|  |
| --- |
| **בפני כבוד השופטת תמר נאות-פרי** |
| **התובע:** | **פלוני**ע"י ב"כ עו"ד טרייבנד ואח' |
| **- נגד -** |
| **הנתבעים:** | **1. שירותי בריאות כללית – ניתן פס"ד חלקי**ע"י ב"כ עו"ד הוד, סוקול ושות'**2. מאר – מרכזים לאבחון רפואי בע"מ**ע"י ב"כ עו"ד ברונשטיין, פרי ואח' |
| **ובעניין:** |
| **המודיעה:**  | **שירותי בריאות כללית** |
| **- נגד -** |
| **צדדי ג':** | **1. מדינת ישראל – משרד הבריאות – ניתן פס"ד חלקי****2. ענבל חברה לביטוח בע"מ – ניתן פס"ד חלקי**ע"י ב"כ עו"ד כצנלסון ואח' |
| **פסק דין****עותק מותר בפרסום****לבקשת התובע, פסק דין זה ניתן לפרסום בגרסתו הנוכחי, לאחר השמטת פרטים מזהים. התיק עצמו ישאר "בדלתיים סגורות" וישאר "חסוי" בשל המסמכים שבתיק.** |

תביעה שעניינה רשלנות נטענת הכרוכה בפענוח של בדיקת CT מוח.

**זהות הצדדים ורקע כללי מוסכם –**

1. התובע, מר ס' (להלן: "**התובע**") - בעודו בן 34 - פנה ביום 28.10.2009 אל רופאת המשפחה שלו בקופת חולים כללית (להלן: "**קופת החולים**"), ד"ר ק' (להלן: "**ד"ר ק'**"), כאשר הוא מתלונן על נימול בצד אחד של הגוף אשר הופיע באופן פתאומי יום קודם לכן במהלך עבודתו.
2. ד"ר ק' תיעדה כי התובע מלין על "נימול בצד אחד של הגוף", ולאחר ביצוע בדיקה קבעה כי "אין מבחני צד". ברשומת האבחנה העלתה ד"ר ק' חשד ל-Transient Ischemic Attack (אירוע מוחי חולף, להלן: "**TIA**"), והפנתה את התובע לבדיקת CT מוח (להלן: "**בדיקת ה-CT**").
3. ביום 30.10.2009 ביצע התובע את בדיקת ה-CT במכון מאר – מרכזים לאבחון רפואי בע"מ (להלן: "**הנתבעת**"). פענוח הבדיקה התבצע ביום 3.11.2009 על-ידי רדיולוג מטעם הנתבעת, אשר פענח את בדיקת ה-CT כתקינה.
4. משהחמיר מצבו של התובע, פנה ביום 25.11.2009 אל ד"ר ק' פעם נוספת, והלין על הפרעות בדיבור, כתיבה ותחושת בלבול. ד"ר ק' תיעדה את האמור, והוסיפה ברשומת האבחנה כי התובע "לא יוצא מהבית, מדוכא כי לא יכול לדבר, סיטי מוח ללא ממצא". ד"ר ק' הותירה את אבחנת ה-TIA, הוסיפה חשד להפרעת דיכאון והפנתה את התובע להתייעצות עם מומחה נוירולוגי בקופת החולים.
5. ביום 29.11.2009 קיים התובע התייעצות עם נוירולוג מומחה מטעם קופת החולים, ד"ר ס' (להלן: "**ד"ר ס'**"), אשר ציין גם הוא באבחנתו כי בדיקת ה-CT תקינה. ד"ר ס' התרשם כי לדעתו מדובר בתגובה נפשית, המליץ על התחלת טיפול תרופתי נוגד דיכאון ובמקביל על ביצוע בדיקת MRI לשלילת מחלות שאינן נצפות ב-CT.
6. התובע קבע תור לבדיקת MRI לתאריך 30.01.2010, אלא שבינתיים חש התובע הרעה במצבו, ולכן ביום 17.12.2009 פנה לחדר מיון בבית החולים רמב"ם בחיפה (להלן: "**בית החולים**"). בבית החולים בוצע לתובע ייעוץ נוירולוגי על ידי ד"ר לובוב רפפורט אשר תיעדה את תלונותיו, והוסיפה גם היא כי התובע ניבדק על ידי נוירולוג ובוצע CT מוח שפורש כתקין. לבסוף, סוכם כי לא מדובר "בבעיה נוירולוגית חריפה", והתובע שוחרר לביצוע בדיקת ה-MRI.
7. ביום 26.12.2009 בוצעה לתובע בדיקת MRI במכון הנתבעת, אשר העלתה ממצאי מרכיבים של אוטם (להלן: "**בדיקת ה-MRI**").
8. למחרת, ביום 27.12.2009, נוכח ממצאי בדיקת ה-MRI, התקבל התובע בחדר המיון של בית החולים שם עבר בדיקה נוירולוגית, לאורה הוחלט לאשפז את התובע במחלקה הנוירולוגית של בית החולים. במהלך שלושת הימים הבאים, עבר התובע סדרת בדיקות ופעולות, לרבות: CT אנגיו, בדיקת דופלקס של עורקי הצוואר ואנגיוגרפיה של עורקי המוח (להלן: "**הצנתור**").
9. בהמשך, הוחלט על ביצוע ניתוח מעקף, אשר בוצע ביום 7.1.2010, וביום 11.1.2010 שוחרר מבית החולים תוך מתן הנחיות לטיפול תרופתי ותכנית לביצוע צנתור בתוך מספר שבועות.
10. ביום 27.4.2010 החל התובע בתהליך שיקום בבית לוינשטיין, עד ליום 23.11.2010, ומאז חודש אוגוסט 2010 השתתף בתכנית שיקום במרכז שפיצר.
11. ביום 2.8.2011 אושפז התובע פעם נוספת בבית החולים בעקבות הרעה במצבו וחשד לאירוע מוחי חוזר. לאחר בדיקת CT מח נמצא כי אין עדות לאוטם חדש, והתובע שוחרר כעבור יומיים.
12. ביום 6.9.2011 התובע נבדק במרפאה הנוירולוגית של בית החולים, ובמהלך הבדיקה תועד כי התובע עדיין סובל מהפרעות וחולשות. ביום 4.11.2011 התובע נבדק על ידי פסיכיאטר במרפאה לבריאות הנפש, ותועד כי הוא מתקשה בנטילת כדורים בעצמו, הכנת אוכל וביצוע מטלות בבית.
13. אין חולק כי חרף מאמצי השיקום, התובע נותר עם פגיעה, נמצא תחת מעקב נוירולוגי ופסיכיאטרי, ונוטל טיפול תרופתי קבוע. לגבי היקף הפגיעה – טענות הצדדים יפורטו בהמשך.
14. נתון נוסף הינו כי בעת הגשת התביעה, היא הוגשה נגד הנתבעת, נגד קופת החולים ונגד בית החולים, באמצעות משרד הבריאות האחראי על בית החולים.

ביום 29.5.2017 – בית המשפט הורה על מחיקת התביעה נגד בית החולים, לבקשת התובע. כשנתיים לאחר מכן, באפריל 2019, קופת החולים שלחה הודעת צד שלישי נגד בית החולים וענבל חברה לביטוח בע"מ (להלן יקרא יחדיו: "**הצדדים השלישיים**").

באוקטובר 2020 התיק עבר לטיפולי והצדדים הודיעו כי הסכימו לקיים הליך גישור.

ביום 1.12.2021 - ניתן פסק דין **חלקי** הנותן תוקף להסדר פשרה שהושג בהליך הגישור, בין התובע לבין קופת החולים והצדדים השלישיים (להלן: "**הסכם** **הפשרה**"). בהסכם פורט כי שלושת גורמים אלו הגיעו להסדר כספי ביניהם לפיצוי התובע כנגד סכום מסוים, אשר לא פורט בהסכם. עוד צוין כי הליך הגישור בין התובע לבין הנתבעת לא צלח ולכן הוסכם כי התביעה נגד הנתבעת תמשיך, כאשר מבחינת קופת החולים והצדדים השלישיים צוין כי הם לא מוותרים על טענותיהם.

**עיקר טענות הצדדים –**

1. התובע טוען כי מצבו הבריאותי נובע מכך שהתפתחה אצלו דיסקציה (ובעברית: בתירה, להלן: "**הדיסקציה**") עורפית של עורק התרדמת, אשר התגלתה באיחור, בשל רשלנות הנתבעת. לטענתו, כאשר ביקר אצל ד"ר ק' היא הפנתה אותו לביצוע בדיקת ה-CT אצל הנתבעת, ואם בדיקה זו הייתה מתבצעת באופן מקצועי ולא רשלני – ניתן היה כבר בסמוך למועד הבדיקה לאתר את הסממנים של הדיסקציה, ולכן, הייתה חשיבות מכרעת לפענוח נכון של הבדיקה. ממשיך וטוען התובע כי בדיקה ה-CT פוענחה כ"תקינה" אך היה זה פענוח שגוי, שכן הבדיקה לא הייתה תקינה, וניתן היה לראות כבר בשלב זה את תחילתו של האוטם שהתפתח לכדי הדיסקציה ולכדי האירוע המוחי. לטענתו, הפענוח השגוי עולה כדי רשלנות, וכי לולא אותה רשלנות – ולו בדיקת ה-CT הייתה מפוענחת נכונה - לא היה נגרם איחור באבחון, ניתן היה לתת לו טיפול מתאים עוד בשלבים הראשוניים של התהליך, וההחמרה הייתה נמנעת. התובע טוען כי כיום נכותו המשוקללת הינה בשיעור של כ-50%, והוא עותר לפיצוי בגין נזקיו מכוח עוולות שונות מפקודת הנזיקין [נוסח חדש] (להלן: "**פקודת** **הנזיקין**").
2. הנתבעת טוענת מנגד כי במקרה דנן, בדיקת ה-CT לא כללה בדיקה של כלי הדם המוחיים, לרבות: צוואר, עורקים וזרימת הדם, ולכן – לא היה די בשליחת התובע לבדיקת ה-CT. לגבי פענוח הבדיקה, הנתבעת טוענת כי ניתן היה לכל היותר לזהות בבדיקה עדות למרכיב של אוטם, אך לא אוטם ברור, וכי אי ציון קיומו של המרכיב אינו מהווה רשלנות, שכן אף אם הייתה טעות בפענוח – היא נמצאת בטווח הטעויות הסביר של מומחה בתחום הרדיולוגיה. בנוסף, הנתבעת טוענת כי הנזק אשר נגרם לתובע התרחש עוד לפני מועד פענוח בדיקת ה-CT, כך שאין קשר סיבתי בין הפענוח לבין מצבו, והיא אף מוסיפה כי גם אם היה ניתן לתובע טיפול אחר, מצבו לא היה משתפר. טענות נוספות נוגעות לכך שהרשלנות אשר הביאה לאיחור בטיפול הייתה של קופת החולים ו/או של בית החולים. הנתבעת אף מכחישה את טענות התובע לגבי מצבו כיום, לגבי הקשר שבין הרשלנות המיוחסת לה לבין מצבו, ומכחישה את הסכומים הנתבעים.

**התשתית הראייתית –**

1. מטעם התביעה העידו הבאים: התובע (לגבי תצהירו ת/6); אביו של התובע (לגבי תצהירו ת/5, להלן: "**אב התובע**"); ד"ר מאיר פייבל (להלן: "**רדיולוג התובע**", לגבי חוות דעתו בתחום הרדיולוגיה, ת/4); וד"ר יעקב וידנפלד (להלן: "**נוירולוג התובע**", לגבי חוות דעתו בתחום הנוירולוגיה ת/3).
2. מטעם ההגנה העידו בחקירה ראשית ד"ר ק'; ד"ר ס'; ד"ר חן הלוי (להלן: "**נוירולוג הנתבעת**", לגבי חוות דעתו בתחום הניורולוגיה, נ/3); ופרופ' יורם לבוא (מומחה לרפואה פנימית אשר הגיש חוות דעת לגבי תוחלת חייו של התובע, נ/4, להלן: "**פנימאי הנתבעת**").
3. בנוסף, הוגשו מטעם הצדדים מסמכים רבים, כולל: חוות דעת אקטוארית, תיעוד רפואי, חוות דעת מקצועיות מטעם כל המומחים בתיק, ולרבות חוות דעת מטעם מומחים בפסיכיאטריה, אשר לא נחקרו בבית המשפט - ד"ר אירית שרף-מרטיק, מטעם התובע (ת/1, להלן: "**פסיכיאטרית התובע**") וד"ר אהוד רוזיצקי, מטעם הנתבעת (נ/1, להלן: "**פסיכיאטר הנתבעת**").

**דיון והכרעה** –

1. לאחר שקילת טענות הצדדים, מצאתי כי דין התביעה להתקבל. אפרט להלן את עמדתי לגבי השאלות השונות שהציגו הצדדים להכרעה, כאשר לגבי כל שאלה תובאנה עמדות הצדדים ולאחריהן – הכרעה בכל שאלה בנפרד.

**המחלוקת לגבי שאלת הבדיקה ההולמת לזיהוי הדיסקציה –**

1. אין חולק כי אצל התובע התרחשה דיסקציה בעורק התרדמת, אשר יצרה קריש דם הגורם להתהוות אוטם, ולחסימה הדרגתית של העורק. המומחים אף מסכימים כי קצב התפתחות האוטם הוא אינדיבידואלי, ויכול לקחת שעות עד חודשים. בהתאמה, גם התסמינים משתנים לפי עוצמת זרימת הדם והיקף החסימה, כאשר הקושי הולך ומחמיר. בדומה, אין חולק כי אבחנה של סממני דיסקציה כזו נעשית באמצעות הדמיות שונות של כלי הדם. על רקע האמור, המחלוקת הראשונה היא בשאלה האם בדיקת ה-CT שאליו שלחה ד"ר ק' את התובע ואשר בוצעה לתובע אצל הנתבעת מתאימה לאיתור הדיסקציה.

**עמדת התביעה –**

1. נוירולוג התובע התייחס בחוות דעתו לדרכי האבחנה השונות של מקרי דיסקציה, וציין כי בדיקת CT היא דרך אפשרית מתוך מכלול דרכים מתאימות, וכך כתב:

"אבחנה של דיסקציה של עורק התרדמה הפנימי נעשית בעזרת הדמיה של כלי הדם המוחיים. הופעת תלונות נאורולוגיות, עם או ללא ממצאים נאורולוגיים מוקדיים ברורים, מחייבים ברור נאורולוגי בצורת הדמיה מוחית (CT או MRI) בדחיפות, עם הפניה לחדר מיון, שכן מדובר בתהליך מסוכן, הדורש טיפול מיידי. היות שקיימות אפשרויות רבות של התחלת הליך מוחי פתולוגי הנובע מכלי הדם המוחיים, בדיקת הדימות חייבת לכלול, ברוב המקרים, גם את בדיקת כלי הדם המוחיים. בדיקה זו מתבצעת על ידי הזרקת חומר ניגוד לכלי הדם המאפשר לצפות בהם (CT עם חומר ניגוד ו-CTA – בדיקת הבחירה במצב זה). בדיקות הדמיה אלו של כלי הדם המוחיים מסוגלות להדגים דיסקציה של עורק גדול וחסימת עורק."

במהלך חקירתו בבית המשפט, נוירולוג התובע נשאל אודות התאמת הבדיקה רק בקצרה (עמ' 6 ש' 17-15), לאמור:

"ש: או-קיי. עכשיו, תסכים איתי ש... קודם כל, אני מסכים איתך ש-CT זה אחד האמצעים, כלי העזר לברר אם יש אוטם מוחי או בעיה מהסוג הזה. נכון?

ת: נכון".

1. רדיולוג התובע הבהיר בחוות דעתו כי כבר בשלב בדיקת ה-CT, שעה שהאוטם התחלתי, ניתן היה להבחין בבירור בסימני האוטם בהתהוותו, וכך ציין זאת:

"גם הסיפור הקליני המתואר וגם בדיקת ה-CT שבוצעה באיחור של כמה ימים מצביעים על כך שהאוטם שהודגם בבדיקה זו הינו אוטם חדש בהתהוות. הוכחה לכך הינם איזורי מוח תקינים בתוך איזור של אוטם".

בנוסף, נשאל רדיולוג התובע בחקירתו הנגדית אודות דרכי הטיפול המתאימות וההולמות למקרה כגון דא (עמ' 28, ש' 18-17, ועמ' 29, ש' 20-16, בהתאמה):

"ש: ... תסכים איתי שבמקרה הספציפי של [התובע] MRI מדויק יותר מ- CT. ...

ת: בדיקת MRI רגישה יותר מאשר בדיקת CT. במקרה הספציפי הזה, מכיוון שכן ראו ב-CT את הממצאים, אז אני חושב שזה לא שינה שום דבר אם נשלח ל-CT או נשלח ל- MRI.

ש: אבל לא ראו ב-CT.

ת: כן ראו."

