה ומוות ולכן החלטנו שאין מנוס לאחר הכנה מתאימה אלא לנתח את ציון ביום 2.10.04.

בטופס "פעולה דחופה" נרשם (עמ' 194 בתיק הרפואי בהדסה):

אנו הח"מ לאחר שבדקנו את החולה ביום 2/10/04 מצאנו כי יש לבצע לשם הצלת חייו את הפעולות הבאות:

על הטופס חתמו המרדימה ד"ר אסתר דהאן, הנוירוכירורג ד"ר יצחיאק והנוירוכירורג ד"ר פרו. שני האחרונים היו כאמור מתמחים בנוירוכירורגיה: ד"ר יצחיאק החל התמחותו בשנת 1998, חצי שנה לפני ד"ר פרו (עמ' 140, ש' 2), ושניהם השתתפו בניתוח עצמו. ד"ר דהאן שימשה מרדימה בניתוח.

18. ב"כ התובעים טען, כי על שלושת הרופאים הנזכרים בסעיף 15(3) להיות רופאים בכירים, עם התמחות ספציפית בתחום שבו נדרש מתן הטיפול הרפואי. אין בידי לקבל טענה זו. לטעמי, יש להבחין בין שתי שאלות: האחת, מה צריכים להיות כישוריו של הרופא המטפל, המחליט על עריכת הניתוח; השנייה, מה צריכים להיות כישוריהם של שלושת הרופאים המתבקשים לתת הסכמה לניתוח חלף הסכמתו של המטופל.

אשר לשאלה הראשונה, הרי גם הנתבעת לא חלקה על כך, כי החלטה על ניתוח אמורה להתקבל על ידי רופא בכיר. בענייננו, אין סיבה לפקפק בעדותו של פרופ' סגל, כי ההחלטה על הניתוח התקבלה בדיון שקיים עם הצוות התורן, היינו, עם ד"ר פרו וד"ר יצחיאק. פרופ' סגל הוא נוירוכירורג בכיר ומנוסה והוא נטל חלק גם בניתוח. לא מצאתי, אפוא, פגם כלשהו בהחלטה על הניתוח ולעיל כבר עמדתי על כך כי מצבו של התובע אכן חייב ניתוח דחוף.

אשר לשאלת כשירותם של שלושת הרופאים הנדרשים להסכים לניתוח, הרי חוק זכויות החולה אינו קובע בעניין זה דרישות כלשהן אלא מסתפק בדיבור: "שלושה רופאים". מאחר שהסכמתם של שלושה רופאים אלו מהווה, למעשה, תחליף להסכמתו של המטופל שהוא בדרך כלל הדיוט, מחד גיסא, ובשים לב לכך שלא תמיד מאפשרות הנסיבות לאתר רופא בכיר, מאידך גיסא, לא שוכנעתי כי על שלושת הרופאים להיות מומחים ובכירים. נראה, כי כל רופא המסוגל להבין את

המאטריה שבה מדובר ולהפעיל שיקול דעת רציונאלי כשיר לתת את ההסכמה. לא הובאה כל ראייה, שלפיה ד"ר פרז, ד"ר יצחיאק או ד"ר דהאן, אינם עומדים בקנה מידה זה.

19. ב"כ התובעים הוסיף וטען, כי התשתית העובדתית שעמדה לפני שלושת הרופאים לא הייתה מספקת לצורך מתן הסכמה לניתוח, אלא שאף דין טענה זו להידחות. פסיכיאטרית שבדקה את התובע קבעה, כי התובע חסר כושר שיפוט בשל מצבו, ובכך די כדי להראות שלא ניתן היה לקבל את הסכמתו מדעת. ד"ר פרז וד"ר יצחיאק היו מעורים בטיפול בתובע והיו מודעים היטב למצבו, כפי שהדבר בא לידי ביטוי ברישומים שבצעו בזמן אמת בתיק הרפואי. ד"ר דהאן נטלה חלק בניתוח. אין, מדובר, אפוא, בשלושה רופאים שנקלעו באקראי לקרבת חדרו של התובע והוחתמו "על החלק" על טופס הסכמה.

20. ועוד טען ב"כ התובעים, כי הנתבעת לא הייתה רשאית להסתפק בהסכמתם של שלושת הרופאים, אלא היא הייתה חייבת לקבל גם את הסכמתם לניתוח של בני המשפחה. התקשיתי למצוא בסיס לטענה זו. נראה, כי ההסדר שנקבע בסעיף 15 לחוק זכויות החולה, באשר למתן טיפול רפואי בנסיבות של מצב חירום רפואי למרות העדרה של הסכמה מדעת, הנו הסדר ממצה, אשר במסגרתו לא הוקנה מעמד לבני המשפחה. יושם לב, שבאותם מקרים שבהם ביקש המחוקק להקנות מעמד לאדם אחר זולת המטופל, הוא עשה זאת באופן מפורש. כך, למשל, על פי סעיף 18(ה) לחוק, כאשר מחליטה ועדת האתיקה בסוגיית אי מסירת מידע רפואי למטופל מחשש לפגיעה בו, רשאית היא לשמוע "אדם אחר" בטרם תיתן את החלטתה. כמו כן, על פי סעיף 20(א) (4) לחוק, רשאית ועדת האתיקה לאשר מסירת מידע רפואי בעניינו של המטופל לאדם אחר. לעומת זאת, סעיף 15(3) לחוק אינו קובע שקודם לקבלת ההחלטה על הניתוח הדחוף או למתן הסכמתם של שלושת הרופאים, ניתן או צריך לשמוע "אדם אחר" או לקבל את הסכמתו. לכך יש להוסיף, כי דרישה לקבלת הסכמה של בני המשפחה, כאשר אין אפשרות לקבל הסכמה מהמטופל, עלולה לעורר קשיים לא מעטים. כך, למשל, לא ברור מיהו "בן משפחה", וכיצד יש לנהוג במקרה של חילוקי דעות בין בני המשפחה השונים. בהקשר זה יש לזכור כי ההסכמה צריכה להתקבל באופן מיידי, שהרי מדובר ב"מצב חירום רפואי".

21. ב"כ התובעים הוסיף והלין על כך, שרופאי הנתבעת לא העלו לפני התובעים את האפשרות לבצע ניתוח פרטי, וטענו כי התובעת הייתה בוחרת בניתוח פרטי לו רק היה מוצע לה. אין ממש גם בטענה זו, שכן לא הובאה על ידי התובעים כל ראייה, שלפיה הרפואה הפרטית הייתה מזמנת לתובע

טיפול או סיכויי ריפוי שונים מאלו שהיו זמינים עבורו בין כתליה של הנתבעת (ראו: ע"א 4960/04 טידי נ' קופת חולים של ההסתדרות הכללית בפסקה 13).

