

בתי המשפט

001098/04 א		בית משפט מחוזי תל אביב-יפו	
17/09/2008	תאריך:	כב' השופטת רות רונן	בפני:

בעניין:

1. אדוארד צ'ירגייב
2. יוסף צ'ירגייב (קטין)
3. דניאל צ'ירגייב (קטין)

ע"י ב"כ עו"ד א. קנר ע"י ב"כ עו"ד התובעים

נ ג ד

1. ד"ר אנטה פרוטס

2. מכבי שירותי בריאות

ע"י ב"כ עו"ד ע"י ב"כ עו"ד איצקוביץ הנתבעות

והורביץ-שיק

פסק דין

1. עניינה של התביעה הוא בטיפול הרפואי שקבלה המנוחה, הגברת זולפו צ'רגייב (שתכונה להלן גם: "המנוחה"). התובע 1 הוא האלמן של המנוחה, והתובעים 2-3 הם ילדיה. המנוחה שהיא ילידת שנת 1972, נפטרה ביום 7.10.03 ממחלת הסרטן במעי הגס. התובעים טוענים כי הנתבעים אחרו באיבחון המחלה, בשל טיפול בלתי סביר במנוחה. לטענתם, לו היתה המחלה מאובחנת במועד מוקדם יותר, היו גדלים סיכויי ההשרדות של המנוחה.

העובדות

2. העובדות העיקריות אינן שנויות במחלוקת, והן יתוארו להלן.

המנוחה סבלה מתופעות של דימום רקטלי ועצירות במשך כחודש ימים. ביום 17.4.00, פנתה המנוחה לנתבעת 1 (להלן: "דר. פרוטס"), והתלוננה על כך כי היא סובלת מעצירות עם דם טרי במשך החודש האחרון לפני הביקור אצל הרופאה. המנוחה נבדקה על ידי הדר. פרוטס, באמצעות מקלות דגימה מפי הטבעת, שלא העלתה דם טרי. למנוחה ניתן טיפול שכלל דיאטה של אכילת מזון עשיר בסיבים ושימוש בנרות.

יוער כי התובעים אינם טוענים כי טיפול זה היה רשלני. מאחר שכפי שיובהר – זה היה הביקור היחיד של המנוחה אצל דר. פרוטס, אני סבורה כי לא קמה למנוחה עילת תביעה כנגד רופאה זו, והתביעה נגדה צריכה להידחות.

3. ביום 1.5.00 פנתה המנוחה פעם נוספת למרפאה של הנתבעת 2 (להלן: "קופת החולים"). היא נבדקה על ידי רופאה אחרת – דר. איליושין. יוער כי במוצג 2 שהוא טופס רישום הבדיקה נרשם שמה של דר. פרוטס, אולם אין למעשה מחלוקת כי מי שטיפלה במנוחה בפועל במועד זה היתה דר. איליושין, ש"עבדה עם סיסמה של מישוהו אחר עד שיסדרו לה סיסמה" (ר' עדות דר. פרוטס, עמ' 42 לפרוטוקול).

במועד זה חזרה המנוחה על התלונות שהיו לה בביקור הקודם, ואף התלוננה על טנזמוס וכאב בטן. דר. איליושין הפנתה את המנוחה לבדיקות מעבדה.

4. מבדיקות המעבדה עלה כי רמת ההמוגלובין של המנוחה במועד הבדיקות היתה 11.6. זוהי רמה נמוכה מהנורמה אך במעט. יחד עם זאת, תוצאות בדיקת המעבדה לא נמסרו באופן מסודר לאף אחד מהרופאים המטפלים בקופת החולים – לא לדר. פרוטס אשר שמה היה רשום על גבי טופס הבדיקות, ולא לדר. איליושין ששלחה את המנוחה לביצוען.

5. בהמשך פנתה המנוחה מספר פעמים למרפאת קופת חולים עם תלונות על כאבי ראש. קיימת מחלוקת האם בביקורים אלה היא ציינה את התופעות של העצירות, הדמם וכאבי הבטן. דר. צביאלי שבדק את המנוחה לא רשם תלונות כאלה, והעיד כי הוא רושם "לפרטי פרטים" את מה שנאמר לו על ידי פציינטים.

6. ביום 3.8.00 נבדקה המנוחה פעם נוספת על ידי דר. איליושין. גם בפעם זאת היא פנתה לבדיקה בתלונה על כאבי ראש. לא ברור האם המנוחה התלוננה על נושא בעיות העיכול, אם כי דר. איליושין רשמה לה תרופה של "לקסדין" שהיא תרופה שנועדה למניעת עצירות.