1. על יסוד האמור, התובע טוען כי יש לאמץ את עמדת שני המומחים מטעמו, ולקבוע כי הפניית התובע לבדיקת ה-CT הייתה סבירה, וכי הייתה חשיבות לפענוח תקין של הבדיקה. נטען כי הוכח שניתן היה לאבחן בממצאי ה-CT סימני דיסקציה התחלתיים, ולראיה, כי אכן נראו הממצאים כאמור.

**עמדת הנתבעת –**

1. נוירולוג הנתבעת קבע בחוות דעתו כי בדיקת CT מוח אינה רגישה באופן מספק לאיתור ממצאי דיסקציה בשלביה הראשונים, ולכן – היה צריך להפנות את התובע לבדיקות הדמיה נוספות כבר בעת הביקור הראשון אצל ד"ר ק', לאמור:

"לפיכך, באבחנת שבץ ניהול המקרה הוא תמיד קליני. כלומר, ביצוע בדיקות אבחנתיות נוספות כגון דופלר עורקי צוואר (בדיקת אולטרסאונד להדגמת זרימת הדם בעורקי הצוואר), CTA (בדיקת CT עם חומר ניגודי להדגמת זרימת הדם בעורקי הצוואר והמח) ובדיקת MRI נערכות לפי שיקול דעתו של הרופא המטפל. לפיכך, כאשר עולה חשד לשבץ מוחי או TIA יש לבצע מספר בדיקות (כולל דופלר עורקי צוואר) בצורה דחופה. במידה ועולה שאלה טיפולית (כפי שציינתי בפתיח לדיון) יש כמובן להפנות את המטופל לחדר המיון בדחיפות. ...

אחזור ואדגיש, אבחון וטיפול בחולים עם חשד לשבץ או אירוע אסכמי חולף (Transient ischemic Attack – להלן "TIA") מתנהל על פי הנחיות ברורות בכל הנוגע להדמיה. על מרבית החולים עם חשד לשבץ או TIA להיות מופנים לחדר המיון לביצוע הדמיה מתאימה. המינימום הוא ביצוע CT מח ודופלר עורקי צוואר (1). על הרופאים המטפלים בחולים אלו להיות מודעים היטב למגבלות בדיקות ההדמיה ולפשר בין הממצאים (או העדרם) לבין התמונה הקלינית ולקבוע את הצורך בבדיקות הדמיה נוספות."

בחקירתו בבית המשפט, נוירולוג הנתבעת לא טען מפורשות כי הבדיקה שבוצעה לא הייתה הולמת, אלא רק חזר והבהיר כי לשיטתו היה צריך לבצע מכלול של בדיקות, וכדבריו:

"ש:     אתה רואה אותו ב... לא משנה, בבית חולים לצורך העניין, הוא מגיע אליך, אתה רופא שמגיע אליך לידיים חולה כזה בן 34, תסמינים עדינים כמו שכינינו אותם בחוות הדעת שלך גם, ופענוח סיטי שאומר סימנים ההתחלתיים של אוטם, אוטם התחלתי, מה אתה עושה איתו?

ת:      אני שולח אותו ל-CT אנגר, כלומר CT של כלי הדם".

1. הנתבעת טוענת על יסוד עמדתו של נוירולוג הנתבעת כי אם קיים חשד לאירוע מוחי, ניהול המקרה מסתמך על מכלול בדיקות המפורטות בפרוטוקול, לרבות מעקב נוירולוגי וכיוצא באלה, ואינו מסתמך על בדיקת CT מוח בלבד. הנתבעת אמנם מסכימה כי בדיקת CT מוח עם חומר ניגוד יכולה במקרים רבים לאתר אוטם שלם שגרם לפגיעה רקמתית ברורה, אך מכל מקום - בדיקה זו אינה כוללת את כלי הדם המוחיים, ובמקרה דנן לא נבדקו צוואר, עורקים או זרימת הדם. לכן, בנוסף על בדיקת CT מח, היה צורך בבדיקות נוספות שמתייחסות לעורקים ולזרימת הדם. לפיכך, לשיטת הנתבעת בדיקת ה-CT אינה הבדיקה המתאימה לאיתור הדיסקציה, ואינה מתאימה לזהות אוטמים בהתהוות.

**עמדתי במחלוקת זו –**

1. לאחר בחינת טענות הצדדים שוכנעתי שההפניה לבדיקת ה-CT במקרה דנן הייתה סבירה, ובוודאי שהייתה חשיבות לפענוח תקין של הבדיקה. יתכן שהיו **עוד** בדיקות שניתן היה לבצע, ויתכן שנוכח התלונות של התובע – צריך היה להפנותו להמשך בירור במועד מוקדם יותר, בין אם כבר בעת פנייתו הראשונה לד"ר ק' ובין אם בפנייתו השנייה; אך שוכנעתי כי הבדיקה שבוצעה הייתה אחת מתוך הבדיקות האפשריות, ולא אוכל לקבל את טענת הנתבעת לפיה המדובר בבדיקה מיותרת, לא רלבנטית ולא חשובה – וכי אין כל נפקות לשאלה אם היא בוצעה באופן תקין אם לאו.

שהרי, למעשה, טענת הנתבעת הינה שהבדיקה אינו "מתאימה" ולכן אף אם בוצעה אגב התרשלות, אין לדבר השלכה על המשך מהלך הדברים, וכי אין קשר סיבתי בין פענוח הבדיקה (אף אם שגוי) לבין המשך ההחרפה במצבו של התובע. טענה זו לא הוכחה ואף לא ניתן לקבלה עקרונית.

1. ראשית, אני מעדיפה את עמדתם של שני המומחים מטעם התביעה בהקשר זה, כפי שפורטה מעלה, באשר הסבריהם בבית המשפט היו משכנעים, הגיוניים ומשלימים האחד את השני.
2. שנית, יש לראות כי למעשה גם מומחה ההגנה לא קבע בבירור שהבדיקה "אינה רלבנטית", ולא קבע נחרצות שלא היה בה צורך. הוא הסביר כי לטענתו "סימנים ראשוניים של אוטם מוחי אינם נראים **היטב** בבדיקת CT מוח", אך לא קבע כי הם לא נראים **בכלל** או שלא ניתן לראותם בכלל, ולכן - עמדתו לפיה יש עוד בדיקות חיוניות וכי הבדיקה שבוצעה אינה הבדיקה המיטבית, אינה סותרת את עמדת התביעה, והדבר מחזק את המסקנה בדבר קבלת עמדת התביעה.
3. שלישית, ובאופן עקרוני, ברי כי ככל שיש בדיקה רלבנטית, אף אם היא אינה היחידה ואף אם היא אינה הבדיקה האופטימלית - יש צורך לבצע אותה ברמה המקצועית הגבוהה ביותר.
4. לפיכך, המסקנה עד כה הינה כי הייתה חשיבות לבדיקת ה-CT שבוצעה לתובע אצל הנתבעת ויש לעבור לשלב הבא של הדיון ולבחון אם היא בוצעה כראוי.

**שאלת ההתרשלות בפענוח הבדיקה –**

**עמדת התביעה –**

1. נצטט שוב את חוות הדעת של רדיולוג התובע, בה הוא קובע כי:

"גם הסיפור הקליני המתואר וגם בדיקת ה-CT שבוצעה באיחור של כמה ימים מצביעים על כך שהאוטם שהודגם בבדיקה זו הינו אוטם חדש בהיתהוות. ההוכחה לכך הינם איזורי מוח תקינים בתוך איזור של אוטם".

בחקירתו, נשאל רדיולוג התובע אם לדעתו ישנו טווח טעויות סביר לגבי פענוח בדיקות כגון אלו, כאשר טעות בגדרי אותו טווח לא תחשב כרשלנות, וכך השיב (עמ' 26, ש' 14-8):

"אני לא אומר שמבחינתי, כל טעות של רדיולוג היא רשלנות, אבל אני חושב שבדיקה שמפורשת פעם אחת כתקין ויש בה ממצאים פתולוגיים ברורים. זאת פגיעה רשלנית יותר. ...

אם הייתה למשל נכתבת שם בתשובה הראשונית יש ממצא פתולוגי, אני לא יודע להסביר מה זה, יכול להיות 1,2,3,4, זאת כבר לא רשלנות. זאת אומרת, אולי זאת אולי טעות בהיסח דעת או בחוסר ידיעה ברורה".

כלומר, שלשיטתו, היו ממצאים פתולוגיים ברורים בבדיקת ה-CT בה עסקינן והיה צריך, לכל הפחות, לכתוב בפענוח שיש "ממצא", שיכולות להיות לו כמה משמעויות וכי המפענח "לא יודע להסביר" בוודאות מהו הפענוח – ואז זו לא הייתה רשלנות.

עוד בחקירתו, נשאל רדיולוג התובע אם לדעתו התרשלה הרדיולוגית בבית החולים בכך שלא ראתה בבירור את האוטם בממצאי בדיקת ה-CT, ועל כך השיב (עמ' 32, ש' 15):

"לא. כי, בכל זאת, היא כתבה שיש ממצא, היא לא כתבה 'תקין'".

לבסוף, נשאל העד אם במסמך ההפניה לבדיקת CT נכתבים התסמינים בגינם מבוקשת ההפניה, ותשובתו הייתה (עמ' 32, ש' 29):

 "בדרך כלל, אנחנו לא מקבלים הפניות של CT מוח סתם".

נוירולוג התובע בחוות דעתו כותב כי האיחור בטיפול נבע משני גורמים, הראשון - קשור בטיפול של ד"ר ק', והשני -

"תוצאת בדיקת ה-CT מוח מתאריך 3/11/2009 – לפי הרשום, בדיקה זו הוגדרה כתקינה. מאידך, כאשר נעשתה רוויזיה של הבדיקה במחלקה הנאורולוגית בבי"ח רמב"ם, קרוב לחודשיים ימים לאחר מכן, הועלתה אפשרות שכבר בבדיקה זו ניתן היה להבחין בהתחלת התפתחות של איסכמיה מוחית פיראטלית אחורית משמאל. מחוות דעתו של הרדיולוג ד"ר פייבל מאיר, אשר עיין בדיסק הבדיקה, עולה שכבר בבדיקה זו מודגם בבירור איזור פתולוגי פריאטלי שמאלי אחורי המתאים לאוטם מוחי בהתהוותו, ללא דימום בתוכו. משמעות הדבר שכבר באותה בדיקה ניתן היה לאבחן התפתחות של אוטם מוחי חדש, דבר שחייב את הפנייתו המיידית של החולה לחדר מיון. פיענוח לא נכון של בדיקת ה-CT הביא לכך שהאבחנה התאחרה בהרבה, עם כל הנובע מכך.

סיכום:

מהאמור והמוסבר לעיל נובע שמר [התובע] סובל מתסמינים נאורולוגיים הנובעים מאירוע מוחי שאובחן וטופל באיחור, כאשר הנזק היה כבר לבלתי הפיך. איחור זה נגרם מהתנהלות בלתי תקינה ובלתי סבירה של רופאת המשפחה בקופתו, קופ"ח כללית, וכן מהפיענוח השגוי של בדיקת CT מוח שהחולה עבר".

1. בנוסף, וכתימוכין לעמדת התובע לגבי הרשלנות בפענוח הבדיקה, הוא מתייחס לתיעוד מבית החולים, לאחר בדיקת ה-MRI (בה נראה האוטם בבירור), לאמור (ההדגשה אינה במקור):

"בן 34, לפני כשלושה חודשים הופיעו באופן חד בלבול, חולשה/ירידה בתחושה ביד ימין והפרעה בדיבור. הבעיה ביד ימין חלפה לאחר כשבוע. ניבדק על ידי נוירולוג ובצוע CT מח בלי ועם ח.נ. שפורש כתקין. אך **בהתייעצות עם רדיולוגית תורנית ניתן אולי לזהות בו מרכיב של אוטם** באזור פריאטלי אחורי משמאל".

על בסיס הראיות מעלה, התובע טוען כי הנתבעת התרשלה בפענוח בדיקת ה-CT שכן ניתן היה לראות כבר בבדיקה זו את ראשיתו של האוטם, גם אם באותו השלב היה זה "אוטם שטרם הבשיל", והייתה טעות בכך שהבדיקה פוענחה כ"תקינה", למרות שהיא לא הייתה "תקינה". התובע אף טוען כי נוכח ציון סיבת הפנייה לבדיקה והתלונות של התובע (הגם שדובר בחשד ל-TIA), היה על הנתבעת **לחפש** סימני אוטם, ולו הייתה "מחפשת" – הייתה "מוצאת". עוד נטען כי הרופאים אשר הסתמכו על ממצאי הבדיקה "התקינה" לכאורה, לא הפנו את התובע להמשך טיפול חיוני במועד, וכי חלף זמן עד אשר ניתן לו הטיפול המתאים – וכאשר בשלב זה כבר נגרם נזק בלתי הפיך, והכל – בשל הפענוח הרשלני של הבדיקה. עמדת התובע היא כי די בהדגמה פתולוגית **כלשהי** בבדיקת ה-CT – כפי שהייתה - כדי לחייב לבצע המשך בירור ובדיקות נוספות (ובכללן בדיקת CTA ודופלר, כפי שאכן בוצעו בבית החולים).

1. עוד נטען כי הנתבעת לא הציגה ראיות שיש בהן כדי לסתור את העולה משתי חוות הדעת הנ"ל, שכן היא נמנעה מלצרף חוות דעת רדיולוגית מטעמה, והמומחה מטעם הנתבעת הינו נוירולוג ולא רדיולוג, ולפיכך הוא אינו בעל המומחיות הנדרשת על מנת לתמוך בטיעוני ההגנה לגבי היעדר התרשלות בפיענוח הבדיקה. התובע אף מדגיש כי הנתבעת לא הציגה ראיות מטעמה לצורך ביסוס טענותיה לגבי הפרקטיקה הנוהגת בפענוח בדיקות CT, כגון אלו אשר בהן עסקינן. עוד נטען כי נוירולוג הנתבעת לא עיין בעצמו בתקליטור ההדמיה, ובחקירתו נמנע מלהשיב ישירות לשאלת ההתרשלות, באופן שתשובתו לגבי השאלה אם ניתן היה לאתר את סממני הבעיה בבדיקה הייתה כי "סימנים ראשוניים של אוטם מוחי אינם נראים היטב בבדיקת CT מוח", ואין די בתשובה זו.

**עמדת ההגנה –**

1. נוירולוג הנתבעת, בחוות דעתו, קובע כי לא הייתה התרשלות באי-אבחון ממצא של אוטם בשלביו הראשונים בבדיקת ה-CT, וזאת משום שמדובר בפענוח הנמצא בטווח הטעות והמגבלות הידועות של בדיקת CT מוח בשלבים ראשונים של האוטם. לכן, נוירולוג הנתבעת סובר כי לא הוכחה רשלנות וכי בכל מקרה – היה צורך לקבוע בדיקות הדמיה נוספות, וכפי שכתב:

"במכון מור נערכו לו שתי בדיקות אבחנתיות. שתיהן בוצעו באופן אמבולטורי, כלומר בצורה שאינה דחופה. הבדיקה הראשונה הייתה בדיקת CT מח. בדיקה זו פוענחה כתקינה. ידוע היטב שסימנים ראשוניים של אוטם מוחי אינם נראים היטב בבדיקת CT מח.

...

מניתוח המקרה עולה כי מכון מור ביצע את מלאכתו נאמנה. המכון ביצע בדיקת CT מח תוך מספר ימים מהגשת הבקשה. הבדיקה פוענחה על ידי רופאה מומחית כתקינה. גם אם בדיעבד, ברביזה של הבדיקה נראים סימנים התחלתיים של אוטם, הדבר נמצא בתחום הטעות והמגבלות הידועות של בדיקת ה-CT באבחון שבץ."