22. לסיום הדיון בסוגית ההסכמה מדעת אשוב ואזכיר, כי בשלב זה של הדיון אין מחלוקת, שלחיי התובע נשקפה סכנה מיידית וחמורה, אשר חייבה ניתוח דחוף. בנסיבות אלו, אף לו היה נופל בהליך קבלת הסכמתם לניתוח של שלושת הרופאים פגם כלשהו, עדיין לא היה מדובר במקרה קיצוני המצדיק את החלתה של עוולת התקיפה (ע"א 2781 דעקה נ' מדינת ישראל, פסקה 6), ונראה שהוא הדין גם באשר להסכמתם של בני המשפחה. זאת ועוד: נראה, הן מבחינה אובייקטיבית והן מבחינה סובייקטיבית, כי הסכמתם של הרופאים ושל בני המשפחה הייתה ניתנת בכל מקרה (ראו את עדות התובעת בעמ' 105, ש' 12-5). דברים אלו נאמרו על ידי מעל הצורך, שכן לעיל ראינו, כי בהליך הסכמתם של שלושת רופאים לניתוח לא נפל פגם, וכי לא היה צורך בקבלת הסכמתם של בני המשפחה.

משבאנו לכאן נפנה ונבחן, האם הנתבעת אחראית לתוצאות הניתוח מחמת רשלנותה.

האם הייתה התרשלות במהלך ביצוע הניתוח

(1) המחלוקת

23. בחוות דעתו (העיקרית והמשלימה) מנה מומחה התובעים, פרופ' גרושקביץ, מספר פריטי רשלנות באשר לאופן ביצוע הניתוח, ואלו הם: כריתה חלקית בלבד של התהליך הגידולי, אף על פי שלפי דו"ח הניתוח הגידול היה רך וקל לשאיבה; הכנסת קטטר (נקז) לאונה המצחית השמאלית דרך האונה המצחית הימנית; החדרת הנקז לאחר פתיחת הקרום הקשה מצד ימין במקום לפני פתיחתו; ביצוע הניתוח על-ידי מתמחה חסר ניסיון וחסר שליטה בטכניקה הניתוחית. מהאמור בחוות הדעת המשלימה עולה, כי פרופ' גרושקביץ מסכים עם קביעתו של פרופ' רפפורט, שלפיה נכותו של התובע נגרמה עקב אוטם בקפסולה אינטרנה, אך לשיטתו הסיבה לאוטם היא פגיעה כירורגית בעורק המזין את האזור שנפגע, אשר יסודה בחוסר מיומנות של המנתח.

24. פרופ' רפפורט טען מנגד, כי מסיבות שונות לא מקובל לבצע כריתה רדיקלית של הגידול, וכי מכל מקום, בחלק שנכרת היה די כדי להוביל לשחרור לחץ מעצבי הראיה ומתוך הגולגולת, וכך

להגשים את מטרת הניתוח; החדרת נקז לאונה השמאלית יכולה להתבצע הן מימין והן משמאל, ומדובר בשתי גישות לגיטימיות; גם עיתוי החדרת הנקז נתון לשיקול דעתו של המנתח; הניתוח במקרה דנן בוצע על-ידי צוות מנתחים בניצוחו של פרופ' סגל. "מקובל שצוות של מנתחים מבצעים את הניתוח כאשר הפעולות בזמן הניתוח מחולקות לפי הכישורים של המנתחים המעורבים"; נכותו של התובע נגרמה עקב אוטם בקפסולה אינטרנה. לא ניתן לדעת מה גרם לאוטם, אך באים בחשבון שני מנגנונים אפשריים: האחד, קרע של כלי דם שנגרם בעת כריתת הגידול; השני, התכווצויות כלי דם וסגירתם עקב הדימום הנגרם בעת הוצאת הגידול (עמ' 188-189).

(2) הרשומה הרפואית

25. בגיליון הרפואי מיום 2/10/04 (עמ' 84), יום הניתוח, נרשם:

בהרדמה כללית הנשמה בתוך קנית עבר קרניוטומיה Right pterional עם כריתת גידול Petitory Adenoma לציין ??? שני עצבי הראיה. ??? ACOA לציין דימום מהגידול. הוכנס IU catheter בחדר פרונטלית מימין סגירה בשכבות. מנתח פרופ' סגל, ד"ר יצחיאק, ד"ר פרז.

ברו"ח הניתוח, שהודפס ביום 7/10/04 (עמ' 122 בתיק הרפואי בהדסה) ונחתם על-ידי ד"ר פרז, צוין כי המנתחים (SURGEON) היו ד"ר יצחיאק וד"ר פרז, בעוד שפרופ' סגל לא שימש אלא כעוזר למנתחים (ASSISTANT SURGEONS). אשר לניתוח עצמו צוין ברו"ח כדלקמן:

UNDER GENERAL ANESTHESIA, SUPINE POSITION HEAD TURNED TO LEFT SIDE A RIGHT FRONTO TEMPORAL CURVILINEAR SKIN INCISION WITH EXTENSION MORE FRONTAL 3 BURR HOLES AND CRANIOTOMY COMPLETED IN USUAL SHAPE. DURA OPENING WITH BASE AT TEMPORAL LOBE, OPENING OF SILVIAN FISSURE AND SLIGHT RETRACTION OF FRONTAL LOBE AND TUMOR SAW INTERNAL DECOMPRESSION MADE AND BIPOLAR AT ATTACHMENT AT ANTERIOR FOSSAE, THE TUMOR WAS SAW SOFT AND SUCKABLE. ALMOST A COMPLETE TUMOR RESECTION, BOTH OPTIC NERVES SAW AND DECOMPRESSION MADE OF THE SAME. HEMOSTASIS MADE DURA

CLOSURE IN HERMETIC SHAPE. BONE FIXATION WITH 3 CRANIOFIX TEMPORAL MUSCLE AND GALEA CLOSURE WITH VYCRIL 2/0 SKIN CLOSURE WITH STAPLER. A SUBGALEAL BRAIN LEAVED.

...

INTRAOPERATIVE COMPLICATIONS: NONE

לעומת זאת, במסמך "סיכום מחלה" של מחלקת טיפול נמרץ נוירוכירורגי מיום 4/1/05 (עמ'

76 בתיק הרפואי בהדסה) נרשם כך:

בתאריך 02.10.04 בהרדמה כללית בוצעה קראניוטומיה בגישה פטריונלית מצד ימין וכריתה חלקית של התהליך, לציון שנמצא דמם בתוך הגידול. בו זמנית הוכנס קטטר וונטריקולרי בקרן פרונטלי מימין. מחדר הניתוח החולה הועבר מונשם לטיפול נמרץ נוירוכירורגי.