1. לכן, הנתבעת טוענת כי לא הוכחה רשלנות בפענוח וכי לכל היותר המדובר בחוכמה שבדיעבד, כאשר המומחים מטעם התובע כבר יודעים לאחר מעשה שהייתה דיסקציה. לטענת הנתבעת, "בזמן אמת" לא הייתה כל רשלנות בפענוח הבדיקה – וכי הממצאים שאליהם מפנה התובע הם זעירים, עדינים, "דקים שבדקים", ולכן - העדר ההתייחסות לממצאים אלו בפענוח של הבדיקה אינו עולה כדי התרשלות, אלא שהמדובר בתוצאה אפשרית בתוך מתחם הסבירות.
2. בכל מקרה, טוענת הנתבעת כי גם המומחים מטעם התובע לא קובעים שהיה ממצא ברור לגבי האוטם אלא רק שהיה "אזור מסוים" שיכול ללמד על "תהליך" שיכול בעתיד להתגבש כדי אוטם, וגם בכך יש כדי ללמד על כך שלא הייתה רשלנות. הנתבעת מדגישה שוב כי בדיקת CT כשלעצמה אינה מספקת, אלא היא חלק ממכלול בדיקות שיש לבצע; ולכן, שעה שבבדיקת ה-CT ניתן היה לכל היותר לזהות עדות ל-"מרכיב של אוטם" (ולא היה דימום מוחי או פגיעה רקמתית ברורה), אזי שמדובר לכל היותר בטעות אשר מצויה בטווח הטעויות הסביר שברדיולוגיה, וניתן היה למנוע את ההחמרה – לו היו מבצעים לתובע את שאר הבדיקות החיוניות.
3. לעניין הנימוק הקליני המופיע בהפניה לרדיולוג, הנתבעת טוענת כי בהפניה לביצוע בדיקת ה-CT, אשר הנפיקה ד"ר ק', אמנם הופיע חשד ל-TIA, אך למרות שהיו תלונות לגבי תחושת נימול וקושי בדיבור, בפועל ברשומה הרפואית מופיע "נימול" בלבד, ואף רשום כי הסימנים החיוניים במועד הבדיקה לא העלו "סימני צד". לפיכך, עמדת הנתבעת היא כי הממצאים הקליניים לא העידו במפורש על קיומו של אוטם בהתהוות והדרך שבה נוסחה ההפנייה של ד"ר ק' לבדיקת ה-CT לא סיפקה מידע שיכול היה לסייע לרדיולוג סביר לחשוד בקיומה של דיסקציה.
4. בנוסף, הנתבעת מציינת כי חוות דעתו של רדיולוג התובע נסמכת על רישום שהתבצע בבית החולים, על ידי רדיולוגית תורנית, **לאחר** בדיקת ה-MRI, משמע - שהרדיולוגית התורנית, אשר כבר ידעה על קיומו של אוטם (כעולה מבדיקת ה-MRI), יכולה הייתה אולי לזהות בבדיקת ה-CT בדיעבד מרכיב של אוטם, אך גם היא לא ראתה בבירור אוטם, אלא רק אזור מסוים שיכול ללמד על תהליך שיכול בעתיד להפוך לאוטם.
5. עוד מוסיפה הנתבעת כי רדיולוג התובע אישר בעדותו שככל שהאוטם גדל ומתפתח, הממצאים בולטים יותר בהדמיות, והדבר מלמד על כך כי גם מומחה זה מסכים שתהליך שעלול לגרום לאוטם, והוא בתחילתו, אינו נראה מיד ויתכן שלא יהיו לו ביטויים בבדיקת ה-CT.
6. הנתבעת מעלה עוד שורה של טענות לגבי חוות דעתו של רדיולוג התובע, לרבות בשל היותה "קצרה" ו"מגמתית" ואף נטען כי חסרה בה אמירה ברורה לעניין חריגה של הרדיולוג שפענח את הבדיקה בה עסקינן מסטנדרט הפענוח בנסיבות העניין או מהפרקטיקה הסבירה; חסרה בה התייחסות לכך שגם בבית החולים, לאחר קבלת תוצאות בדיקת ה-MRI, נכתבה המילה "**אולי**" ביחס לזיהוי רכיבי האוטם בבדיקת ה-CT; כי אין הפנייה לחתך סריקה ספציפי ולא הוצג בבירור הצילום בו נראה הממצא באופן ויזואלי; אין הסבר למשמעות המונח "אוטם חדש בהתהוות" ו-"אוטם שאינו בשל עדיין בהתהוות"; חסר הסבר לעניין הסבירות לאיתור מרכיב של אוטם, להבדיל מאוטם, כלומר – מדוע בנסיבות העניין הרדיולוג יכול היה וצריך היה לזהות את מרכיב האוטם; וחוות הדעת נעדרת מקורות ביסוס מן הספרות המקצועית או כל מסמך מידע אובייקטיבי אחר.

יתרה מזו, הנתבעת סבורה כי חוות הדעת של רדיולוג התובע אינה יכולה לבסס אחריות בתביעת רשלנות רפואית בתחום הרדיולוגיה, שכן בשל ניסיונו הרב ומומחיותו הוא אינו משקף את ה-"רדיולוג הסביר" (מעבר לכך שבדק את המקרה לאחר שידע את "התוצאה" בדיעבד).

1. הנתבעת מעלה בסיכומיה אף טיעון "עקרוני" כללי, הנוגע לתביעות רשלנות סביב פועלם של העוסקים במקצוע הרדיולוגיה. לשיטתה, רדיולוגים חשופים לתביעות רשלנות ב-"קלות בלתי נסבלת", וכי התביעות מבוססות רק על כך שאם בדיעבד ניתן לראות ממצא כלשהו, אזי שבהכרח הייתה רשלנות. הנתבעת מציגה סקירת ספרות ופסיקה משווה רבה, בכוונה לבסס את טיעוניה לגבי הדרך הראויה לבחינת סבירותו של אי-אבחון ממצא על ידי רדיולוג סביר. כך, אף נטען כי תחום הרדיולוגיה חורג מהתבנית הרגילה של אבחון רפואי, שכן – האבחנה תלויה בתפיסה חזותית של צילום, תלויה בממצאים שמפורטים בהפניה שאותה כתב רופא אחר שביצע בדיקה קלינית, וכי הרדיולוג אינו יודע בדרך כלל האם עליו למצוא מבנה אנטומי רגיל או ממצא מחשיד. כל אלו מעלים את הסיכון לכך שהרדיולוג הסביר לא יאתר ממצא, וכי יש לקבוע את רף הסטנדרט הסביר בהתאם למאפיינים המיוחדים הללו. לשיטת הנתבעת – במקרה הנוכחי, לא הוכחה סטייה מאותו רף של התנהלות סבירה.
2. במענה לטענות התובע אודות תחום המומחיות של נוירולוג הנתבעת, נטען כי ניתן להתבסס על חוות דעתו של נוירולוג הנתבעת, גם באשר למחלוקות בתחום הרדיולוגיה, למרות שתחום המומחיות שלו הוא נוירולוגיה, שכן, הוא מפענח צילומים והדמיות כדבר שבשגרה, במסגרת עבודתו השוטפת, לרבות צילומי CT מוח.

**הכרעה –**

1. עמדתי היא כי יש לקבל את עמדת התביעה לגבי מחלוקת זו.
2. ראשית, שוכנעתי לאמץ את חוות דעתו של רדיולוג התובע כי אכן ניתן היה לאתר ממצאים בבדיקת ה-CT. עדותו הייתה עדות של בעל מקצוע מומחה בתחומו, אשר עיין במסמכים, הסביר מה ניתן היה לראות, מה לא ניתן היה לראות, מהם הכלים שעומדים לרשות המפענח ועמדתו זו לא נסתרה למרות חקירתו בבית המשפט. נהפוך הוא. במהלך החקירה, רדיולוג התובע הבהיר עוד את עמדתו ונימק מדוע **כן** ניתן היה לאתר בבדיקת ה-CT את תחילת התהליך, אף אם הסימנים היו ראשוניים ואף אם הממצאים היו עדיין "קלים", שכן המדובר היה רק בהתחלת "הבעיה".
3. בהקשר זה עמדתו אף נתמכת במסמך מבית החולים בו מוזכרת עמדתה של הרדיולוגית התורנית, אשר אף היא לא סברה שהבדיקה בה עסקינן הייתה "תקינה". אמנם היא כתבה את המסמך אחרי פענוח ה-MRI, אך לא הוכח כי יש באמור כדי לגרוע מהמסמך אשר ממנו עולה כי גם היא ראתה ממצא לא תקין כבר בבדיקת ה-CT.
4. שנית, לא שוכנעתי כי קביעותיו של רדיולוג התובע הושפעו מכך שהוא כבר ידע את "התוצאה" בדיעבד. כידוע, מבחן "הרופא הסביר" איננו מבחן של 'חכמים לאחר מעשה' אלא בחינת סטנדרט הטיפול הרפואי בשעת מעשה ובהתאם למקובל באותה השעה (ע"א 5787/08 **קפאח נ' מדינת ישראל-משרד הבריאות** (10.8.2010);ע"א 8591/06 **פלונית נ' מדאינווסט אינטרנשיונל 1985 בע"מ** (9.2.2010); ואכן, עד מומחה זה התבקש לחוות את דעתו לגבי פענוח בדיקת ה-CT כאשר מהלך המחלה כבר היה ידוע, אך אין בכך כדי לגרוע ממשקלה של חוות דעתו ועמדתו המקצועית, כפי שניתן היה להתרשם מחקירתו, במיוחד שעה שהוא התבקש להתייחס לנושא זה.
5. שלישית, אמנם בחוות דעתו של רדיולוג התובע אין "פרק" הדן בפרקטיקה הנוהגת כפי שטוענת ההגנה, אך אין בכך צורך. רדיולוג התובע הינו מומחה בתחומו, וראו כי גם הנתבעת סבורה כי הוא מומחה ידוע ואחד מהבכירים בתחום. קביעתו לפיה ניתן היה, וצריך היה, לפענח את הבדיקה אחרת ולא לקבוע כי היא "תקינה", כוללת בחובה את המסקנה לפיה הפרקטיקה הנוהגת איננה להכתיר בכותרת "תקינה" בדיקה שיש בה ממצאים שניתן לאתר ושיש צורך לציין – וזאת על מנת להפנות את תשומת הלב של הרופא ששלח את המטופל לבצע את הבדיקה, אף אם תוך העלאת הסתייגות או סימני שאלה. כלומר, שמחוות הדעת ומהחקירה בבית המשפט עולה בבירור שמומחה זה סבור שהייתה סטייה מהפרקטיקה הנוהגת והמצופה – גם אם אין בחוות דעתו "פרק" שבו מוסברת מהי אותה פרקטיקה.
6. רביעית, לא אוכל לקבל את הטענה כי מסמך ההפניה מטעם ד"ר ק' היה מטעה או חסר וכי האופן שבו הוא נוסח גרם או תרם לכך שהפענוח היה כפי שהיה. בהפניה יש התייחסות לצורך לבצע בדיקה שכוללת אפשרות לתופעות כגון אלו שהתגלו, ואמנם החשד היה לגבי TIA, אך ברור כי ה"חיפוש" אחר ממצאים הוא אותו חיפוש.
7. חמישית, יש ממש גם בטענת התביעה לפיה ההגנה לא הציגה חוות דעת של מומחה בתחום הרדיולוגיה אשר יכול היה לקבוע **שלא** ניתן היה לאתר דבר בבדיקה, כי לא היו בכלל סימנים שניתן היה לראות, כי לא ניתן היה לאתר את תחילת התהליך, או כי הפרקטיקה הנוהגת הינה להגדיר כ"תקינה" בדיקה כגון זו. יודגש כי גם המומחה בתחום הנוירולוגי מטעם ההגנה **לא** קובע קביעות כגון אלו (והוא אף לא בחן בעצמו את דיסק הפענוח ולא התייחס בחוות דעתו למה ניתן לראות בדיסק ומה לא ניתן לראות). זאת, ללא קשר לשאלה אם מומחיותו של הנוירולוג מאפשרת קביעה בתחום הרדיולוגיה, ויובהר כי אין באמור כדי להביע כל עמדה לגבי מקצועיותו של מומחה זה בתחום הנוירולוגיה. לפיכך, הלכה למעשה, נמצאים אנו בסיטואציה בה חוות הדעת של המומחה בתחום הרדיולוגיה מטעם התביעה לא נסתרה באמצעות מומחה מטעם ההגנה, ואין עסקינן במצב בו בית המשפט צריך להכריע בין שתי חוות דעת מנוגדות.
8. לכן, אני מאמצת את עמדת התביעה על פני עמדת ההגנה וקובעת כי הורם הנטל המוטל על שכם התובע להראות כי הייתה רשלנות באופן שבו פוענחה הבדיקה.

**שאלת הקשר הסיבתי –**

1. השאלה הבאה במהלך הדיון, נוכח טענות ההגנה, היא - האם התרשלות הנתבעת בפיענוח בדיקת ה-CT השפיעה על מהלך הטיפול בתובע, ובמילים אחרות – האם קיים קשר סיבתי בין הפענוח של הבדיקה לבין מהלך הטיפול בתובע, וכנגזרת מכך – להיקף הנזקים אשר נגרמו לתובע.

**עמדת התובע -**

1. אין חולק כי מעת מועד פענוח בדיקת ה-CT (3.11.2009) ועד למועד גילוי הדיסקציה בפועל והאשפוז בבית החולים (27.12.2009) - חלפו כמעט חודשיים. בחוות דעתו, התייחס נוירולוג התובע לדרכי הטיפול השונות במקרי דיסקציה (לרבות אפשרויות הטיפול הכירורגיות), בהתאם לשלב הגילוי והאבחנה, וכך כתב:

"הטיפול בדיסקציה של עורק התרדמה הפנימי (2) הוא תלוי גורמים שונים כגון חומרת התסמינים של החולה, גילו, מצבו הרפואי הכללי ועוד. באופן כללי הטיפול יכול להיות תרופתי או כירורגי. בטיפול התרופתי החולה מקבל נוגדי קרישה האמורים למנוע את גדילת הקריש הבסיסי של הדיסקציה ומניעת היווצרות קרישים קטנים וצפים היכולים לגרום לאוטמים מוחיים. הטיפול הכירורגי הוא טיפול אנדווסקולרי או ביצוע מעקף. טיפול אנדווסקולרי יכול להתבצע, למשל, על ידי החדרת תומכן לחלל כלי הדם ולמנוע את הצרותו. טיפול מעקף (2) מתבצע על ידי יצירת מעקף שדרכו זרם הדם עוקף את אזור החסימה וחוזר מיד לאחריו. בדרך כלל, טיפול זה נעשה על ידי נטילת עורק ... ושתילתו כך שיחבר בין עורק התרדמה החיצוני לעורק התרדמה הפנימי שלאחר החסימה. כך, זרימת דם מעורק התרדמה החיצוני מגיע אל המשך עורק התרדמה הפנימי. זה ההליך שבוצע אצל מר [...]. "

1. נתון רלבנטי נוסף במקרה הנוכחי הוא מאפיין אנטומי ייחודי של התובע, לגביו אין מחלוקת, וראו כי נוירולוג התובע ציין בחוות דעתו כי התובע המשיך לקבל אספקת דם מעורקים אחרים לאזור הפגוע בשל מאפיין זה, וכך – למרות שהטיפול החל מאוחר הנזק היה קטן באופן יחסי, וכפי שהסביר:

"למזלו של החולה, הפגיעה לא היתה חמורה יותר ומפושטת יותר, היות שעקב סיבות אנטומיות של מערכת הדם המוחית היחודית לחולה זה, האיזור הפגוע המשיך לקבל זרימת דם מסויימת גם מעורקים אחרים. גם הניתוח המוצדק של המעקף החזיר זרימת דם ומנע שהנזק הבלתי הפיך שכבר היה קיים עקב האיחור בטיפול, לא יהפוך לגדול יותר".

1. לבסוף, נוירולוג התובע הבהיר בחוות דעתו מה סביר בעיניו שהיה מצבו של התובע אלמלא ההתרשלות ואילו טופל במועד:

"הפרוגנוזה של החולה לאחר הטיפול (3) שונה מחולה לחולה והיא תלויה בגורמים רבים. ברוב הגדול של החולים חלה הטבה משמעותית ובחלק מהם, אף הבראה מלאה. בשאר החולים השיפור הוא חלקי או מועט או ללא שיפור כלל. "

בחקירתו נדרש נוירולוג התובע לנושא זה (עמ' 20, ש' 26-22), והשיב כדלקמן:

"ש: בהנחה והוא היה מקבל את התרופות ממיסות הכרישים או מדללי הדם זה בהכרח היה מביא אותו למצב תפקודי מלא? כלומר, הוא היה ככל האדם?

ת: לא יודע, לעולם לא ניתן לענות לשאלה כזאת.

ש: תראה, בסוף ...

ת: יש סבירות שהוא היה משתפר, לא הרבה";

בהמשך נוירולוג התובע מתייחס שוב לחלוף הזמן ולהשלכות של האיחור באבחון הדיסקציה (עמ' 21, ש' 26-19), כך:

"האיש הזה פיתח אוטם מוחי עקב חסימה ההדרגתית של עורק גדול, העורק הראשי של אותו חצי מוח שהלך ונסתם בהדרגה עקב דיסקציה. כן? אז הנזק בהתחלה היה קטן. כלומר ... וללא שום טיפול, לא קיבל טיפול והנזק היה קטן. כלומר, עדיין הגיע מספיק דם. כמה שהיו מאבחנים אותו יותר מוקדם, יכלו לטפל ולהפסיק את התהוות הנזק ואז יישאר הנזק שהיה, הוא היה, זה סופי, הוא לא יחזור אחורה. אבל, אם עוצרים את הנזק, אני עושה גרף, עוצרים אותו פה, אז הנזק קטן ואם עוצרים אותו פה, הנזק גדול יותר, אם עוצרים אותו בסוף הגרף, הנזק מקסימאלי".

ובנוסף - בעמ' 20, ש' 35 עד עמ' 21 ש'2):

"ת: מדובר באדם צעיר שניתוח כזה ... ועובדה שגם הניתוח שלו הצליח.

ש: נכון

ת: אבל, נשארו לו ממצאים, בגלל שזה נזק שהיה כבר בלתי הפיך, שום דבר לא היה עוזר לנזק שכבר נגרם.

ש: בהנחה ...

ת: שום ניתוח, שום טיפול, שום כלום. ברגע שתאי מוח מתים, הם מתים סופית וזהו."

נוירולוג התובע אף נשאל בחקירתו איזה טיפול סביר שהתובע היה מקבל אם בדיקת ה-CT הייתה מאובחנת נכונה במועד והתובע היה מופנה להמשך טיפול בבית החולים, ועל כך השיב:

"ש: אז, השאלה שלי הייתה מה בבית החולים, איזה טיפול הוא היה מקבל, לו היה מופנה ב-3 בנובמבר?

ת: לו היה מופנה והיו מאבחנים שיש לו דיסקציה של עורק גדול ודיסקציה שכבר גרמה נזק גדול, אז יש שני דברים. הטיפול בדיסקציה עצמה שזה האנטי-קואגולנטים. זאת אומרת, מונעי קרישה, אם החסימה כבר הייתה מלאה לחלוטין זה או לנסות לפתוח אותה באמצעים כירורגיים או לנסות מה שהם עשו בסוף, לעקוף אותה בניתוח מסוג אחר."

ובהמשך הבהיר:

"ת: הניתוח... שאני אומר ניתוח... שני סוגים. הניתוח שהוא עבר בסוף של מעקף זה ניתוח לגמרי, ניתוח גדול ומסובך. לפני זה יכול להיות שהוא היה ... ניתוח ומה שנקרא ההליך אנדווסקולרי שזה כריתת הכריש והוצאה החוצה. זה לא ממש ניתוח, זה צנתור מוח, אבל זה ההליך שעשה אותו נוירוכירורג תחת הרדמה. אז, זה נחשב הליך ניתוחי, אבל זה לא ממש ניתוח, זה כמו שעושים צנתור לב."

1. על יסוד התשתית הראייתית מעלה, התובע טוען כי הוכחו השלכות האיחור בגילוי הבעיה, וטוען כי יש קשר סיבתי ברור בין הפענוח השגוי של בדיקת ה-CT לבין האיחור בתחילת הטיפול. לטענתו, האנמנזה של התובע מלמדת על תהליך של התפתחות והחמרת הנזק – כך שהתלונות הראשוניות היו של תחושת נימול בצד אחד של הגוף; עבור להפרעות בדיבור, בכתיבה, בלבול ודיכאון; המשך בתסמיני יד קפוצה שהשתחררה; וכלה בממצאי איסכמיה באזור פיזור עורק המוח האמצעי השמאלי עם דמם תת-קליפתי. לכן, לשיטתו, לא יכולה להיות מחלוקת לגבי נפקות חלוף הזמן, וכי העיכוב בטיפול נובע מהפענוח השגוי של בדיקת ה-CT.
2. התובע מוסיף כי במידה שבדיקת ה-CT הייתה מפוענחת כדבעי, לא היה נגרם איחור באבחון, ובמצב כזה ניתן היה לטפל בו בטיפול תרופתי, מבלי להיזקק לטיפול הכירורגי מהסוג שנאלץ לעבור. אם כן, התובע טוען כי בהתחשב באנטומיה הייחודית של מערכת הדם המוחית שלו, אשר בעטייה המשיכה אספקת דם חלקית למרות החסימה, ולאור חוות דעת המומחים המבוססת על הספרות המקצועית – הוא היה נותר ללא כל הגבלה, או עם הגבלה לא משמעותית.
3. התובע מדגיש כי לשיטת המומחים מטעמו, אילו היו מטפלים בו שעה שהסימנים עליהם הלין היו קלים, הנזקים שהיו באותה העת הם אלו שהיו נשארים, והוא לא היה מגיע למצב החמור יותר שאליו הגיע, ואף מפנה לכך שד"ר ס' תיעד כי לנתבע "יד קפוצה בתנוחה ביזארית", אשר השתחררה בחלוף שבוע, כלומר – שהוא היה במצב בו הנזק טרם התגבש וטרם הפך קבוע.
4. לדעת התובע, כל האמור מלמד על קשר סיבתי בין המחדל לבין נזקיו.

לגבי מעורבותם של קופת החולים ובית החולים – יש לזכור כי התביעה הוגשה גם נגד קופת החולים נוכח טענות התובע לגבי רשלנות בהתנהלותם של ד"ר ק' וד"ר ס', במהלך הביקורים של התובע אצלם בימים 28.10.2009, 25.11.2009, ו-29.11.2009, וכאשר הטענה העיקרית הינה כי שני הרופאים של קופת החולים לא הפנו את התובע לבדיקות נוספות ולא לאשפוז בבית חולים. התביעה אף הופנתה במקור נגד בית החולים, בטענה כי יש רשלנות גם בכך שהתובע שוחרר לביתו ביום 17.12.2009 (וטענה זו עלתה מטעם קופת החולים במסגרת ההודעה שהיא שלחה נגד בית החולים, אחרי שהתובע מחק את תביעתו נגד בית החולים). מכאן, שהתובע עצמו סבר בעת הגשת כתב התביעה כי ישנם עוד גורמים שאחראיים למצבו.

בעניין זה התובע מבהיר כי סילק את תביעתו נגד קופת החולים ובית החולים במסגרת הליך הגישור, אך למרות האמור – היות שהוכחה רשלנות מצד הנתבעת והוכח קשר סיבתי למלוא נזקיו, אזי שיש לחייב את הנתבעת במלוא נזקיו, או למצער – בחלקו הארי של הנזק.

**עמדת הנתבעת -**

1. בעניין אופי הטיפול כפונקציה של מועד גילוי הדיסקציה, כתב נוירולוג הנתבעת בחוות דעתו, על בסיס מאמריו בנושא, כי הוא סבור שאם הדיסקציה הייתה מתגלה שבוע לאחר האירוע המוחי, הטיפול היחיד שהיה ניתן לתובע הוא טיפול תרופתי וכי במועד ביצוע הבדיקה והפענוח שלה, כבר ממילא נגרם הנזק, משמע שהפענוח לא השפיע על מהלך הדברים, וכפי שכתב:

"כפי שציינתי בפתיח, "חלון הזמן" להתערבות במקרי חסימת עורק ההרדמה הוא בן שעות בודדות. לפיכך, כבר במועד ביצוע בדיקת ה-CT, **שבוע** מתחילת התסמינים, כבר לא היה מר [...] מועמד להתערבות פולשנית כלשהי. לפיכך, גם אילו היו נראים סימני אוטם ב-CT, לא היה ניתן לעשות דבר. זאת ועוד, בבדיקות החוזרות של מר [...] לאורך החודשים מתחילת התסמינים ועד האבחון לא חל שינוי מהותי. לפיכך, אינני סבור שאילו היה מאובחן מוקדם יותר ניתן היה לשנות את מצבו הנוירולוגי נכון להיום. "

 עוד מציין נוירולוג הנתבעת, כי לא הוכח סטטיסטית שהטיפול התרופתי היה משפר את מצבו של התובע באופן שהיה מונע את ההחמרה, אלא לכל היותר היה מביא לשיפור קל במצבו, וכי גם טיפול טרומבוליתי וטיפול צינתורי לא הוכחו ברמת סמך ממצה כמונעי נזק.

1. לגבי טיפול תרופתי, נוירולוג הנתבעת אף מפנה למאמרו שם הוא כותב כך:

"נוגדי קרישה ונוגדי טסיות

תרומבוליזה הינה טיפול נוח בחולי דיסקציה שנמצאים בחלון ההזדמנויות הטיפולי המתאים. אולם, היא איננה אפשרית עבור מטופלים רבים בשל הגעתם המאוחרת לחדר המיון, ועבורם נדרש פתרון טיפולי אחר.

בטווח הקצר (לשלושה חודשים) ישנן שתי גישות מקובלות למניעת הישנות של השבץ:

טיפול בנוגדי קרישה למשך מספר חודשים ולאחר מכן טיפול בנוגדי טסיות

טיפול בנוגדי טסיות בלבד

במרכזים רבים משתמשים בנוגדי קרישה על מנת למנוע היווצרות מחדש של קרישי דם באתר הדיסקציה, ובכך למנוע את נדידת התסחיף מעורק פרוקסימלי לעורק דיסטלי. יש כאלו המציעים טיפול כפול בנוגדי טסיות (Aspirin) + (Acetysalicylic acid Clopidogrel לשלב החריף).

לטווח הארוך נמצא יתרון קל לטיפול בנוגדי טסיות למניעת הסיבוכים האפשריים. יעילות הטיפול נבחנה במטא-אנליזה שסיכמה את כל המחקרים הקיימים, ומצאה שהיתרון שהטיפול מקנה אמנם אינו מובהק סטטיסטית, אולם לא בוצעו מחקרים כפולי סמיות בתחום ולכן קשה להסיק מכך מסקנות. הגישה כיום היא טיפול בנוגדי קרישה בשלב החריף למשך 3-6 חודשים, למעט במקרים בהם יש התווית נגד כגון אוטם גדול או החמרה דימומית. "

1. על יסוד דבריו של נוירולוג הנתבעת לעיל, הנתבעת טוענת כי נזקיו של התובע התגבשו טרם מועד פיענוח בדיקת ה-CT, כך שהמשך המהלכים לא החריפו את נזקיו. ובמילים אחרות, היות שחלף שבוע מיום קרות הנזק (בסמוך לפניה הראשונה לד"ר ק' ביום 28.10) ועד לפענוח בדיקת ה-CT (ביום 3.11), אשר במהלכו לא ניתן טיפול נאות, הסבירות להימנע מסימפטומים הוא קלוש עד אפסי. כך, לשיטתה של הנתבעת, התובע היה נותר "ממילא" עם הנזק שנגרם לו (קרי, חולשת צד שמאל ופגיעה בתפקוד היד הימנית), גם אם פענוח בדיקת ה-CT היה שונה, ולא היה ביכולתו להחלים, אלא לכל היותר לשמר את המצב הקיים.

הנתבעת מציינת לעניין זה גם את דבריו של נוירולוג התובע, עת נשאל האם תרופות ממיסות קרישים או מדללי דם היו מביאים את התובע למצב תפקודי מלא, והשיב כי לא ניתן לדעת בבירור מה היה יכול להיות, כי המצב משתנה מחולה לחולה וכי לתובע נשארו ממצאים שהם בחלקם בלתי הפיכים. לטענת הנתבעת, נוירולוג התובע לא סיפק תשובה לשאלה מה היה מצבו של התובע לו היה מטופל כחודשיים קודם לכן. גם על יסוד כך, גורסת הנתבעת כי הממצאים שלגביהם התובע התלונן עובר לפענוח ה-CT, היו נותרים בכל מקרה ואין טיפול שיכול היה למנוע זאת.

לפיכך, הנתבעת סבורה כי התובע לא הרים את הנטל להוכיח קשר סיבתי בין אי מציאת מרכיב האוטם ההתחלתי בבדיקה השנויה במחלוקת, לבין מהלך הטיפול והטיעון לגבי הנזק. בכל מקרה, הנתבעת טוענת כי טענות התובע כרוכות בקושי בשל הסיבתיות העמומה בכל הנוגע לעצם גרימת הנזק ואף לזהות המעוול, נוכח הטענות לגבי פועלם הרשלני של רופאי קופת החולים ובית החולים, אשר התנהלותם הייתה דומיננטית.

**דיון והכרעה –**

1. לאחר בחינת טענות הצדדים, עיון בחוות דעת המומחים והתרשמות מחקירותיהם – השתכנעתי כי מתקיים קשר סיבתי לפיו אלמלא ההתרשלות, סביר כי הנתבע היה מטופל בטיפול שונה, מהיר יותר, לרבות תרופתי, וכי חלוף הזמן השפיע על מהלך הטיפול והחרפת הנזק (וראו לגבי רכיב הקשר הסיבתי המובחן מרכיב ההתרשלות את ע"א 1399/20 **פלוני נ' שרותי בריאות כללית** (27.12.2021)).
2. כפי שכבר נכתב, המומחים של שני הצדדים מסכימים כי יש משמעות קריטית לחלוף הזמן. אמנם, לא הוכח שיעור ההחרפה המדויק בכל שעה, או בכל יום, או בכל שבוע – אך מוסכם כי ככל שעובר זמן רב יותר – נגרם נזק בלתי הפיך בשיעור רב יותר, ואיחור בגילוי הבעיה מביא למצב בו קיים נזק שכבר לא ניתן לתקן. עוד מוסכם כי למרבה המזל, המבנה הייחודי של כלי הדם של התובע איפשר זרימת דם למרות האוטם ההולך ומתפתח, כך שקצב ההחמרה היה איטי יותר מאשר במצב דברים "רגיל". משכך, ברור לדעתי כי כל איחור באבחנה המדויקת של הבעיה קשור בקשר סיבתי לנזק המצטבר, ואף שוכנעתי כי הפענוח של בדיקת ה-CT תרם לאיחור באבחנה.
3. נוירולוג התובע אכן העיד כי הנזק לתובע מתבטא במותם של תאי מוח וכי תא ש"מת" לעולם לא יחזור לתפקד, ולכן – כבר מתחילת התהליך החל להצטבר נזק בלתי הפיך; אלא, שאין לפרש את דבריו כאילו שכבר מהיום הראשון שבו התובע התלונן על הרגשת הנימול כל הנזק התגבש. מהמענה של נוירולוג התובע לשאלות שהופנו אליו עולה בבירור כי כוונתו הייתה שנזק מסוים נגרם כבר "בהתחלה" אך זהו נזק מינורי, והנזק המשיך והצטבר לאורך הזמן.

ד"ר ק', שהייתה הרופאה המטפלת, העידה כך (עמ' 7 שורה 30 עד עמ' 8 שורה 14, ההדגשות אינן במקור):

"ש:    לאחר שקיבלת את הסיטי, את הפענוח נדייק הרי את לא יושבת ובודקת את הסיטי עצמו רק את הפענוח, היה כתוב שאין ממצא. מהניסיון שלך האם העובדה שהסיטי הוא ללא ממצא אז זה אומר 100% שאין תהליך נוירולוגי או ש?

ת:      לא זה לא אומר, אז בגלל זה המשכנו כאילו, הפניתי גם לנוירולוג כי זה לא, שום דבר לא 100% ברפואה

...

ש:      אז את אומרת זה לא מספיק הסיטי? ...

ת:      לא, כי כשעובר הזמן הנה עובדה נוירולוג נתן לו הפניה ל-MRI, רופא משפחה לא יכול לכתוב הפניה ל-MRI, וגם עשינו יחסית כאילו לקהילה עשינו גם מהר, אבל המצב שלו החמיר ואז הוא הפנה לחדר מיון לרמב"ם

ש:     והאם לרופא משפחה באותה תקופה ממה שאת זוכרת מותר להפנות למשל לדופלקס צווארי?

ת:      כן, כן

ש:      למה לא הפנת? סתם אני שואל אני לא

ת:      שוב מדובר על בחור בן 34 שלא היה חשד, כאילו יצא, כאילו שאין חשד לאירוע כי אם זה היה קורה היום הכל היה אחרת

ש: מה היה היום אם זה היה קורה?

ת:   קודם כל יש את הנוהל של הפרעות נוירולוגיות שתלוי מהזמן בקיצור מודעות, **אם היה ממצא, אם הייתי יודעת שיש ממצא בסיטי, אז ברור שהוא היה עובר גירוש מלא זה נקרא אירוע מוחי אצל בן-אדם צעיר זה בירור מאוד ארוך ובטוח היינו מגיעים לאבחנה יותר מוקדם**"

משמע, שד"ר ק' העידה בבירור כי הפענוח ה"תקין" השפיע באופן מהותי על ההערכה שלה את המצב והשליך על ההתנהלות וההמלצות שלה.

ד"ר ס', הנוירולוג אשר טיפל בתובע בקופת החולים, העיד בדומה (עמ' 24, ש' 15-7, ואף כאן ההדגשות אינן במקור):

"ת: אירוע לא ברור שהצטייר בהתחלה כ- TIA מה שנקרא כאירוע מוחי חולף אבל נשארו איזשהם סימנים של הפרעה בדיבור, התנהגות מאוד לא שקטה, נסיבות המקרה היו מוזרות במקצת הייתה שמה נפילה וחבלת ראש

ש: היה סימן לחבלת ראש אגב זה משהו שראית?