(כל ההדגשות אינן במקור – י.ע.)

(3) עדויותיהם של המנתחים

26. פרופ' סגל תיאר בתצהירו את מהלך הניתוח כדלקמן:

ראשו של ציון הונח על צידו השמאלי ובוצע הסרה של עצם גולגולת באזור קדמי, צידי ימני מעל ארובות העין. במהלך הגישה לגידול, אותרו, בודדו שני עצבי הראיה שהגידול היה בסמוך להם, וכן אותרו ובודדו עורקי המוח שהיו סמוכים, נכנסנו לגידול שהיה עשיר בכלי דם ומדמם. בתוך פעולה מתמדת להפסקת הדימום, לאט בזהירות מירבית, בפעולה מיקרוכירורגית הוצאנו חלקיקים של גידול. בשל הדימום הרב מהגידול, והקושי להפסיקו, לאחר שהשתלטנו על הדימום הפסקנו את המשך הכריתה של הגידול מתוך תקווה שחלק משמעותי ממנו הוצא אך בלי יכולת להעריך נכונה מה היקף הגידול שהוצא. המשך הכריתה של הגידול לא בוצע בגלל הדימום הקשה שהיה והחשש שלנו שהוא יתחדש ויהיה קושי להפסיקו והנזק יהיה גדול מהתועלת. לאחר שוידאנו שהדימום פסק, הכנסנו צינור לניקוז הנוזל מהחדרים. בגישה ימנית, דרך החדר הימני, חדרנו את המחיצה הבין חדרית והשאננט הוכנס לחדר השמאלי כדי לנקז נוזל שידרתי משני החדרים.

דברים דומים נאמרו בתצהירו של ד"ר יצחיאק.

27. בחקירתם בבית המשפט התבקשו פרופ' סגל וד"ר יצחיאק לפרט את חלוקת העבודה בין הרופאים במהלך הניתוח:

ד"ר יצחיאק ציין, כי הוא חשף את הגידול (עמ' 123), ואילו ד"ר פרז צרב את קליפתו (עמ' 124). במהלך הניתוח היה דימום משמעותי, שהתקשו לעצרו (עמ' 125, ש' 9-12, עמ' 126, ש' 22). בשלב שבו הופיע דימום, נטל פרופ' סגל אחריות על הניתוח (עמ' 144, ש' 16-18) והמשך הכריתה והטיפול בדימום נעשו על ידו, כאשר המתמחים מסייעים לו (123). הדימום לא איפשר להשלים את הניתוח והוא הופסק (עמ' 126, ש' 24; עמ' 127, ש' 1-2). פרופ' סגל הוא שהחליט על הטכניקה של הכנסת הנקז משמאל לימין (עמ' 132). ד"ר יצחיאק הניח שפרופ' סגל הכניס את הנקז, משום לאחר הופעת הדימום הוא נטל לידיה את השליטה, אבל הוא לא זוכר (עמ' 143, ש' 18-23).

פרופ' סגל העיד, כי הוא נטל לידיה את אזמל המנתחים עוד קודם להופעת הדימום (עמ' 160, ש' 14-15; עמ' 165, ש' 11). הדימום החל במהלך הניסיון לפתוח את קרום הגידול, ואז צרב פרופ' סגל את הקרום וניסה להוציא כמה שניתן מהגידול. במקביל ניסה להשתלט על הדימום (עמ' 160, ש' 5-7). פרופ' סגל קיבל את ההחלטה על החדרת הנקז ושיטת החדרתו (עמ' 161, ש' 10-13), אך הוא אינו זוכר מי ביצע את ההחדרה בפועל (עמ' 165, ש' 15-16).

(4) דיון והכרעה

28. על מנת למקד את הדיון בעיקר אקדים ואומר, כי בחקירתו הנגדית אישר פרופ' גרושקביץ, כי כריתתו החלקית של הגידול אינה הגורם לנכותו של התובע (עמ' 64 - 65). אין, אפוא, צורך להכריע האם אי הוצאתו של הגידול בשלמות מהווה התרשלות.

29. פרופ' גרושקביץ מייחס לרופאי הנתבעת רשלנות הן בשל כך שהחדירו את הנקז לאונה השמאלית דרך האונה הימנית, והן בשל כך שעשו זאת במהלך הניתוח במקום בתחילתו. דא עקא, לא הובאה כל אסמכתא לביסוסן של טענות אלו. במצב דברים זה אין סיבה להעדיף את עמדתו של פרופ' גרושקביץ על פני עמדתו הנוגדת של פרופ' רפופורט, שלפיה מדובר בגישות ניתוחיות מקובלות מבין מספר גישות אפשריות, הנתונות לשיקול דעתו של המנתח. במאמר מוסגר יצוין כי

אין להוציא מכלל אפשרות, שיסוד הפער בין המומחים הנו בכך שפרופ' גרושקביץ, אשר חדל לנתח בשנת 1991 (עמ' 10), העיד על הפרקטיקה שנהגה בשנות השבעים והשמונים, בעוד שפרופ' רפפורט העיד על הפרקטיקה הנוהגת היום (עמ' 215). אשר לטענה בדבר עיתוי החדרת הנקז אוסיף, כי הטענה אף לא נכללה בחוות הדעת המקורית של פרופ' גרושקביץ אלא הועלתה לראשונה רק בחוות הדעת המשלימה, מבלי שניתן לדבר הסבר מניח את הדעת. דומה כי בסופו של דבר אף חזר בו פרופ' גרושקביץ מטענה זו (עמ' 48 ש' 18-22, עמ' 67-68, שם הצטרף לעמדת פרופ' רפפורט שבעמ' 217).

30. לא נותר אלא לבחון את טענתם הנוספת של התובעים, כי יסודו של האוטם שהודגם במוחו של התובע לאחר הניתוח - אשר אין מחלוקת שהוא הגורם העיקרי לנכותו - הנו בפגיעה כירורגית בכלי דם, אשר נגרמה עקב חוסר זהירותו או חוסר מיומנותו של המנתח, שהיה מתמחה חסר ניסיון.

כאמור לעיל, לטענה זו משיבים הנתבעים, כי מי שביצע את שלביו הקריטיים של הניתוח היה פרופ' סגל שהוא רופא בכיר בעל ניסיון רב, וכי חסימת כלי דם העלולה לגרום לאוטם הנה סיכון שכיח של ניתוחים מסוג זה.

נפנה ונבחן סוגיה זו ביתר פירוט.

31. "השאלה באילו נסיבות קמה חובה, מכוח עוולת הרשלנות, לבצע פרוצדורה רפואית באמצעות או בפיקוח של רופא מומחה, רופא מתמחה או רופא אחר ... היא שאלה לא פשוטה, הנבחנת בכל מקרה ומקרה לפי נסיבותיו" (ע"א 9313/03 חביבאללה נ' בית חולים נצרת E.M.M.S, פ"ד נט(4), 18, 26-27). מהראיות שהובאו במקרה דנן אין קושי לקבוע, כי עיקרה של הפרוצדורה הרפואית, היינו כריתת הגידול והטיפול בסיבוכי הדימום, הייתה צריכה להתבצע על-ידי רופא בכיר. מסקנה זו נובעת לא רק מחוות דעתו של פרופ' גרושקביץ, אלא גם מהעובדה שפרופ' סגל וד"ר יצחאיק הדגישו בעדויותיהם, כי פעולות אלו בוצעו על ידי פרופ' סגל, וזאת לאחר שנטל ביוזמתו מידיו של ד"ר פרוז את אזמל המנתחים. כדברי פרופ' סגל (בעמ' 160):

זה גידול מרשים, שאני רציתי להיות בניתוח של הכריתה בגלל כמו שאמרתי, צריך נויורוכירורג בכיר כדי לעשות את הניתוח, לא רק מתמחה.

וכן (בעמ' 158):

מאז שאני במשך הניתוח רואה את הדימום, אז כמובן שהתפקיד הראשי אני ביצעתי, בניתוח יש ארבע ידיים בנוירוכירורגיה, אין שש ידיים, זאת אומרת שני רופאים ביחד עובדים, אבל מייד כשאני ראיתי שיש דימום אקטיבי, אז אני ביצעתי כל החלקים הכי רלוונטיים מהניתוח.

ובהמשך הדברים (בעמ' 161):

העד: עד כמה שזכור לי, כמו שאני אמרתי, אז ד"ר יצחאייק וד"ר פרוז עשו את הפתיחה, כשאני הייתי נוכח שמה, וכשהיה אפשר להגיע מתחת למוח, לגידול, אז אני נכנסתי לניתוח סטריילי ובפתיחה של הקרום כשהיה הדימום, אז אני, כל הקטע של הניתוח מייד עם ההתחלה של הדימום, אני הייתי המנתח הראשי וד"ר פרוז עזר לי.

גם פרופ' רפופורט אישר בסופו של דבר, כי מי שאמור להתמודד עם סיבוך של דימום הוא רופא בכיר. כדבריו (בעמ' 189-190):

כב' השופט: ד"ר סגל העיד כאן היום, שבשלב הזה של הניתוח, כשראו שיש דימום, הוא לקח את האחריות לניתוח, בגלל שהוא היה הרופא הבכיר. למה, למה הוא היה צריך לקחת את האחריות, למה הוא לא היה יכול לתת לד"ר פרוז להמשיך לנתח?

העד: זה נושא של מיומנות, משהו שלא רגיל למצבים כאלה אז קשה לו למצוא מאיפה זה מדמם. רופא מנוסה שכבר היה במאות גידולים כאלו שמדממים, יש לו כבר את הטכניקה לזהות את המקורות של הדימום, יותר מהר. אז ביד אחת עם צינור השאיבה, ביד שנייה לוחצים קצת.

כב' השופט: אז מה יכול לקרות אם ימשיך המתמחה להיות שם והוא לא, מה זה משנה, מה יכול לקרות?

העד: הרבה לא יכול לקרות, אלא שהניתוח לא מתקדם. אז יש כאן הרבה דם ולא רואים שום דבר ועומדים במקום.

כב' השופט: ונזק, זה לא יכול לגרום?

העד: אלא אם הרופא עושה פעולות לא זהירות. מה שאסור לעשות זה להתחיל לצרוב דברים תחת, בתוך הדם, כשלא רואים מה שעושים. אז לכן, רופא לא מנוסה, בשלב זה, הוא נעצר והוא לא יכול להתקדם.

כב' השופט: ואם הוא מנסה לצרוב בזמן שהוא לא רואה, מה יכול לקרות?

העד: אם צורבים כשלא רואים, אז אפשר לסגור כלי דם שלא צריכים לסגור.

בהמשך דבריו היה פרופ' רפפורט נחרץ יותר (עמ' 194-195):

בניתוחים כאלה יש תמיד רופא בכיר שצריך להיות בניתוח, והרופא הבכיר הוא זה בשיקול דעתו, גם אם זה ניתוח שר"פ. כב' השופט: אז אתה מסכים אתי שהרופא הזה, הניתוח הזה, הספציפי, צריך לעשות אותו רופא בכיר? העד: צריך להיות רופא בכיר. כב' השופט: לא להיות, לעשות אותו, לא רק להיות בחדר, העד: לא, לא להיות בחדר, להיות פעיל בניתוח, כן.

32. ראינו לעיל כי פרופ' סגל וד"ר יצחאיק העידו, כי עיקרו של הניתוח בוצע במקרה דנן על ידי פרופ' סגל. דא עקא בחינת הראיות בכללותן מלמדת, כי עדויות אלו אינן יכולות לעמוד. להלן אנמק את מסקנתי זו.

33. הקושי העיקרי, שבו נתקלות עדויותיהם של פרופ' סגל ושל ד"ר יצחאיק, הוא דו"ח הניתוח. על פי דו"ח הניתוח, המנתחים היו ד"ר יצחאיק וד"ר פרז, בעוד שפרופ' סגל לא שימש אלא כעוזר מנתח. ביתר הרישומים הרפואיים מצוינים שמותיהם של שלושת הרופאים בלי פירוט חלוקת העבודה ביניהם, היינו, החלוקה המתוארת בדו"ח הניתוח נותרת על כנה. גרסתם של פרופ' סגל ושל ד"ר יצחאיק, שלפיה עיקר הניתוח על ידי פרופ' סגל, נסתרת, אפוא, באופן חזיתי על ידי האמור בדו"ח.

34. זאת ועוד: מומחה הנתבעים, פרופ' רפפורט, לימדנו, כי על דו"ח הניתוח צריך לחתום המנתח הראשי (עמ' 181). והנה, על דו"ח הניתוח חתום לא אחר מאשר ד"ר פרז, בעוד שפרופ' סגל אישר בעדותו, כי אפילו לא קרא את הדו"ח (עמ' 163-164).