ת: לא לא, כשאני בדקתי אותו לא היה שום סימן חיצוני כבר, אני בדקתי אותו בערך 3 שבועות כמעט חודש אחרי שזה קרה **והעובדה שסיטי היה תקין, אם סיטי היה נותן לי איזושהי תשובה של אוטם בהתהוות הייתי שולח אותו למיון לא הייתי שולח אותו ל-MRI, אבל כיוון שהסיטי היה תקין וראיתי שחייבים להמשיך את הבירור על פי המהלך הקליני הזה הפניתי אותו ל-MRI**";

ובהמשך (בעמ' 24, ש' 35-30) -

"ש:  אמרתי מגיע פלוני מציג אנמנזה שיש לו עוד שאריות מה שנקרא של האירוע והפענוח הוא לפני כ-3 שבועות משהו כזה, האם אתה אומר יכול להיות שזה משהו שהוא מתפתח נשלח אותו לעוד הדמיה כי אני לא יכול להסתמך על משהו מלפני 3 שבועות או

ת:   אני לא יודע, אני לא יכול להגיד שזה משהו מתפתח זה משהו שקרה ולא אובחן בסיטי";

וגם (בעמ' עמ' 25, ש' 6 ואילך):

"ש: כלומר אם המצב האם הסיטי היה תקין אבל המצב הקליני לא היה תקין בעיניך באותו רגע, עדיין יכול להיות שהיית אומר או-קיי אז יכול שכן יש פה אירוע, כלומר הסיטי שולל מבחינתך לחלוטין או שהמצב הקליני הוא משתלב עם הסיטי זה שניהם ביחד אחד שולל את השני?

...

ת: התשובה שלי היא הרבה יותר פשוטה מזה, עובדתית שסיטי מוח עם חומר ניגוד פורש כתקין ואני מצאתי נכון בהתאם למצב הקליני שלו ולשרשרת האירועים שקרו עד אז להמשיך בירור ב-MRI

...

ש: כלומר במילים אחרות גם סיטי תקין לא שולל שיש תהליך או אירוע כלשהו נוירולוגי?

ת: כן הוא לא שולל ... לא שולל כן, אבל זה מרחיק אפשרות".

ובחקירה חוזרת:

"ש: אני ארצה דווקא להמשיך בדיוק את השאלה של חברי, אתה אומר שהסיטי שבוצע עם חומר ניגוד היה תקין זה מרחיק אירוע מוחי נכון? כמו שאמרת עכשיו

ת:  כן

ש:  ... ואז זה פותח מבחינת האבחנה המבדלת שלך שאתה מבצע הפרעות נוירולוגיות אחרות שהם לא אירוע מוחי למשל MS שכתבת נכון?

ת:     נכון".

נוירולוג הנתבעת, אישר אף הוא כי אם התובע היה מגיע אליו עם אותן התלונות ועם פענוח של בדיקת CT שבו כתוב שיש "סימנים ההתחלתיים של אוטם", הוא היה שולח אותו ל-CT אנגר, כלומר CT של כלי הדם ולבדיקות נוספות. משמע, שהוא מאשר שגם אם היה בפענוח ציון של סממנים "דקים" או "התחלתיים" הדבר היה מצריך מיידית בדיקות נוספות ובירור נוסף (בדיקות שאכן נעשו אך רק לאחר זמן משמעותי). עוד יוער כי כאשר בפני נוירולוג הנתבעת הוצג בחקירה מקרה אחר עם מאפיינים דומים, השיב כי כאשר האבחנה מתבצעת בשלב הראשוני "לרוב זה מסתדר עם טיפול תרופתי" (עמ' 40, ש' 23).

לכן, הוכח ברף הנדרש כי אם הפענוח של בדיקת ה-CT לא היה מציין כי הבדיקה "תקינה" אלא מציין את אותם סממנים התחלתיים של האוטם שניתן היה לראות בבדיקה – מהלך הטיפול היה מהיר יותר, היו מתבצעות בדיקות נוספות בשלב מוקדם יותר, האבחנה הייתה קודם למועד בו התגבשה בפועל, ניתן היה להתחיל בטיפול תרופתי ואחר, מוקדם יותר וחלק מהנזק היה נמנע.

ודוקו. אמנם חלק מסוים (אם כי מזערי) של הנזק כבר היה קיים ביום בו הגיע התובע לראשונה אל ד"ר ק', שהרי הוא הגיע כאשר בפיו תלונות משמעותיות ומן הסתם כבר באותו היום – התהליך כבר החל, ואולי כבר אז, אף אם היה מתחיל בטיפול תרופתי באותו היום ממש – כבר היה נותר נזק בשיעור מסוים. בדומה, חלק נוסף מהנזק (ואף הוא מזערי) התווסף במהלך הימים שבין אותו ביקור ראשוני לבין היום שבו ביצע התובע את הבדיקה והיום שבו התקבל הפענוח נשוא המחלוקת. ראו בהקשר זה כי לתובע טענות כלפי ד"ר ק' גם בשל כך שלא ביקשה CT דחוף מיידי, ולמעשה, מהיום שבו ביקר אצלה (28.10) ועד היום שבו התקבל הפענוח (3.11), חלפו כמה ימים, ומבחינת הנתבעת – שאינה אחראית לכך שלא התבקש פענוח דחוף / מיידי – הטענה היא שכבר התגבש חלק מנזק במהלך אותם 5 ימים. אלא, שלמרות האמור, נוכח הראיות שפורטו מעלה, שוכנעתי כי הנזק עד מועד קבלת הפענוח בו עסקינן, היה בהיקף קטן וטיפול תרופתי בשלב מקדמי זה היה יכול "לקבע" את המצב באופן שבו התובע לא היה "מגיע להיכן שהגיע". הוכח לשיטתי מהעדויות של המומחים כי לו הבדיקה הייתה "מתניעה" מהלך שונה – המצב של התובע היה מתייצב ולא מחריף, וכאשר משלבים אנו את האמור עם המבנה המיוחד של כלי הדם שלו – הוכח כי סביר יותר שהמצב היה נשאר כזה שלא כרוך בהידרדרות נוספת. יתרה מכך. לשיטתי, אף אם קיימת עמימות לגבי היקף הנזק המדויק במועד ההתרשלות (כלומר היקף הנזק לפני 3.11 יחסית לשיעור הנזק שנגרם אחרי 3.11) - הנטל להראות את מהות "המצב הקודם" רובצת על שכם הנתבעת במקרה זה, והיא לא הראתה מה היה המצב "בדיוק", וזאת לעומת המומחים מטעם התובע ששכנעו כי הנזק באותה נקודת זמן לא היה משמעותי.

לכן, המסקנה עד כה היא כי הוכח קשר סיבתי בין ההתרשלות של הנתבעת לבין הנזק.

**שיעור אחריות הנתבעת ומשמעות הסכם הפשרה עם קופת החולים ובית החולים -**

קביעת היחס בין תרומתם של הגורמים השונים לנזק של התובע מורכבת במקרה זה. כלומר, שהשאלה עתה היא מה משקלו של הפענוח הרשלני של בדיקת ה-CT במכלול הנתונים שחברו יחדיו לתוצאה הסופית, נוכח המהלכים של הגורמים האחרים אשר תרמו לכך שהאבחון היה באיחור, כאשר גם התובע וגם הנתבעת טוענים כי אותם גורמים נהגו אף הם ברשלנות.

הקושי בהקשר זה כפול.

ראשית, מבחינה מהותית, קשה לקבוע בוודאות מה הייתה התרומה של כל גורם לתוצאה הסופית, במיוחד שעה שאין עסקינן באותו מעשה או מחדל מעוול שאחראיים לו כמה גורמים במשותף, אלא במקרה בו היו כמה מעשים ומחדלים שונים שהביאו במצטבר לאיחור בהתחלת הטיפול – ולכל מחדל אחראי גורם שונה. כאן, אפנה להבדל בין מעוולים במשותף, מעוולים בנפרד שגרמו נזק אחד בלתי ניתן לחלוקה ומעוולים בנפרד שגרמו נזקים נפרדים, ואף אפנה לסעיף 11 לפקודת הנזיקין ולפסיקה לפיה בשני המקרים הראשונים, המעוולים מחויבים בפיצויים על מלוא הנזק ביחד ולחוד, ואילו המעוולים מהסוג השלישי מחויבים בנזק שגרם כל אחד מהם בנפרד – וראו את **דיני הנזיקין – תורת הנזיקין הכללית** 485-483 (ג' טדסקי עורך, מהדורה שניה, 1976); ע"א 7436/12 **כלל חברה לביטוח בע"מ נ' ב.י.מ חברה לבניה בע"מ** (6.7.2017); דנ"א 15/88 **מלך נ' קורהויזר**, פ"ד מד(2) 89 (1989); ע"א 8133/03‏ **יצחק נ' לוטם שיווק בע"מ** (27.10.2004); ע"א 8664/06 **חוות צברי אורלי בע"מ נ' מדינת ישראל** (‏27.8.2012)).

שנית, מבחינה דיונית, הקושי נובע מכך שהתביעה למול קופת החולים וההודעה כלפי בית החולים סולקה בפשרה (כפי שאוזכר לעיל: "**הסכם** **הפשרה**"), כך שהבירור של הטענות לגבי מעורבותם לא מוצה, לא הוצגו כל הראיות לגבי מכלול הנתונים ולא הועלו מלוא הטענות. לגביהם, אין בפני אלא את מה שנכתב בכתב התביעה של התובע בהתייחס לקופת החולים, בכתב ההגנה של קופת החולים, בהודעה שנשלחה מטעם קופת החולים לבית החולים ובכתב ההגנה של בית החולים. בנוסף, קיימות העדויות של המומחים השונים ושל הרופאים הרלבנטיים – אך ברי כי הם לא נשאלו שאלות הממוקדות בחבות אפשרית מצד קופת החולים או בית החולים, ולכן – המסד העובדתי חלקי ואין לבית המשפט את הכלים המיטביים שיאפשרו לו להגיע למסקנות ברורות לגבי חלוקת האחריות. המקרה עוד יותר מורכב שכן ד"ר ק' וד"ר ס', מטעם קופת החולים, כן העידו בבית המשפט, ללא שיוצגו על ידי עורכי דין במהלך הדיון, כאשר במהלך חקירתם, הלכה למעשה, ב"כ הנתבעת ניסה להצביע על רשלנות מטעמם, ודווקא ב"כ התובע ניסתה "למזער" את חלקם, נוכח הסדר הפשרה והיעדר כל אינטרס להדגיש את ההיבטים הרשלניים של פועלם, למרות הטענות החמורות שהיו לתובע כלפיהם בכתב התביעה. ואם לא די בכך, אזי שבמקרה הנוכחי, הסכם הפשרה היה תולדה של הליך גישור ממושך בשיתוף הנתבעת, ובסופו הנתונים לגבי הפשרה **לא** הוצגו לעיון בית המשפט. כך שלא אדע מה היה הסכום ששולם לתובע מצד קופת החולים ובית החולים, וכמובן שלא אדע מה היה הבסיס לחישוב הסכום (כלומר, בכמה הוערך הנזק הכולל ובכמה הוערך חלקם של קופת החולים ובית החולים), וזאת במובחן מחלק מהמקרים אשר אליהם הפנו הצדדים בטיעוניהם בהקשר זה – שם הוצגו הנתונים לגבי הסכום ששולם בהסכם הפשרה.

**עמדת התביעה -**

התובע טוען, ברובד המהותי, כי למרות שיש לו (או יותר נכון היו לו) טענות גם כלפי קופת החולים ובית החולים – אזי שעל הנתבעת לפצותו בגין כל נזקיו, שכן רשלנות הנתבעת היא אשר "התחילה" את שרשרת ההתרשלויות ומתקיים לגביה מבחן ה"אלמלא" במובן – שלולא הפענוח השגוי, כל הנזק היה נמנע. לכן, עמדתו היא כי ללא כל קשר להסכם הפשרה – על בית המשפט לשום את נזקיו ולחייב את הנתבעת בסכום המלא. לשיטתו, אף אם אין לראות רק בנתבעת כמי שאחראית לנזקיו – אזי שהיא הגורם הדומיננטי, רשלנותה מכרעת ועליה לפצותו במלוא נזקיו.

1. ברובד הדיוני - התובע טוען כי בהסכם הפשרה נכתב במפורש כי הוא ימשיך בניהול התביעה מול הנתבעת והסכם זה אינו חוסם את בירור חבות הנתבע ופסיקת מלוא הפיצוי לזכותו, ללא קשר לסילוק התביעה בהסכם מול שאר הצדדים. עוד טוען התובע כי הנתבעת רשאית להעלות טיעונים לגבי חלקם ואחריותם של קופת החולים ו/או בית החולים, אבל היות שהנתבעת לא הגישה הודעה לצד שלישי כנגד קופת החולים או בית החולים, על אף שהייתה יכולה לעשות כן בתחילת ההליך, אזי שהיא מוגבלת לגדר המחלוקת שהתווה התובע נגד קופת החולים, ואין לקבל כל טענה נוספת מטעם הנתבעת נגד קופת החולים, ד"ר ק' או ד"ר ס'. כלומר, שהנתבעת אינה יכולה להעלות לגבי רשלנותם של אלו טענות שהתובע עצמו לא העלה מטעמו לפני הסכם הפשרה. באשר לבית החולים, התובע טוען כי הוא כלל אינו צד לתביעה ולחלוקת האחריות, זאת מכיוון שהתביעה נגדו מטעם התובע נמחקה עוד בשנת 2017, וההודעה כלפיו סולקה בהסכם הפשרה.
2. כך, לסיכום, לשיטת התובע, יש לחייב את הנתבעת במלוא נזקיו, אגב הפנייה לפסק דינו של השופט עמית ברע"א 4474/20 **נון נ' הרשקוביץ** (01.11.2020)‏‏ (להלן: "**עניין** **נון**").

**עמדת ההגנה -**

הנתבעת, מנגד, טוענת כי מבחינה מהותית, בפני בית המשפט ישנן ראיות למכביר אשר מחייבות לקבוע כי תרומתם של קופת החולים ובית החולים למצבו של התובע היו מכריעות וכי אין לייחס לה אחריות, ולמצער – בשיעור נמוך ביותר. הנתבעת מסכימה כי מבחינת התובע, עסקינן במעוולים החייבים "ביחד ולחוד", אך שיעור תרומת הפענוח "השגוי" של בדיקת ה-CT (ככל שהוא שגוי) הינו נמוך ביותר והרשלנות של שני הרופאים של קופת החולים ושל הרופאים בבית החולים היה קריטי, משמעותי ודומיננטי, כך שחלקה במסכת האירועים שולי יחסית. הנתבעת מפרטת באריכות בסיכומיה את כל הטענות שלה כלפי גורמים אלו, מהות הפעולות שהם ביצעו ומדוע פעולות אלו היו רשלניות וגרמו לעיכובים באבחון ובטיפול (פסקאות 236-204 לסיכומים), ואף מציעה חלוקת אחריות בין ד"ר ק', ד"ר ס' ובית החולים (אשר יחדיו אחראיים ב-100%) וטוענת כי רשלנותם הברורה ניתקה כל קש"ס אפשרי בין הפענוח לנזק, אף אם היה פגם בפענוח, ולחלופין – כי שיעור התרומה של הרשלנות מטעם הנתבעת (ככל שקיימת) נמוך וזניח.

במישור הדיוני - הנתבעת גורסת כי לא היה לה צורך לשלוח הודעות צד שלישי נגד קופת החולים או בית החולים, שכן – אלו היו כבר צד להליך, מה גם שלפי הפסיקה, מעת שהצדדים השונים התפשרו ביניהם וניתן לכך תוקף של פסק דין חלקי, ממילא הנתבעת לא רשאית לשלוח נגדם הודעות צד שלישי (רע"א 7848/18 **מדינת ישראל - משרד התחבורה - רשות הספנות והנמלים נ' פלונית** (21.12.2018) (להלן: "**עניין רשות הספנות**"‏‏). כך, שאין לזקוף לחובתה את אי שליחת ההודעות כלפי צדדים אלו, והיא זכאית עתה להעלות כל טענה כלפיהם. באשר למשמעותו של הסכם הפשרה, הנתבעת טוענת כי לפי פסק הדין ב**עניין נון**, על בית המשפט לקבוע עתה מהו חלקה של הנתבעת בנזק ולחייב אותה רק בחלק זה.

**הכרעה בסוגיה זו –**

המחלוקת מעלה מחדדת את הקושי בסיטואציות בהן מושגת פשרה רק בין חלק מהנתבעים לבין התובע וההליך ממשיך נגד שאר הנתבעים. יש להצר על כך שלא ניתן היה להגיע להסדר כולל במסגרת הליך הגישור, אם כי הפסיקה חזרה והדגישה את החשיבות לעודד פשרות גם במתכונת חלקית נגד חלק מהנתבעים (**עניין נון** פסקה 18, עניין **רשות** **הספנות** פסקה 19).

**האם הסכם הפשרה מגביל את יכולת התובע להיפרע מהנתבעת?**

בפסיקה התבררו תיקים דומים, בהם הוגשה תביעה נגד כמה נתבעים, סולקה בפשרה למול חלקם, ונותרה להכרעה המחלוקת רק מול החלק הנותר. בחלק מפסקי הדין הועלו טענות לפיהן הסכם הפשרה שנחתם למול הצדדים המתפשרים קובע כי התובע קיבל מהם את הפיצוי המלא לגבי מכלול נזקיו, ואגב כך התעוררה השאלה אם מהסכום שיפסק לחובת הצדדים הלא-מתפשרים יש לנכות את הסכום ששולם בפשרה, כיצד לבצע את "הניכוי היחסי" ואף עלו שאלות לגבי היכולת של הצדדים הלא-מתפשרים לקבל שיפוי מהצדדים המתפשרים (ככל שיתברר שמבחינה חשבונאית, הצד הלא-מתפשר משלם יותר מכפי חלקו, או ההיפך, ואגב התייחסות לסיטואציות בהן יתכן והתוצאה הסופית הינה שהניזוק מפוצה ביתר או בחסר).

בפסקי דין אלו, ניתחו הערכאות את היחס בין סעיפים 11, 77, 83(ב) ו-84 לפקודת הנזיקין במשולב עם סעיפים 56-54 ו-61(ב) לחוק החוזים (חלק כללי), תשל"ג-1973, הדנים בחיובים ביחד ולחוד, החלים גם על המשטר הנזיקי - והמסקנה המשותפת העיקריות היא כי תחילה יש לבחון את נוסחו של הסכם הפשרה, ולאורו יש להמשיך את הבירור.

כך, לדוגמה, בפסק הדין ב**עניין נון**, השופט עמית מבהיר את ההבדל בין מצב בו הסכם הפשרה בין הניזוק לנתבע א' נועד לסלק את חלקו של נתבע א' בלבד (בהתאם למידת אשמו לגרימת הנזק) להבדיל ממצב שבו הסכם הפשרה עם נתבע א' נועד לפרוע את מלוא נזקו של התובע. בית המשפט שם מבהיר כי סעיף 83(ב) לפקודת הנזיקין עוסק במצב שבו ניזוק תבע בתביעה ראשונה רק מזיק אחד מבין מספר מזיקים, וזאת לגבי מלוא הנזק, ועוד לפני שקיבל לידיו את הפיצוי, הגיש תביעה שנייה נגד יתר המזיקים. או אז, חל סעיף 83(ב) ומכוחו סכום הפיצוי שייפסק לניזוק בתביעותיו נגד יתר המזיקים, יוגבל לסכום הפיצוי שנפסק לו בתביעתו הראשונה, וזאת הן כאשר התביעה הראשונה הסתיימה בפסק דין שדן בתביעה לגופה והן כאשר מדובר בפסק דין שאישר הסכם פשרה (ע"א 236/76 **"אלוניה" קואופרטיב לעבודות נגרות בע"מ נ' שלכט**, פ"ד לא(2) 44 (1977)). משמע, שבמקרים בהם התביעה הראשונה הסתיימה בהסכם פשרה, אם התביעה הראשונה נועדה לסלק את מלוא הנזק וכך גם עולה מהסכם הפשרה בין הניזוק לבין המזיק האחד בתביעה הראשונה – אזי שהסכום שניתן לפסוק לטובת הניזוק מוגבל לסכום האמור ויש לנכות את הסכום מהפיצוי שיושת על שאר המזיקים בתביעה השנייה אגב הפניה לדניאל פרידמן ונילי כהן "**ריבוי חייבים" דיני חיובים: חלק כללי** 155, 283 (דניאל פרידמן עורך 1994)). לעומת זאת, אם הסכם הפשרה לא התיימר לקצוב את מלוא נזקו של התובע, אין תחולה לסעיף 83(ב) לפקודה, ובמקרה כזה הניזוק יוכל לתבוע את המזיקים הנוספים בסכום העולה על סכום הפשרה, אך גם אז - תוך ניכוי סכום הפשרה ככל ששולמה. בית המשפט בפסק הדין ב**עניין נון** מפנה לכך שקיימת גם גישה שונה, לפיה סעיף 83(ב) לפקודה חל גם על הסכם פשרה בין תובע לנתבע המתייחס לחלקו של הנתבע בלבד בגרימת הנזק (כגון עמדת השופטת בן-פורת בע"א 132/86 **ג'ורי נ' מדינת ישראל**, פ"ד מב(1) 555 בעמ' 562 (1988)), אך מסכם כי לשיטתו, אין להחיל את סעיף 83(ב) במצבים בהם הסכם הפשרה מתייחס לחלקו של הנתבע-המתפשר בלבד (אלא רק כאשר הוא מתייחס לנזק המלא).

בדומה, גם **בעניין רשות הספנות** דובר במקרה בו הוגשה תביעה נזיקית נגד חמישה נתבעים, והתובעת הגיעה להסדר פשרה עם ארבעה מתוך הנתבעים תוך הסכמה להמשיך את ניהול התביעה מול הנתבעת החמישית, המדינה. בהסכם הפשרה מול הצדדים המתפשרים נקבעה אחריותם של מזיקים אלו, וגובה החבות של כל אחד מהם. עוד באותו ההסכם, התובעת הבהירה כי המשך ניהול התביעה נגד המדינה יעסוק בשיעור חבות המדינה בלבד, תוך שהתובעת מתחייבת לנכות מהחבות את חלקם של הנתבעים האחרים, כפי שתקבע על ידי בית המשפט. השופט גרוסקופף קבע שם (פסקה 14 ואילך) כי משמעותו של הסדר מסוג זה היא שתהיה אשר תהיה פסיקת בית המשפט בהליך נגד המדינה, לא תעמוד למדינה זכות להשתתפות נגד הנתבעים האחרים, שכן בהגדרה היא לא תישא בחבות העולה על חלקה היחסי. עוד מוסיף וקובע שם בית המשפט כי כאשר התביעה מול החייב או המזיק שלא התפשר מוגבלת מלכתחילה לחלקו היחסי של אותו חייב או מזיק בחלוקת החבות הפנימית בין החייבים, ממילא לא תקום לו זכות להשתתפות נגד שאר החייבים או המזיקים שהתפשרו (כאשר אמירה זו הייתה במוקד ההכרעה שם, שעסקה בשאלת האפשרות לשלוח הודעות כלפי צדדים שלישיים מטעם המזיק שלא התפשר כלפי המזיקים שהתפשרו). עוד מודגש שם (בסעיף 16), כי נטל ההוכחה בהליך שממשיך הניזוק לנהל מול הנתבע שלא התפשר מוטל על התובע ביחס לשלושת הרכיבים הדרושים על מנת לזכות בתביעתו: (1) אחריות החייב שלא התפשר; (2) גובה החבות הכוללת; (3) חלקו של החייב שלא התפשר בחלוקה הפנימית בין החייבים, ואף מבהיר כי "בקבעו את גובה החבות הכוללת עשוי בית המשפט להגיע לתוצאה שונה מזו ששימשה בסיס לפשרה. בכך אין רבותא, שכן בין אם החבות הכוללת שתקבע גבוהה מהסכום ששימש בסיס לפשרה, ובין אם נמוכה ממנה, ישלם החייב שלא התפשר בסופה של ההתדיינות רק את חלקו היחסי בחבות הכוללת כפי שתקבע באופן המחייב אותו בהתדיינות מולו, ולפיכך לא יהיה זכאי לתבוע השתתפות מהחייבים שהתפשרו" (וראו כי באותה פרשה, הדיון אכן המשיך בבהמ"ש המחוזי, אשר שמע את הראיות לגבי המחלוקות למול המדינה – ופסק כי בהשוואה יחסית של שיעור אשמה של המדינה לזה של ארבעת המזיקים שהתפשרו - יש להעמיד את שיעור חבותה בגין התאונה הנדונה על 40%, ולאחר מכן – קובע שם בית המשפט שגובה הנזק הוא X ₪ ומחייב את המדינה בתשלום 40% מתוך X (ת"א (מחוזי באר שבע) 32354-01-13 **פלונית נ' מדינת ישראל רשות הספנות והנמלים** (27.4.2021)).

בנוסף ראו את ע"א (מחוזי תל אביב-יפו) 1595/07 **בית"ר שמשון תל אביב נ' בן אולד** (26.11.2008); בש"א (מחוזי נצרת) 558/10 **משרד הביטחון נ' סלאמה**, פסקה 7 (11.7.2010); ת"א (מחוזי חי') 6372-09-16 **עיזבון המנוחה פלונית ז״ל נ' שירותי בריאות כללית** (10.1.2019) פסקאות קכא ואילך; ות"א (שלום תל אביב-יפו) 10377-12-13 **פלוני נ' וקסלר**, פסקאות127-136 (24.3.2022) המפנה לפסקי דין נוספים בפסקה 132 – וכאשר בכל פסקי הדין האמורים הדגש הוא על האופן שבו נוסח הסכם הפשרה החלקי.

במקרה דכאן, ברור כי הסכם הפשרה לא מתייחס למלוא הנזק של התובע אלא רק לחלק היחסי של קופת החולים ובית החולים. האמור מודגש בסעיף 1, 4 ו-8 להסכם הפשרה ובמיוחד בסעיף 6 להסכם זה לאמור: "התביעה שהגיש התובע נגד הנתבעת הנוספת תמשיך להתנהל בפני בית המשפט הנכבד ביחס לאחריותה של הנתבעת הנוספת בלבד וללא קשר לטענות המופנות כלפי הנתבעת 1 [קופת החולים] והצד השלישי [בית החולים] ואין בהודעה על הסדר פשרה זה משום הודאה ו/או חזרה מטענות התובע נגד הנתבעת הנוספת". כך שעולה במפורש כי הסכום ששולם לתובע במסגרת הסדר הפשרה נועד "לכסות" רק את החבות של קופת החולים ובית החולים, תוך שהתובע ימשיך בניהול התביעה נגד הנתבעת בבית המשפט (ואזכיר שוב כי אינני יודעת מהו הסכום). מכאן, שאין בהסכם הפשרה כדי לחסום את התובע מהוכחת "מלוא" נזקיו ככל שיעמוד בנטל הנדרש ומחיוב הנתבעת לשאת בפיצוי בגין חלקה מתוך הנזק, ללא קשר לסכום ששולם במסגרת הסכם הפשרה.

יוער לסיום, כפי שהעירו בתי המשפט ב**עניין נון** וב**עניין רשות הספנות** – כי בד בבד עם הצורך לעודד הסדרי פשרה אף אם חלקיים, יש לקחת בחשבון כי "המחיר" של הסדרי שכאלו הינו לפעמים תוצאות לפיהן הניזוק מקבל פיצוי העולה על היקף הנזק, או שאחד מהמזיקים משלם יותר ממה שהיה משלם לולא הפשרה, או פחות מכך, אלא שאלו הם הסיכונים והסיכויים הכרוכים בהסכמי פשרה מול ניהול ההליך בבית המשפט.

ומהי חלוקת האחריות ההולמת במקרה זה? לאור מכלול הראיות והטיעונים, ובכלל זה הטענות לגבי הבדיקות הנוספות שניתן היה לבצע בקופת חולים במועד מוקדם יותר מאשר בוצעו, ולגבי כך שאפשר היה להגיע למסקנה בדבר הצורך בביצוע אותן בדיקות למרות הפענוח של בדיקת ה-CT בה עסקינן בשלב מוקדם יותר, נוכח התלונות העקביות של התובע – דומני כי שיעור התרומה של התרשלות הנתבעת נמוך מאשר שאר הגורמים. אבקש להבהיר כי אינני קובעת שההתנהלות של שאר הגורמים המעורבים הייתה רשלנית או שלא הייתה רשלנית. פסק דין זה אינו עוסק בשאלה אם הוכחה רשלנות מצד קופת החולים או בית החולים – שכן שאלות אלו אינן דורשות הכרעה ואין בפני טיעון של הצדדים הרלבנטיים בהקשר זה. יש גם קושי לקבוע בפסק דין קביעות לחובת נתבעים שוויתרו על הצורך להגן על עצמם, לא היו חלק מתהליך החקירה של העדים ולא הגישו סיכומים.

למרות זאת, במצב המיוחד של התיק – בו הטענה הינה לגבי איחור בגילוי מצב רפואי מסוים, אשר בחלקו נובע מהפענוח של בדיקת ה-CT ובחלקו נובע מנתונים אחרים, ניתן להתייחס לחלקו של הפענוח יחסית לשאר הנתונים שהיו הבסיס להחלטות שקיבלו הרופאים המעורבים, לרבות לגבי ביצוע בדיקות אלו ואחרות, גם ללא קביעה ברורה לגבי השאלה אם הייתה התרשלות מצד הרופאים המטפלים.

לכן, ומבלי להביע עמדה לגבי ההתנהלות של קופת החולים או בית החולים, אוכל להעריך את החלק היחסי של פענוח בדיקת ה-CT במכלול הגורמים שהביאו את התובע למצב היום – ואני סבורה כי המדובר בחלק בשיעור של 40%. **משמע, שאחריותה של הנתבעת כלפי התובע הינה לגבי 40% מסך הנזק**, כפי שיקבע בהמשך.

1. נוכח מסקנה זו – אין צורך לדון בטענות נוספות שמופיעות מטעם התביעה כגון טענות בדבר תיעוד רפואי חסר, העברת נטל הראיה, הפרת הסכם, היעדר הסכמה מדעת ועוד. בדומה – אין צורך לבחון את עילת הפרת החובה החקוקה או את הטענות לגבי פגיעה באוטונומיה. הועלתה אף טענה לגבי פיצויים עונשים – אך מצאתי לדחותה, שכן הרשלנות שהוכחה במקרה זה אינה מקימה עילה לפיצוי עונשי בכל קנה מידה (דנ"א 1722/15 **פלונית נ' הסתדרות מדיצינית הדסה**, פסקה יג' (10.5.2015) שם חוזר בית המשפט על הכלל לפיו פיצוי עונשי "נפסק במקרים מצומצמים בלבד, ... המשקפים חומרה יתרה של מעשי המעוול ואת שאט הנפש של החברה מהם (בג"צ 5239/11 **אורי אבנרי נ' הכנסת**, פסקה ט"ז (15.4.15); א' רובינשטיין "**פיצויים עונשיים – מבט מכס המשפט**" ספר אור 97, 103 (עורכים א' ברק, ר' סוקול וע' שחם; תשע"ג-2013); גלעד, 44-43))".