35. האם בידי הנתבעת עלה לסתור את העולה מדו"ח הניתוח? על שאלה זו יש להשיב בשלילה: לא ניתן הסבר משכנע מדוע ד"ר פרז הוא שחתם על דו"ח הניתוח ומדוע ד"ר פרז וד"ר יצחאיק תוארו בדו"ח כ"מנתחים", להבדיל מעוזרי מנתחים. מעדותו של ד"ר יצחאיק עלתה האפשרות, כי הדבר נעשה במטרה לסייע למתמחים לקבל ממשד הבריאות מוקדם יותר תואר "מומחה", וזאת לאור דרישת משרד הבריאות למספר מינימאלי של ניתוחים שעליהם לבצע כתנאי להכרה כ"מומחה"

(עמ' 135). אלא שהסבר זה תמוה וחמור בעיני, ולטעמי יש בו כדי לגרוע מאמינותן של העדויות. הדעת אינה סובלת, כי רופא בכיר ומתמחים יציגו לפני הרשות המוסמכת מצג שאינו תואם את המציאות, שלפיו ניתוח בוצע על ידי מתמחה, למרות שלמעשה לא בוצע על ידו, כי אם על ידי הרופא הבכיר. אף לא ניתן להשלים עם כך, שמצד אחד יבקשו המתמחים ליטול לעצמם את הקרדיט לביצוע הניתוח למרות שעיקרו לא בוצע על ידם, אך מצד שני יבקשו להסיר מעצמם את האחריות כאשר דבר מה השתבש. אם זהו הלך הרוח שרווח במקרה דנן בחדר הניתוח, כיצד ניתן להעדיף דווקא את הגרסה שמסרו הרופאים בבית המשפט? מדוע להניח, כי עדויותיהם בבית המשפט מדויקות יותר מהדיווח שמסרו לרשות המוסמכת?

36. למעלה מן הדרוש אוסיף, כי הנתבעת נמנעה מלזמן את ד"ר פרוז לעדות. אמנם בא כוח הנתבעת ציין שמקום מושבו של ד"ר פרוז בחו"ל וצירף תכתובת שניהל עמו שבה כתב ד"ר פרוז כי יתקשה להגיע ארצה (נ/6), אך לא הוגשה על ידי הנתבעת בקשה לגבות את עדותו של ד"ר פרוז מחוץ למדינה באמצעות שלוח או בכינוס וידאו (ראו: רע"א 3810/06 י. דורי את צ'קובסקי בניה והשקעות בע"מ נ' גולדשטיין, [פורסם בנבו]), ואף לא הוגשה כל ראיה, כאילו היה ד"ר פרוז מתנגד לשמיעת עדותו בדרכים אלו. אדרבא, ממכתביו לעו"ד עוזיאל אפשר ללמוד כי הוא היה מוכן ומזומן לשתף פעולה. זאת ועוד אחרת: מהתכתובת עולה כי ד"ר פרוז מסר בשעתו הצהרה לעורך דינה של הנתבעת, אך הצהרה זו לא הוגשה. במצב דברים זה, אי העדתו של ד"ר פרוז פועלת לחובת הנתבעת. ההנחה היא, שלו היה מעיד הייתה גרסתו טופחת על פניה של גרסתה.

37. לאור האמור לעיל אני קובע, כי מי שביצע את הניתוח על כל שלביו היה המתמחה ד"ר פרוז, וזאת כפי המפורט בדו"ח הניתוח. ראינו לעיל כי אין מחלוקת על כך שאת הניתוח היה צריך לבצע בנסיבות העניין רופא בכיר. הפקדתו של אזמל המנתחים בידי המתמחה ד"ר פרוז היוותה, אפוא, בנסיבות העניין, התרשלות.

38. בדו"ח הניתוח לא נזכרים ולו ברמז הדימום המסיבי שפרץ מהגידול וחייב את הפסקת הניתוח תוך הסתפקות בכריתה חלקית של הגידול, כפי גרסתם של פרופ' סגל ושל ד"ר יצחאיק. אין מחלוקת, כי מדובר בהתרחשות לא שגרתית, אשר קיימת חובה לתעדה (פרופ' רפפורט בעמ' 187; ד"ר יצחאיק בעמ' 145-146). ואם בכך לא די, הרי בדו"ח הניתוח אף נאמר, כי הגידול הוצא כמעט במלואו לאחר שהיה "רך וניתן לשאיבה", וכי במהלך הניתוח לא אירעו סיבוכים כלשהם. בהקשר זה אציין, כי בגיליון הרפואי מיום הניתוח (עמ' 84 לתיק הרפואי), שבו מצוין "דימום מהגידול", אין

כדי למלא את החסר, שכן לא מצוין בו כי דובר בדימום מסיבי, ואף לא נאמרה מילה או חצי מילה על הפסקת הניתוח תוך ויתור על המשך כריתת הגידול. בנסיבות אלו יש להניח, כי הדימום הנזכר ברשומה אינו אלא הדימום השגרתי הקיים בדרך כלל בגידול (פרופ' רפפורט, בעמ' 189 ש' 18-19), ולא דימום מסיבי שפרץ לפתע מהגידול וחייב את הפסקת הניתוח.

39. בהתאם להלכה הפסוקה, כשלים וחסרים מהותיים מסוג זה ברשומה הרפואית, מעבירים אל כתפי הנתבעת את נטל הוכחת העובדות השנויות במחלוקת שיכלו להתברר מתוך הרישומים (ע"א 10344/05 אבו שארב נ' משרד הבריאות, [פורסם בנבו], פסקה 29). בענייננו ידוע בוודאות, כי נכותו של התובע נגרמה עקב אוטם מוחי שאירע במהלך הניתוח. אין מחלוקת, כי סיבה אפשרית לאוטם היא פגיעה בכלי דם, היכולה להתרחש גם עקב חוסר זהירות של המנתח, בשעה שהוא ממשיך, למשל, לצרוב את הגידול תחת דימום (שובו ועיינו בדברי פרופ' רפפורט בעמ' 189-190, שצוטטו בפסקה 31 לעיל). סיבה נוספת לאוטם יכולה להיות כלי דם שהתכווצו משום שלא טופטף עליהם Papaverin, למרות שניתן היה להבחין בהם במהלך כריתת הגידול (סעיף 5 לחוות דעתו של פרופ' רפפורט; חוות דעתו המשלימה של פרופ' גרושקביץ; עמ' 26-27, עמ' 73). בענייננו, אי רישום מהלך הניתוח לאשורו – ובכלל זה מה בדיוק גרם להפסקתו של הניתוח ובאיזה שלב הופסק, איזה קשיים וסיבוכים התעוררו ומה עשה המנתח כדי להתגבר עליהם – מנע מן התובע את האפשרות להוכיח מה טיב האמצעים שננקטו כדי למנוע פגיעה בכלי דם או התכווצות כלי דם במהלך הניתוח. אי העדתו של המנתח ד"ר פרז, שגם רשם את דו"ח הניתוח וחתם עליו, הרחיבה את החסר הראייתי. בנסיבות אלו נושאת הנתבעת בנטל השכנוע בדבר העדרו של קשר סיבתי בין ההתרשלות לבין הנזק, היינו, על הנתבעת להוכיח, כי האוטם שגרם לנכות לא נגרם עקב פגיעה בכלי דם או התכווצות כלי דם, שיסודה בחוסר ניסיונו או בחוסר מיומנותו של ד"ר פרז (ראו והשוו: ע"א 8151/98 שטרנברג נ' צ'צ'יק, פ"ד נו (1) 539, 553).