**סוגית הנזק -**

**תוחלת החיים –**

1. הנתבעת טוענת כי התובע מעשן כבד באופן המקצר את חייו ב-10 שנים לכל הפחות, וכי לנתון זה יש השלכה על אופן חישוב הנזק. הנתבעת סומכת קביעה זו על עדותו של התובע, לפיה הוא מעשן מגיל 19 כשתי חפיסות סיגריות ליום, ולאחר האירוע דנן - הוא מעשן גם 30 גרם קנאביס בחודש, השווה ערך ל-3 קופסאות סיגריות. הנתבעת מפנה כאן לחוות דעתו של פנימאי הנתבעת שבה נכתב כי בהנחה ומדובר במעשן כבד, יש לכך השפעה שלילית על המטבוליזם של התובע באופן המקצר את תוחלת חייו ב-13 שנים, והיות שהוא אף סובל סובל ממחלת ריאות חסימתית (להלן: "**COPD**") - קיצור חייו הוא ב-15 שנים. הנתבעת מפנה לת"א (מחוזי נצ') 47-12-08 **פלוני נ' "הפול"** (8.3.2015), שם קבע מומחה מטעם בית המשפט כי תוצאת השילוב של עישון כבד וצריכת סמים מסוג מתאדון עשויה לגרום לקיצור תוחלת חיים של 30 שנה. הנתבעת מפנה גם לת"א (שלום י-ם) 6584/09 **פלוני נ' ג'מבר** (10.6.2020), שם קבע בית המשפט קיצור תוחלת חיים של 10 שנים למעשן של קופסה וחצי ביום. הנתבעת גורסת כי יש לקבוע לגבי התובע קיצור תוחלת חיים של 13 שנים המהווים ממוצע של הטווח הנלמד מן הפסיקה.
2. התובע טוען כי הנתבעת כשלה מלהוכיח באופן מבוסס טענות בדבר קיצור תוחלת חייו. לפיכך, התובע גורס כי יש לקבוע לגביו תוחלת חיים רגילה ודינאמית, בהתאם לטבלאות סטטיסטיות, שאלמלא האירוע הייתה צפויה להיות לו. בנוסף, טוען התובע כי פנימאי הנתבעת סמך את חוות דעתו על קביעות מוטעות ולא מבוססות, כגון שהתובע לוקה במחלת הריאות החסימתית אלא שהתובע לא סבל מעולם ממחלת COPD. נטען כי האזכור היחיד למחלה זו הופיע כחשד שציינה ד"ר ק' ברשומה מיום 29.07.2011 עת ביקר אותה התובע כשסבל מתסמיני שיעול וחום, אך אבחנה במחלת ה-COPD מעולם לא נקבעה. עוד נטען כי פנימאי הנתבעת סבר שגם בהיעדר מחלה ה-COPD, העישון הכבד כשלעצמו גורם לקיצור תוחלת חיים של 13 שנים, ומסקנה נובעת מכך היא שמחלת ה-COPD מביאה לקיצור תוחלת חיים של שנתיים, זאת על אף שבחוות דעתו כתב שמחלת ה-COPD היא גורם תמותה עיקרי, וממוקמת במקום השלישי אחרי מחלות הפוגעות בעורקי הלב והמוח, ואחרי מחלות סרטן. לכן, והיות שהתובע לא סובל מהמחלה, ונותרנו "רק" עם העישון - טענת קיצור החיים בשיעור של 13 שנים אינה מבוססת. בדבר נזקי העישון טוען עוד התובע כי הטבלאות הסטטיסטיות אשר הנחו את פנימאי הנתבעת בחוות דעתו, מתייחסות לתוחלת החיים של כלל האוכלוסייה מבלי להבחין בין מעשנים ללא מעשנים, לא כוללות התייחסות למאפייני גיל, ועוד נטען כי המאמרים לגבי נזקי העישון שצורפו לחוות דעתו מבוססים על נתונים מארה"ב ואירלנד אשר אין לעשות מהם היקש לגבי הנתונים בארץ.
3. במחלוקת זו – עמדתי היא כי יש לקבל את עמדת הנתבעת רק בחלקה. מקובלת עלי עמדת התביעה כי לא הוכח ברף הנדרש כי התובע סובל מחלת ה-COPD ואין די ברישומים שאליהם מפנה הנתבעת כדי ללמד על המחלה. עם זאת, עיקרי עמדתו של פנימאי הנתבעת לגבי ההשלכות של העישון לא נסתרו. בתיעוד רפואי למכביר נכתב כי התובע מעשן "מזה 15 שנים" עוד לפני האירוע, כ-60 סיגריות ליום, בכל הרישומים הרפואיים מצוין לגביו כי המדובר ב"מעשן", ובתיעוד מהביטוח הלאומי יש התייחסות לכך שהוא מעשן "כבד", ואף נטען מטעמם של הרופאים שדנו במצבו לאחר האירוע, שהעישון הכבד הוא אשר הביא – או תרם - מלכתחילה לאוטם בו עסקינן. מומחה זה מטעם הנתבעת נחקר בבית המשפט, ועמדתו העקרונית לא נסתרה. הוא התבקש לכמת מהו שיעור הקיצור בתוחלת החיים שהוא מייחס לעישון ומה יש לייחס למחלה (שלא הוכח שקיימת), והוא הסביר כי עיקר הקיצור נובע מהעישון הכבד לאורך השנים. יש לדברים משקל, ובמיוחד כאשר התובע לא הציג חוות דעת נגדית. היות שחוות הדעת מתייחסת להשלכות מצטברות של העישון והמחלה, יש לקבל את הטענה רק בחלקה היחסי, ושוכנעתי כי יש לקחת בחשבון קיצור אפשרי של תוחלת החיים של 7 שנים.

התובע, יליד 6.9.1975, בן 47 לערך כיום. לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה תוחלת חייו הייתה אמורה להיות עד גיל 81. הואיל והקיצור הינו של 7 שנים, משמע, שתוחלת החיים תהא עד גיל **74** במעוגל.

**הנכות הרפואית –**

**בתחום הנוירולוגי –**

נוירולוג התובע קבע כי לתובע נותרה נכות צמיתה, עקב כך שהוא סובל מתסמינים נוירולוגים הנובעים מאירוע מוחי שאובחן וטופל באיחור, כאשר הנזק היה כבר לבלתי הפיך, ועקב פגיעה מוחית זו, נכותו הינה: 30% עקב החולשה הקלה של פלג גופו הימני לפי סעיף 29(1)(ב) לתקנות תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), תשט"ז-1956 (להלן: "**התקנות**"); 20% עקב אפזיה מוטורית קלה לפי סעיף 29(7)(ב) לתקנות; ו-10% עקב הירידה הקוגניטיבית בקשב, ריכוז וזיכרון לפי סעיף 32א(1) לתקנות – משמע, כ-50% נכות צמיתה משוקללת.

1. נוירולוג הנתבעת מסכים עם הקביעות לגבי 30% נכות בגין חולשה בפלג גוף ימין, ו-20% נכות בגין אפזיה, אך חולק על הקביעה הנוספת של נוירולוג התובע אשר סבור שמתקיימת נכות נוספת בגין ירידה בתפקוד הקוגנטיבי בשיעור של 10% נוספים.
2. סבורני כי הוכח שיש לבכר את עמדת המומחה מטעם התביעה במחלוקת זו על פני עמדת מומחה ההגנה, ראשית, נוכח העדויות של התובע ובני משפחתו ושנית נוכח התיעוד הרפואי מבית לוינשטיין שאליו מפנה התובע, שם צוין כי הוא מתקשה בדיבור ובכתיבה, שוכח דברים ולא מסוגל יותר לדבר רוסית ואנגלית, כמו גם לתיעוד ביקור במרפאה נוירולוגית מבית החולים מיום 5.11.2015, בו מצוין כי חלה החמרה קוגנטיבית במצבו. לא שוכנעתי כי המצב המתואר מעלה השתפר או חלף, ולכן – יש להכיר גם בנכות זו.
3. על כן, נכותו הנוירולוגית המשוקללת מסתכמת כדי 49% - ובמעוגל – 50%.

**בתחום הנפשי –**

1. פסיכיאטרית התובע, מציינת בחוות דעתה שורה ארוכה של הפרעות מהן סובל התובע לשיטתה, לרבות: הפרעות בדיבור, הפרעות קוגניטיביות שונות, הפרעת הסתגלות ומצבי רוח ירודים העולים כדי דיכאון. כמו כן, מומחית זו מציינת כי לדעתה ולדעת הפסיכיאטרים השונים אשר טיפלו בתובע במשך השנים, ההפרעה הדיכאונית וההסתגלותית נובעות מהפגיעה המוחית שעבר, והתובע אף מפנה בהקשר זה לתיעוד רפואי מיום 15.7.2014 מהמרכז לבריאות הנפש טירת הכרמל ממנו עולה תמונה דומה בעניין ההפרעות מהן סובל התובע. להערכתה, שיעור הנכות הינו 70% על פי סעיף 33(א)(6) לתקנות.
2. פסיכיאטר הנתבעת, מסכים בחוות דעתו עם האבחנה הרפואית של פסיכיאטר התובע, לפיה הוא סובל מהפרעה דיכאונית על רקע הפגיעה המוחית האיסכמית, אך סבור כי שיעור נכותו נמוך יותר. לשיטתו, התובע סבל מבעיות נפשיות שנים רבות לפני האירוע וגדל עם זוג הורים המוכרים כנפגעי פעולות האיבה, כאשר האם טופלה ונמצאה תחת מעקב פסיכיאטרי בגין הפגיעה. עוד מציינת הנתבעת לעניין זה כי לתובע היו קשיים בצבא בגינם לא השלים את שירותו, עבר הליך גירושין וקיים יחסי תלות עם אמו. להערכתו, שיעור הנכות הינו 40% על פי סעיף 33(א)(4) לתקנות.
3. הצדדים השכילו להגיע להבנות לגבי תחום זה לפיהן הם מוותרים על חקירות המומחים בתחום זה והנכות בתחום הנפשי תהיה נכות מוסכמת בשיעור של 50% (סעיף 65 לסיכומי התביעה וסעיף 264 לסיכומי ההגנה).

**סיכום הנכות הרפואית -**

1. היות שהנכות הנוירולוגית הינה בשיעור של 50% והנכות הנפשית הינה בשיעור של 50% - הנכות הרפואית הכוללת המשוקללת הינה כ- **75**%.

**הנכות התפקודית ושיעור הגריעה מפוטנציאל ההשתכרות –**

1. התובע טוען כי מאז קרות האירוע, בשנת 2009, ועד היום לא שב למעגל העבודה בגלל היעדר מסוגלות, אגב הפנייה למסמכים רפואיים אשר מצביעים על הפרעה דכאונית וקשיי הסתגלות. לכן, לשיטתו, הגם שנכותו הרפואית עומדת על 75%, נכותו התפקודית הינה של 100%.
2. הנתבעת גורסת כי הנכות הנפשית (המוסכמת) בשיעור של 50% חופפת מבחינה מעשית-תפקודית את הנכות הרפואית שקבע נוירולוג התובע. יתרה על כן, הנתבעת סוברת כי הגבלתו של התובע, גם אם היא ניכרת, לא שוללת באופן מוחלט את כושר העבודה של התובע. אי לכך, לדידה של הנתבעת, ובשים לב לחפיפה בין הנכות הפסיכיאטרית לבין הנכות הנוירולוגית, שיעור נכותו הכולל בהיבט התפקודי צריך לעמוד על 50%. הנתבעת טוענת כי לא הוגשו מסמכים המעידים שאין ביכולתו של התובע להשתלב במעגל העבודה לחלוטין וכי ישנן מסגרות עבודה לשילוב אנשים בעלי מוגבלויות. לכן, הנתבעת טוענת שלא הוכח כי הנכות הרפואית משקפת את הנכות התפקודית.
3. לשיטתי, כאן יש לאמץ עמדת ביניים. אין חולק לגבי מגבלותיו המהותיות של התובע, במיוחד בתחום הנפשי, אלא שהן אינן מחייבות את המסקנה כי הוא אינו כשיר בכלל לכל עבודה שהיא. יש לראות כי המגבלות הפיזיות אינן מחייבות הימנעות מכל עבודה פיזית או עבודה קלה ופשוטה, וגם בהיבט הקוגנטיבי והנפשי, חלק ניכר מהנכות הינה בשל תופעות דיכאון. לכן, לא שוכנעתי כי המדובר בגריעה מכושר ההשתכרות בשיעור של 100%, אלא של **75**%.

**הפסדי שכר וזכויות סוציאליות –**

1. התובע טוען כי עבד שנים רבות בחברה של אביו, חברה בעלת מוניטין, העוסקת בתחום המעליות (להלן: "**החברה**"). התובע מציין כי החל לעבוד בחברה עוד בתקופת שירותו הצבאי, אהב את עבודתו והתמיד בה. לאחר המקרה בו עסקינן, נסגרה החברה היות שהאב נאלץ לטפל באשתו שחלתה בסרטן. התובע גורס כי אלמלא המקרה דנן, הוא היה ממשיך את דרכו של אביו והחברה לא הייתה נסגרת. לחילופין, התובע גורס כי גם במידה שהחברה הייתה נסגרת בעודו בריא, אזי שלאור צבירת הניסיון שלו בתחום המעליות, לא היה מתקשה למצוא עבודה אחרת בתחום.
2. התובע מציין כי בשנים שקדמו לאירוע, הוא השתכר שכר של 39 ₪ לשעה, ועבד במשרה בהיקף של 186 שעות חודשיות, ובסה"כ קיבל שכר של 7,254 ₪. על האמור התובע מוסיף כי עבד שעות נוספות, ובשנת 2009 שכרו החודשי הסתכם כדי 8,025 ₪ בממוצע לחודש, כאשר בתשעת החודשים של שנת 2009 אשר קדמו למקרה הנזיקי, ממוצע השכר אף עמד על 8,463 ₪ לחודש. התובע מבקש לציין כי שכרו השנתי עובר לאירועים עלה על השכר הממוצע במשק דאז, ולאור הנסיבות לפיהן היה ראש צוות בחברה, צפויה הייתה לו עליית שכר כדי 20,000-15,000 ₪. התובע מבקש להכיר בנוסף גם ברכיב רכב, אשר שימש אותו בעבודתו, זאת על אף שרכיב זה לא מצא ביטוי בתלושי השכר שלו.
3. לסיכום, התובע מבקש להעמיד את בסיס שכרו לעבר על-סך 11,785 ₪ לחודש, וכך לחשב את הנזק לעבר בסך של 11,785 ₪ x 150 חודשים לעבר = 1,767,750 ₪. לעתיד מתבקש חישוב לגבי 15,000 ₪ לחודש x 20.5 שנים (עד גיל 67), כלומר - מקדם היוון של 183.5776 = 2,753,700. כמו כן, התובע מבקש להכיר גם בהפסדי זכויות נלוות לשכר בגובה 12.5% מהפסדי השכר, כלומר – 12.5% X 4,521,450 = 565,181 ₪.
4. הנתבעת טוענת לעניין בסיס השכר כי נכון לשנת 2008, ההכנסה החודשית הממוצעת של התובע עומדת על סך של 7,518 ₪. הנתבעת מפנה לכך שבשנת 2009, דוח רציפות הביטוח של התובע מעלה כי הכנסתו החודשית הממוצעת עלתה כדי 8,080 ₪, אך הנתבעת מסבירה כי עליה זו חלה בעקבות גמר חשבון ותשלום יתרת זכויותיו הסוציאליות של התובע, כך ששכר זה משקף לדבריה גובה שכר מלאכותי. לדעת הנתבעת, התובע עבד במשך 16 שנים במשרה מלאה, ללא שעות נוספות, ובשכר זהה, חרף העובדה שעבד שנים רבות בתחום ואינו מחזיק בתעודת טכנאי מעליות. הנתבעת סוברת כי הסיבה לפיה התובע השתכר בתעריף של 39 ₪ לשעה היא נוכח העובדה שאביו של התובע הוא בעל המניות בחברה בה עבד, אחרת היה התובע משתכר שכר מינימום.
5. הנתבעת גורסת כי בנוסף לאמור, מעדות אביו של התובע עולה שהחברה התפרקה מרצון. ההחלטה אודות הפירוק התקבלה בשנת 2017, אלא שהפירוק בפועל התרחש בשנת 2020 במטרה לסיים התחייבויות קודמות שנותרו לחברה. הנתבעת למדה מכך כי התובע לא שימש "עמוד תווך" בחברה, בלעדיו החברה נידונה לפירוק. הנתבעת מוסיפה כי בשים לב לכך שהתובע אינו מחזיק בתעודת השכלה כלשהי, בסיס השכר לעבר צריך לעמוד על תעריף שעתי של 35 ₪ לשעה, לכל המוקדם החל מחודש ינואר 2012 ועד לחודש דצמבר 2022. לגבי העתיד - הנתבעת סבורה כי לאור אותם הנימוקים לעיל, בסיס השכר לעתיד צריך לעמוד על תעריף שעתי של 32 ₪ לשעה, ולדעתה תקופת החישוב צריכה להיספר מחודש ינואר 2023 ועד לחודש דצמבר 2041.
6. לסיכום, עמדת הנתבעת לעניין רכיב בסיס השכר היא כי יש להעמיד את בסיס שכרו של התובע על תעריף שעתי בסך של 35 ₪, לפי היקף משרה מלאה, קרי – 6,370 ₪. לעניין אובדן הכנסה לעבר, הנתבעת טוענת כי יש לחשבה כאמור לפי תקופה של 10 שנים x 6,370 ₪ x 50% (קרי – 382,000 בקירוב), בתוספת הפרשי הצמדה וריבית ממועד הגשת התביעה, וסה"כ סכום מעוגל בגובה 431,000 ₪. לעניין אובדן כושר השתכרות בעתיד, הנתבעת טוענת לחישוב תקופה של 22 שנים x 6370 ₪ x 50% x מקדם היוון 197.6869, ובסה"כ סכום מעוגל בגובה 630,000 ₪.
7. עמדתי לגבי השכר הקובע – יש לחשב את השכר של התובע בהתאם למסמכים לגבי השכר בשנת 2009, לפני האירוע, בסך 8,400 ₪ נכון לאוקטובר 2009, כאשר סכום זה בתוספת הצמדה הינו 9,800 נכון להיום, ואם ניקח בחשבון עליה מתונה בשכר – יש להעמידו על סך של 11,000 ₪. לא אוכל לקבל את תחשיב התובע לגבי כך שסביר להניח שהיה משתכר היום 15,000 ₪, נוכח הנתונים שאינם קשורים לאירוע שבו עסקינן.
8. לכן – לגבי העבר, יש לקחת בחשבון שתי תקופות.

התקופה הראשונה, בסמוך לאירוע ובמשך שנה לאחר מכן, כלומר, מתחילת נובמבר 2009 עד סוף אוקטובר 2010, תחושב לפי אובדן מלא מהשכר = 12 X 8,400 ₪ = 100,800 ₪, ובתוספת ריבית ממחצית התקופה ועד היום = **135,000** ₪.

התקופה השנייה, מנובמבר 2010 ועד היום, במשך 143 חודשים, לגביה החישוב יהיה בסך של 8,400 ₪ X 143 X 75% גריעה מהשכר = 900,900 ₪ ובתוספת ריבית ממחצית התקופה ועד היום = **1,029,000** ₪.

לגבי העתיד – החישוב יהא לגבי שכר בסך 11,000 ₪ X 75% X מקדם ההיוון עד גיל 67 (180.5 לערך) = **1,489,000** ₪.

הפסד תנאים סוציאליים בשיעור של 12.5% לגבי הסכום הכולל הינו בסך של **332,000** ₪.

**עזרה צד שלישי –**

1. התובע הסביר כי הוא מתגורר בגפו ונזקק לסיוע מבני משפחתו על בסיס יומיומי במטלות השוטפות. לחיזוק דבריו, התובע מפנה למכתב ממרפאת בריאות הנפש שם צוין כי "בבית זקוק לעזרה בכל פעולותיו, דבר שעוד מחמיר מצבו הנפשי. זקוק להמשך טיפול ומעקב פסיכיאטרי בעקבות מחלתו נפשית אורגנית משנית לפגיעה מוחית". המשיב מוסיף כי מאז אמו הלכה לעולמה, הוא נתמך בבנו, אשר עתיד להתגייס בקרוב. לפיכך, התובע טוען כי שיעור העזרה הנדרשת עבורו עומד לכל הפחות על ממוצע של שעתיים וחצי ביום, אשר עלותם המקובלת היא בגובה 50 ₪ לשעה, ובסה"כ העלות מסתכמת לכ-3,500 ₪ לחודש. לכך התובע מבקש לצרף הוצאות גלובאליות נלוות להעסקת אנשי סיוע בסך של 500 ₪. בפירוט של ההוצאות הגלובליות, הוסבר כי הן כוללות נסיעות, הוצאות נילוות להעסקה כגון ביטוח לאומי. התובע עותר אם כך לפיצוי לעבר בסך 3,500 ₪ x 150 חודשים; ולעתיד בסך של 4,000 ₪ למשך 35.5 שנים X מקדם היוון 261.9255.
2. הנתבעת גורסת כי התובע לא צירף ראיות התומכות בטענתו לגבי הוצאה כספית בפועל בגין סיוע זה. הנתבעת סבורה כי בסמוך לתקופת קרות האירוע דנן, נזקק התובע לסיוע מוגבר מסוים, אלא שלסיוע זה היה נזקק בכל מקרה. להמחשת האמור, הנתבעת מציינת כי התובע הסתייע באמו בכל דבר ועניין עד לשנת 2018, אך כי נוכח מצבו גם ללא התאונה, העזרה שקיבל לא חרגה מהעזרה הניתנת בגדר המקובל בין בני משפחה. עוד מטעימה הנתבעת כי התובע לא העסיק אנשי סיוע בשכר מאז קרות האירוע, ובוודאי שאין לו צורך בעזרה החורגת מסיוע סביר הניתן מבן משפחה לעתיד. הנתבעת טוענת שלכל היותר ניתן לפסוק בפריט זה סכום גלובלי של 50,000 ₪.
3. דומה כי לגבי ראש נזק זה, גישת הנתבעת רחוקה מלשקף את הסביר, המקובל והראוי. לתובע קשיים ניכרים פיזיים ונפשיים, הוא מתקשה בביצוע חלק מהמטלות, מתקשה לדאוג לעצמו, ויש קושי עם הטענה לפיה בעבר ניתן היה להסתפק בעזרה מצד אמו ז"ל ולעתיד ניתן יהא להסתפק בעזרת בנו הצעיר, וכי הפיצוי הראוי הכולל הינו בסך של 50,000 ₪.

לגבי העבר – בהיעדר ראיות לגבי הוצאות בפועל, יש להעריך את הפיצוי באופן מתון, היות שהמדובר בנזק לעבר. המדובר בתקופה ממושכת, מאוקטובר 2009 ועד היום, כלומר, במשך 13 שנים, אם כי במשך שבועות רבים, התובע אכן נזקק לעזרה בהיקף ניכר, במשך כמה שעות ביום, לעומת תקופות אחרות, בהן הסיוע היה בהיקף נמוך יותר. אני סבורה כי הפיצוי ההולם לגבי העבר יהא בסך של **230,000** ₪.

לגבי העתיד – למשך 27 שנים, עד גיל 74 כפי שנקבע מעלה, הפיצוי יהא בסך של 2,000 ₪ בחודש = 222 (מקדם היוון) X 2,000 = 444,000 **₪ ובמעוגל – 450,000 ₪**.

**הוצאות רפואיות –**

1. התובע טוען כי עלות התרופות אותן הוא נוטל הינן בסך של 500 ₪ לחודש. בנוסף, החל משנת 2014 לנתבע אישור לקנביס רפואי בהיקף של 30 גר' לחודש בעלות של כ-500 ₪ נוספים. על כן, סך הוצאותיו בגין תרופות הוא כ-1,000 ₪ בחודש. כמו כן, התובע טוען כי נוכח מצבו הנפשי הקשה, יש לקחת בחשבון כי ידרש לטיפול נפשי שאינו נכלל בסל הבריאות, ולכן יש להעמידו לתקופת העתיד בשיעור של 400 ₪ לביקור פסיכיאטר פרטי אחת לחודשיים. התובע אם כך מחשב את נזקו לעבר בסך של 1,000 ₪ x 150 חודשים ולעתיד בסך של 1,200 ₪ x 261.9255.
2. הנתבעת טוענת כי טענות התובע הן טענות בעלמא, שכן הוא אינו מפרט את עלות התרופות הקבועות אותן הוא נוטל, העולות לכדי 500 ₪ בחודש. לגבי הקנאביס הרפואי, הנתבעת טוענת כי לא צורף תיעוד רפואי מטעם הרופא שרשם קנאביס עבור התובע, כאשר לשיטתה רק מתיעוד זה ניתן היה לדעת אם מתקיים קשר סיבתי בין מצבו הנטען של התובע עקב המאורעות נשוא תביעה זו לבין הצורך בקנאביס. לפיכך, מוכחש הקשר בין אירוע התביעה לבין השימוש בקנאביס. עוד מציינת הנתבעת כי לתיק המוצגים צורף רישיון להחזקה ושימוש של קנאביס לשנים 2021-2020 בלבד, כלומר, למשך תקופה קצרה. הנתבעת אף מפנה לנוהל 106 לרישיונות הקנביס של משרד הבריאות הכולל את רשימת הזכאים לקבל רישיון, וטוענת כי – לדוגמה - בתחום הפסיכיאטריה, זכאי לקבל רישיון מטופל בגיר המאובחן בהפרעת דחק בתר-חבלתית, אלא שזהו לא מצבו של התובע, כך שלמעשה לא הוכח כלל שהתובע זכאי לרישיון להחזיק קנאביס מכוח מי מהקטגוריות.
3. לגבי הוצאות רפואיות באופן כללי – בהיעדר ראיות לגבי הסכומים הנדרשים לעבר והיעדר אינדיקציה בחוות הדעת של המומחים לגבי הצורך לקבל טיפולים או תרופות לעתיד החורגות מאלו אשר ניתן לקבל במסגרת קופת החולים – יש לפסוק לטובת התובע סכום של **20,000** ₪ לעבר ו-**40,000** ₪ לעתיד. לגבי הקנביס הרפואי – לשיטתי ניתן ללמוד מהתיעוד על קשר ברור בין מצבו של התובע לאחר התאונה לבין האישור שהוא קיבל לעשות שימוש בקנביס שכזה. היות שהאישור שהוצג הינו משנת 2020, יש לבצע את החישוב לגבי התקופה שמתחילה בשנת 2020 ולא לפני כן. לכן בהקשר זה, לגבי העבר – יש לפסוק סכום נוסף של **10,000** ₪ ולעתיד – **80,000** ₪ נוספים (כאשר לא לקחתי בחשבון את כל התקופה עד תום תוחלת חייו של התובע, היות שלא שוכנעתי כי יש בסיס בתיעוד הרפואי להניח שהוא אכן יעשה שימוש בקנביס בהיקף הנוכחי עד תום תוחלת החיים). מכאן, שסך הפיצוי לגבי הוצאות רפואיות לעבר ולעתיד הינו **150,000** ₪.

**ניידות –**

1. התובע טוען כי לאור מצבו הוא לא יכול להתנייד באמצעות תחבורה ציבורית. התובע מוסיף כי אף על פי שהוא מורשה בנהיגה, הוא בוחר להימנע מלעשות כן, ונוהג רק למרחקים קצרים ומוכרים. לכן, בנסיעות למרחקים ארוכים, התובע תלוי בסיוע. התובע עותר לפיצוי בגין עלויות אחזקת רכב, ובסך הכל - 1,000 ₪ לחודש X 150 חודשים לעבר; ו-1,000 ₪ X 261.9255 לעתיד.
2. הנתבעת סבורה כי בכל הקשור לרכיב נזק זה לתקופת העבר, היה על התובע לצרף ראיות התומכות בטענותיו. משלא עשה כן, אין לפסוק פיצוי בגין ראש נזק זה. הנתבעת אף מציינת שמחקירת אביו של התובע עלה כי התובע ממעט לצאת מהבית, ולכל היותר התובע מבקר את האב או את אחותו הגרים במרחק של מספר דקות בודדות מביתו. עוד מציינת הנתבעת כי מחקירתו של התובע עולה שלפני קרות המקרה, לתובע לא היה רכב משלו והוא היה עושה שימוש ברכבו של אביו. לכן, הנתבעת סבורה שהתובע לא הוכיח את טענותיו בנושא זה.
3. לשיטתי, יש להעניק לתובע פיצוי מתון בראש נזק זה. לגבי העבר – ראשית, יש לפסוק לתובע פיצוי מסוים בגין הוצאות מוגברות בשל נסיעות בסמוך למועד האירוע והטיפולים הרבים שלהם נדרש לאחר האירוע וסביב בירור מצבו. מעבר לכך, יש לזכור כי נכותו של התובע מהבחינה הנוירולוגית הינה בעיקר בגין חולשה בפלג גוף ימין ובגין אפזיה ואף אם ניקח בחשבון את הנכות בתחום הנפשי, שעיקרה הפרעות בדיבור, הפרעות קוגניטיביות שונות, הפרעת הסתגלות ומצבי רוח ירודים העולים כדי דיכאון – לא שוכנעתי לקבל את טענת התובע כי הוא אינו יכול לעשות שימוש בתחבורה ציבורית (לרבות מוניות) וזכאי לפיצוי בגין עלויות אחזקת רכב (וזאת ללא קשר לשאלה אם התובע יוצא מביתו רק באופן מצומצם אם לאו). עוד יש לקחת בחשבון כי חלק מהפיצוי בפריט עזרת צד ג' כרוך בליווי של התובע בעת ביצוע מטלות כגון קניות או הגעה לפגישות אצל רופאים, ולכן – בוודאי שניתן לעשות שימוש בתחבורה ציבורית או במוניות ביחד עם המלווה. על מנת שלא לקפח את התובע, סבורני כי יש לפסוק לזכותו פיצוי בסך 40,000 ₪ לעבר ו-60,000 ₪ לעתיד, ובסך הכל – **100,000** ₪ בפריט זה.

**כאב וסבל –**

1. התובע טוען כי בעקבות האירוע דנן, טיפול רפואי הפך חלק בלתי נפרד משגרת חייו וזאת חרף גילו הצעיר. התובע מוסיף כי האירוע אף הביא לאובדן מבחינת יכולתו לשמש כאב ו"לממש" את אבהותו משך שנים רבות, וכאמור בנו הוא זה שמטפל בו לאחרונה, באופן שגורם לו לתחושות תסכול וסבל. התובע מוסיף שלא הצליח לפתח זוגיות נוספת מאז המקרה, ואף זאת – בשל מגבלותיו עקב האירוע. נוסף על האמור, מפנה התובע לכך שכפי שעולה מעדויות המומחים, הוא סובל מבעיות קוגניטיביות שגורמות לו לקשיים תפקודיים בכל תחומי חייו ולתחושת דיכאון. התובע מבקש שיפסק לטובתו פיצוי בגין נזק לא ממוני בשיעור שלא יפחת מ-800,000 ₪.
2. הנתבעת טוענת שהתיעוד הרפואי אינו מלמד על כאבים אלו או אחרים מהם סובל התובע או כי הוא צורך תרופות משככות כאב, ואף מדגישה כי קיצור תוחלת החיים שקיימת במקרה זה אינה נובעת מהאירוע נשוא התביעה אלא מהעישון שאינו קשור למחדל שמיוחס לה. לכן, לשיטתה, הפיצוי בראש נזק זה צריך להיות על הצד הנמוך, בסך של 150,000 ₪.
3. אני מעריכה את הפיצוי בראש נזק זה בסך של **350,000** ₪, במיוחד נוכח ההשפעה בהיבט הנפשי שהייתה לאירוע על התובע, כאשר מהתיעוד הרפואי עולה כי מצבו הנפשי עוד לפני האירוע היה כרוך בקשיים מורכבים, אך האירוע והשלכותיו החמירו משמעותית את המצב לכדי נכות צמיתה בשיעור כמתואר מעלה.

**סך הנזק -**

1. עיון בסיכומי התובע מראה כי סך הנזק לפי חישוביו הינו בסכום העולה על 8,500,000 ₪ ולשיטת הנתבעת, הנזק מסתכם כדי 1,200,000 ₪ לכל היותר. לשיטתי, מהאמור עד כה עולה כי סך נזקיו של התובע כפי שהוכחו ומוערכים מטעמי הינו הבא:

הפסד שכר לעבר – תקופה I - 135,000 ₪

הפסד שכר לעבר – תקופה II - 1,029,000 ₪

הפסד שכר לעתיד - 1,489,000 ₪

הפסד זכויות סוציאליות - 332,000 ₪

עזרת צד ג' לעבר - 230,000 ₪

עזרת צד ג' לעתיד - 450,000 ₪

הוצאות רפואיות ואחרות - 150,000 ₪

הוצאות ניידות - 100,000 ₪

נזק לא ממוני - 350,000 ₪

**סך הכל: 4,265,000 ₪.**

**ניכויים –**

1. אין חולק בין הצדדים כי יש לנכות מהנזק את התקבולים שקיבל התובע מהמוסד לביטוח לאומי, אשר הכיר בדרישתו של התובע לראות באירוע הרפואי כתאונה עבודה (בשל קשר בינו לבין אירוע שהתרחש במהלך העבודה). הנתבעת הציגה חוות דעת אקטוארית לפיה התובע קיבל ויקבל מהמל"ל תקבולים בסך **2,695,715** ₪, על יסוד חישוב המבוסס על תוחלת חיים מלאה, והוצג חישוב חלופי לפיו במידה ויקבע כי תוחלת החיים קוצרה ב-15 שנים (כפי שגורסת התובעת), התקבולים לניכוי יהיו בסך של **2,410,817** ₪. היות ששוכנעתי כי יש בסיס לטענת הנתבעת לגבי קיצור תוחלת חיים, אך לא לגבי 15 שנים, אלא בהיקף נמוך יותר – יש לבצע חישוב מחודש עדכני של התקבולים לעתיד לצורך ביצוע הניכויים.

**סיכום -**

1. לאור האמור מעלה במקובץ, התוצאה הינה הבאה:
2. התביעה נגד הנתבעת מתקבלת, וכפי שפורט, סך נזקיו של התובע כפי שהוכחו הינו בסכום של 4,265,000 ₪ ושיעור אחריותה של הנתבעת הינו 40%.
3. מסך הנזק יש לנכות את כל התקבולים שקיבל ויקבל התובע בקשר עם האירוע מהמל"ל, כאשר הסכומים יחושבו מחדש על ידי האקטואר מטעם הנתבעת בהתאם לקביעה לגבי תוחלת חייו של התובע כפי שנקבעה בפסק הדין.
4. לגבי הוצאות משפט – לסכום הפיצוי יש להוסיף שכ"ט עו"ד בשיעור של 20% מהסכום שישולם לתובע ובתוספת מע"מ כחוק.
5. בנוסף, יש להשיב לתובע את הוצאותיו בכל הנוגע לאגרת בית המשפט. בהקשר זה יובהר כי היות שההליך למול קופת החולים ובית החולים הסתיים במסגרת הגישור – ניתן פטור מאגרה מבחינת שתי נתבעות אלו, אך אין פטור שכזה מבחינת הנתבעת הנוכחית. אבקש מהמזכירות אם כך, לחשב את האגרה שעל הנתבעת לשלם כעת לאחר קבלת התביעה, בנוסף על החזר האגרה שכבר שילם התובע בפתיחת ההליך, משוערכת להיום.
6. לכך יש עוד להוסיף את החזר עלויות חוות הדעת של המומחים מטעמו של התובע. על התובע להכין שומה של ההוצאות בגין שכר טרחתם של המומחים כולל שכר הופעתם בבית המשפט, משוערכת להיום – ולהציג אותה לנתבעת לצורך התשלום. אני בטוחה שלא תתעורר כל מחלוקת בין הצדדים בהקשר זה – וככל שתהא – יש להגיש בקשה לבית המשפט הכוללת את עמדת שני הצדדים באופן מפורט.
7. יש לפעול להגשת חוות דעת אקטוארית מעודכנת בתוך 21 יום מהיום, וכל הסכומים ישולמו תוך 30 יום מיום קבלתה.

ניתן היום, ח' תשרי תשפ"ג, 03 אוקטובר 2022, בהעדר הצדדים.

 