40. בנסיבות העניין, מועבר נטל השכנוע בסוגיית הקשר הסיבתי אל כתפי הנתבעת מטעם נוסף: על-פי ההלכה הפסוקה, התרשלות הפסוקה, הכוללת ביכולתו של התובע להוכיח את הקשר הסיבתי, כיוון שהיא עצמה מונעת את התממשות סדר הדברים הלא-רשלני, עשויה להביא להעברת הנטל לנתבע לשלול את קיומו של קשר סיבתי. דוקטרינה זו יושמה בעבר רק בתיקי רשלנות רפואית, אך לא מכבר הורחבה תחולתה לתחום דיני הנזיקין בדרך כלל (ראו: ע"א 1457/07, 1474/07, 1556/07 עיריית הרצליה נ' כץ; [פורסם בנבו], פס"ד מיום 14/1/09). בענייננו, חוסר הוודאות העובדתית באשר לשאלה: "מה היה קורה אילו", נובע מהתרשלותה של המשיבה. השאלה: האם האוטם שגרם לנכות

היה מתרחש גם לו בוצע הניתוח על-ידי רופא בכיר, להבדיל ממתמחה חסר מיומנות וניסיון, נותרה תחת עמימות עובדתית אך ורק בשל מחדלה של המשיבה למלא את חובתה. בנסיבות אלו שבהן נושאת המשיבה באחריות לחסר העובדתי, מוטל נטל השכנוע על כתפיה לשלול את הקשר הסיבתי שבין התרשלותה לבין הנזק.

41. האם עלה בידי הנתבעת לשכנע כי יסודו של האוטם אינו בחוסר מיומנותו או בחוסר ניסיונו של ד"ר פרז? על שאלה זו משיב אני בשלילה. לאור דחיית גרסתם של פרופ' סגל וד"ר יצחקאי, מחד, ואי העדתו של ד"ר פרז, מאידך, למעשה לא הובאה על-ידי הנתבעת ראיה של ממש בסוגיה זו. מן העבר האחר, בשים לב לכך שבדו"ח הניתוח רשם ד"ר פרז כי הניתוח הושלם בכריתה כמעט מלאה של הגידול שהיה "רך וניתן לשאיבה", קיים יסוד סביר להניח, שד"ר פרז המשיך בצריבת הגידול יתר על המידה ופגע בתוך כך בכלי דם. זו הייתה, כזכור, סברתו של פרופ' גרושקביץ, ולעיל ראינו שגם פרופ' רפופורט אישר, כי "אם צורבים כשלא רואים, אז אפשר לסגור כלי דם שלא צריכים לסגור".

42. המסקנה היא, אפוא, כי הנתבעת נושאת באחריות לפצות את התובע על נזקיו. נפנה ונבחן את גובה הנזק.

הנזק

43. במועד הניתוח היה התובע בן 56 שנים. לא מכבר מלאו לו 61 שנים. אין מחלוקת, כי נכותו הנה בשיעור של 100% בגין שיתוק מלא של פלג הגוף הימני. לאחר הניתוח היה התובע מאושפז אצל הנתבעת במשך כ-3 חודשים. לאחר מכן הועבר לבית חולים סיעודי "רעות" ושהה שם עד ליום 28/10/07. מאז שוהה התובע בבית החולים "משגב לדרך" במחלקה הסיעודית. על פי חוות דעתו של ד"ר לנגר, שלא נסתרה, "קיים קיצור בתוחלת חייו ב- 20% בהשוואה לאוכלוסיה בגילו". בהקשר זה הסתמך ד"ר לנגר על ממצאי סקר אמריקאי שפורסמו בשנת 2004, אשר לפיהם תוחלת החיים הממוצעת של גבר בן 60, לאחר פגיעת ראש, הינה 13 שנים, לעומת 18 שנים לאוכלוסיית הגברים הכללית בארצות הברית. תוחלת חייו של אדם בריא בגילו של התובע היא 20 שנים. מאחר שד"ר לנגר ציין כי תוחלת חייו של התובע הנה 80% מזה יש לקבוע, כי יחיה 16.5 שנים נוספות.

נזק לא ממוני

44. בשים לב לנכותו של התובע, מהותה, גילו וקיצור תוחלת חייו, פוסק לו בגין נזק לא ממוני סך 750,000 ש"ח, בתוספת ריבית כחוק החל מיום הניתוח.

סיעוד ועזרה בעבר

45. התובע היה מאושפז אצל הנתבעת במשך 3 חודשים וסביר בעיני, כי במהלך תקופה זו נזקק לעזרה מוגברת של בני המשפחה. התובע נושא בדמי השתתפות עצמית של 3,000 ש"ח לחודש בגין אשפוזו בבתי החולים הסיעודיים (ת/2).

עדותה של התובעת, כי בסופי שבוע היא נוהגת להיעזר במטפלת פרטית המסייעת בטיפול בתובע, מקובלת עלי, הגם שהסכומים הנטענים (720-900 ש"ח לחודש) לא גובו בקבלות או בעדויות של המטפלות. בנסיבות אלו יפסק בפריט זה סכום גלובאלי מתון.

התובע זכאי לפיצוי גם בגין הוצאות הנסיעה של בני המשפחה מירושלים לבית החולים "רעות". מנגד לכל אלו יש לקזז את הוצאות המחיה של התובע, שנחסכו עקב סיפוק צרכיו בין כתליהם של בתי החולים.

לא הונחה תשתית ראיתית מספקת לתביעות המתייחסות להוצאות "היגיינה וביגוד" ואין סיבה להניח, כי צרכיו דנן של התובע אינם מסופקים על ידי המוסד.

על פי עדותה של התובעת היא פרשה לגמלאות עוד לפני התאונה, בשנת 2003 (עמ' 96, ש' 7-11). לא הובאה ולו ראשית ראיה המלמדת על אפשרות ממשית של חזרה לעבודה אחרי הפרישה. במצב דברים זה אין בידי לקבל את טענת ב"כ התובעים בסיכומיו, כי עקב עזרתה של התובעת לתובע נגרמו לה הפסדי השתכרות.

בשים לב למכלול הנתונים, פוסק לתובע בראש נזק זה סך 150,000 ש"ח, בצירוף ריבית כחוק החל ממצצית התקופה (שבין 4/1/05 להיום).

סיעוד ועזרה בעתיד

46. הפיצוי בראש נזק זה נגזר מהתשובה לשאלה: האם התובע ישהה בעתיד במוסד או בבית. הצדדים חלוקים בנושא זה: הנתבעת טענה כי אף לא אחד מבני המשפחה, לרבות התובעת, העידו על רצונם שהתובע ישוב להתגורר עמם. התובעת הזכירה עניין זה רק בתצהיר משלים שהוגש

באיחור. התובע שוהה במוסדות שנים מספר ונראה כי אין כל כוונה או רצון להעבירו לביתו. על כן יש לחשב את הפיצוי בראש נזק זה בהנחה שהתובע יישאר מאושפז במוסד סיעודי. מנגד הדגיש ב"כ התובעים את החשיבות של שהיית התובע בביתו ואת ההשפעה החיובית שתהיה בכך על מצבו. עוד הפנה לכך שכבר בחוות הדעת של ד"ר שיפמן ושל ד"ר האס הוזכר, כי התובעת מעוניינת לטפל בתובע בביתו.

47. לאחר שמיעת הסיכומים עתרו התובעים לאפשר להם להגיש תצהיר משלים מטעם התובעת בנושא זה. בהחלטתי מיום 15/12/08 נעתרתי לבקשה, וכפועל יוצא מכך תצהירה המשלים של התובעת התקבל כראיה, והיא נחקרה עליו. לדברי התובעת, התובע מעוניין מאד לחזור לביתו וגם היא מעוניינת בכך. היא נמנעה לפעול להחזרתו הביתה עד כה משום ש"עד הזמן האחרון הוא היה עם קנולה שזה חור בגרון והוא היה צריך השגחה רפואית והיום הוא בלי צינורות, אוכל בכוחות עצמו, השתפר מבחינה קוגניטיבית. הוא צריך רק עזרה סיעודית" (עמ' 221). בנוסף, קיים קושי בהעלאתו של התובע מרחוב לבית נוכח גרם המדרגות הצר של הבניין (עמ' 222). "אני מאד מעוניינת להיות איתו בבית. אחרי 30 וכמה שנות נישואין אין דבר כזה שאני לא ארצה בעל בבית..." (עמ' 222).

48. גב' שמחה ליה, העובדת הסוציאלית של אגף הגריאטריה של בית החולים "משגב לדרך" שבו מאושפז התובע, אשר זומנה להעיד על ידי הנתבעת, ספרה בעדותה כי התובע הוא "אדם צעיר יחסית, בן 60, הוא בן שאוהב מאד – ממה שהתרשמתי ממנו – לצאת. הוא לא אוהב להיות במקום סגור" (עמ' 223). עד לעת האחרונה לא עלה נושא חזרתו הביתה על הפרק, משום שהוא נשם באמצעות קנולה שהוחדרה לקנה הנשימה שלו והואכל דרך צינור שהוחדר לבטנו. לאור העובדה שלביתו מובילות מדרגות אף קיים קושי פיזי להכניסו לבית ולהוציאו ממנו. לאחרונה חל שיפור במצבו של התובע, הוא נגמל מהקנולה ונושם באופן עצמאי. גם צינור ההאכלה הוצא מבטנו והוא אוכל דרך הפה. במצב דברים זה בשל התובע לחזור לביתו. גב' שמחה הוסיפה, כי "לאחרונה, מה שאני מגלה אצלו זה הרבה יותר אי שקט, הרבה יותר רצון לצאת. המשפחה מגיעה לבקרו, אחרי שהמשפחה עוזבת הוא מאד באי שקט, בוכה, מסרב להשתתף בפעילות חברתית, מה שהוא מאד אוהב. לכן לאחרונה, מזה מספר חודשים, העניין של היציאה הביתה, הרבה יותר רלבנטי", אם כי יש לפתור את בעיית הנגישות (עמ' 223). העדה שוחחה עם אשת התובע על הנושא וזו מסרה לה, כי "היא תשמח להביאו הביתה אם יהיו התנאים המתאימים" (עמ' 225).

49. איני רואה סיבה שלא לקבל את דבריה של התובעת אודות נכונותה להחזיר את התובע לביתו. אמנם הדברים לא פורטו בתצהיר עדותה הראשית, אך בשים לב לעובדה שהם נאמרו על ידה לגב' שיפמן ולד"ר האס, ובוטאו במפורש בתצהירה המשלים של התובעת, אין לייחס לכך משמעות מכרעת. אין, למעשה, מחלוקת, כי מצבו הרפואי של התובע מאפשר את חזרתו לביתו, ואין יסוד לפקפק בעדותה של העובדת הסוציאלית, שלפיה התובע בעצמו מעוניין בכך בכל מאודו. לאור מכלול הנתונים יש לכבד רצון זה. חישוב הפיצויים לעתיד יעשה, אפוא, על בסיס ההנחה, שלפיה לאחר מתן פסק הדין יעזוב התובע את בית החולים ויחזור לביתו (ראו והשוו: ע"א 2934/93 סורוקה נ' הבאבו, פ"ד נ (1), 675).

50. התובע נכה בשיעור 100% וגם לאחר הוצאתה של הקנולה ושל צינור ההאכלה מבטנו, יהיה זקוק לעזרה מלאה בפעולות היום יום ולהשגחה מתמדת. על פי אמות המידה שנקבעו בע"א 3375/99 אקסלרוד נ' צור שמיר חברה לביטוח, [פורסם בנבו], הישימות במקרה שלפנינו במלואן, סכום הפיצוי החודשי בגין עזרה וסיעוד בהיקף מלא הנו 12,000 ש"ח נכון ליום מתן פסק דינו של בית המשפט המחוזי באותו עניין, שערכם היום 14,500 ש"ח. לפי תוחלת חייו הצפויה של התובע (198.4 חודשים) ומקדם ההיוון המתאים (156.0210) עומד סכום הפיצוי בראש נזק זה על סך - 2,262,304 ש"ח. בשולי הדברים יוער כי מוסכם על הנתבעת, שבמקרה דנן אין מקום להורות על תשלומים עיתיים (כאמור בהודעת ב"כ הנתבעת מיום 24/3/09).

התאמת דיור וציוד

51. דבריה של העובדת הסוציאלית כי התובע יתקשה לעלות לביתו במדרגות ולרדת בהן, עולים בקנה אחד עם דברי ד"ר לנגר בחוות דעתו, שלפיהם "המגורים יהיו בקומת קרקע או עם מעלית". מאחר שלא הובאו ראיות אודות עלות הפתרון הראוי יפסק על דרך האומדן סך של 100,000 ש"ח.

52. בעניין הציוד המיוחד הנדרש לתובע הגישו התובעים חוות דעת של גב' שיפמן, ואילו הנתבעת הגישה חוות דעת של ד"ר לנגר ושל מר האס. אין מחלוקת כי התובע יזדקק למיטה רפואית, לכסא רחצה, למזרון מיוחד, למנוף הרמה, לכסא גלגלים, לכריות שונות, למכשיר הזנה, לחיתולים, ולציוד מתכלה נוסף. כמו כן ייגרמו לו הוצאות בגין כביסה מוגברת. על פי חוות דעתה של גב' שיפמן, התובע יזדקק עוד למחשב המותאם לתפקודו, לעמידון, לשולחן אחות, לטלויזיה ולוידאו

ולכורסת ישיבה. מנגד יש ליתן את הדעת לכך שלגבי חלק מהציוד ניתן לקבל השתתפות של משרד הבריאות (ראו חוות דעתו של מר האס, שלא נסתרה). לאור מכלול הנתונים, פוסק לתובע בפריט זה סך 100,000 ש"ח.

הוצאות רפואיות

53. עבור טיפולים והתייעצויות עבורם הוצגו קבלות פוסק לתובע סך 7,000 ש"ח בצירוף ריבית והצמדה ממחצית התקופה. הסכום המתקבל נכון להיום הנו 7,544 ש"ח.

54. אשר לעתיד, הרי אין מחלוקת בין ה"ה שיפמן ולנגר כי התובע יזדקק לפיזיותרפיה פעמיים בשבוע. ד"ר לנגר מוסיף כי מומלצת הפעלה חד או דו שבועית במועדון, ואילו גב' שיפמן ממליצה על טיפולי ריפוי בעיסוק. התובע אף יזדקק למעקב אצל מומחה בשיקום פעם בשנה וביקורים אצל מומחים נוספים לפי הצורך (כמפורט בחו"ד לנגר). סביר להניח, כי מעת לעת יהיו לו הוצאות ניידות בקשר לטיפולים. לאחר שנתתי דעתי על העלויות המפורטות בחוות הדעת של ה"ה שיפמן והאס, פוסק לתובע בשל כל אלו סך 200,000 ש"ח.

הוצאות אפוטרופוס

55. לטענת התובע, הוא יזדקק לאפוטרופוס אשר ינהל את ענייניו הכספיים בסך 800 ש"ח לחודש. בשים לב לכך שלתובע אין נכסים ועניינים עסקיים הדרושים טיפול אינטנסיבי הסכום נראה לי מופרז. פוסק בפריט זה סכום גלובאלי של 20,000 ש"ח.

פיצויים עונשיים

56. דרישתם של התובעים לפסיקת פיצויים עונשיים נשענה הן על הטענה כי הניתוח בוצע בלא הסכמתו של התובע, והן על הטענה כי הנתבעת ניהלה רשומות רפואיות בלתי מהימנות. כפי שנוכחנו לדעת, הטענה הראשונה נדחתה, ויש לבחון אפוא את הדרישה לפיצויים עונשיים רק על רקע הטענה השנייה.

57. לטענת התובעים, מאחר שהרישומים אינם משקפים נאמנה את שהתרחש בניתוח, ולא ניתן לפגם זה הסבר, חזקה שהדבר נעשה בחוסר תום לב, על מנת להסתיר את רשלנות הנתבעת, ויש להטיל על הנתבעת פיצויים עונשיים.

דינה של דרישה זו להדחות. על פי הפסיקה, "החלטה על פיצויים עונשיים בתיק אזרחי היא עניין חריג, במקרים מקוממים ומסלידים במיוחד, ובפרט כאלה שיש עמם מעין כוונה" (ע"א 140/00 עזבון המנוח מיכאל אטינגר ז"ל נ' החברה לשיקום ופיתוח הרובע היהודי בעיר העתיקה בירושלים בע"מ פ"ד נח(4) 486, פסקאות 73-80; ע"א 9656/03 עזבון המנוחה מרציאנו נ' ד"ר זינגר, [פורסם בנבו], פסקה לד'; וראו לאחרונה ע"א 2570/07 לם נ' הסתדרות מדיצינית הדסה, [פורסם בנבו], פסקה 5). אף שקבעתי כי הנתבעת התרשלה בביצוע הניתוח, אין מדובר ברשלנות שיש עמה מעין כוונה. אף אין לומר שהרישומים הרפואיים נוהלו באופן שנועד לחפות על רשלנות הנתבעת. נהפוך הוא, המסקנה בדבר רשלנות הנתבעת בוססה על תוכן הרישומים כפי שהוא. המקרה שלפנינו אינו מצדיק אפוא השתת פיצויים עונשיים.

ניכויים

58. הנתבעת הגישה שתי חוות דעת אקטואריות. על פי חוות דעת אלו, קצבת הנכות הכללית שמקבל ויקבל התובע עומדת ע"ס 564,152 ש"ח, וקצבת שירותים מיוחדים עומדת ע"ס 335,384 ש"ח. כמו כן התובע זכאי לקצבת ניידות הגם שאינו נוהג ואינו משתכר. בהנחה שהתובע משתמש ברכב עד 2000 סמ"ק (לא נטען אחרת) עומדת קצבת הניידות ע"ס 177,126 ש"ח. הסכומים חושבו עד ליום 31/10/2007 והם ינוכו מסכום הפיצויים כשהם צמודים להיום.

הוצאות משפט ושכר טרחה

59. לסכום הפיצויים שישולם לתובעים יתווסף שכ"ט עו"ד בשיעור 20% ומע"מ. כמו כן תשא הנתבעת בהוצאות המשפט.

המזכירות תודיע לב"כ הצדדים על מתן פסק הדין ותמציא להם העתקים ממנו.

ניתן היום כ"ט באדר תשס"ט (25 במרץ 2009), בלשכתי, בהעדר הצדדים.

יצחק ענבר 54678313-8067/06

יצחק ענבר, שופט

נוסח מסמך זה כפוף לשינויי ניסוח ועריכה