ביום 8.8.00 מבוצעות למנוחה בדיקות דם נוספות. רמת ההמוגלובין שלה ירדה באותו מועד לרמה של 11.2. לא ברור מי הפנה את המנוחה לביצוע בדיקות אלה.

ביום 12.11.00 פנתה המנוחה פעם נוספת לקופת חולים. היא נבדקה על ידי דר. מרינה רסקינד, אשר הפנתה אותה לבדיקה אצל גסטרו-אנטרולוג. ביום 11.12.00 בוצעה למנוחה בדיקת קולונוסקופיה, שבה התגלה אצלה גידול חוסם בגובה 15 ס"מ מפי הטבעת. בדיקה פתולוגית העלתה כי מדובר בגידול סרטני.

7. המנוחה אושפזה ביום 20.12.00 ונותחה ביום 24.12.00. הסרטן אובחן בדרגת התמיינות בינונית בשלב C2, אולם מאחר שנמצא גוש גרורתי בעומק אונת הכבד השמאלית, המחלה דורגה בשלב D.

8. המנוחה התחילה לקבל טיפול כימותרפי. היא גם עברה ניתוח נוסף ביום 3.6.01, בו נכרתה אונת הכבד השמאלית. לאחר הניתוח היא קבלה טיפולים כימותרפיים נוספים, אך למרות זאת המשיכה המחלה להתפשט במהירות, נתגלו גרורות בריאות ובמוח. המנוחה טופלה בהקרנות למוח, ובסופו של דבר היא נפטרה כאמור ביום 7.10.03.

המחלוקות

9. מספר שאלות שנויות במחלוקת בין הצדדים, שיש להכריע בהן במסגרת ההליך הנוכחי. ראשית, יש לבחון האם הטיפול של רופאי קופת חולים במנוחה היה טיפול סביר, ואם הוא היה רשלני – האם כתוצאה ממנו נגרם איחור באבחון מחלתה של המנוחה. אם ייקבע כי חל איחור רשלני באיבחון המחלה, יהיה מקום לבחון האם כתוצאה מאיחור זה נגרעו סיכויי ההחלמה של המנוחה. לאחר מכן, ועל פי הצורך, יהיה מקום לבחון את סוגיית הנזק שנגרם לתובעים כתוצאה מרשלנותה הנטענת של קופת חולים.

האם חל איחור רשלני באיבחון המחלה?

10. התובעים העלו מספר טענו בהקשר זה. ראשית הם טענו כי היה מקום לשלוח את המנוחה לבדיקת קולונסקופיה במועד הביקור השני שלה במרפאת קופת החולים.

עוד נטען כי אף אחד מהרופאים לא התייחס לבדיקות המעבדה של המנוחה, וכי הדבר נבע מכשל מערכתי בקופת החולים. כן נטען שאף אחד מהרופאים לא התייחס למעשי קודמו, ולא התעדכן בפרטי הבדיקות והתלונות הקודמות של המנוחה. גם זה הוא כשל מערכתי – לטענת ב"כ התובעים. מדובר על פי הטענה בהעדר נהלים ברורים ביחס להעברת מידע בין רופאי קופת החולים, ובהתעלמות מבדיקות מעבדה שבוצעו.

עוד נטען כי קופת החולים התרשלה בכך שאפשרה לרופאות דר. פרוטס ודר. איליושין לבצע את הבדיקות, במועד בו לא היתה להן עדיין מומחיות ברפואת משפחה.

11. מנגד, טענה קופת החולים כי מחלת הסרטן במעי הגס בגילה של המנוחה היא תופעה נדירה ביותר. ישנן סיבות אחרות, שכיחות הרבה יותר, לתופעות עליהן התלוננה המנוחה. לכן, לא היה זה סביר כי הרופא המטפל יעלה על הדעת כי מדובר בגידול ממאיר המצדיק בירור דחוף.

עוד נטען כי המהלך של הבדיקות - הן על ידי דר. פרוטס והן על ידי דר. איליושין - היה סביר ביותר. ביחס לדר. איליושין נטען כי עולה מחוות הדעת של פרופ' טבנקין (שהיא מומחית לרפואת משפחה מטעם הנתבעים), כי הגישה המקובלת היא לחכות לפיתרון הבעיה באמצעים הפשוטים, ולא להניח כי המטופל סובל דווקא מהאבחנות הנדירות והגרועות ביותר. כנגד חוות דעת זו, כך נטען, לא הוצגה כל חוות דעת מטעם של התובעים.

12. עוד נטען כי תוצאת בדיקת ההמוגלובין הראשונה של המנוחה, העידה על תוצאה שהיא נמוכה רק במעט מהנורמה, תוצאה שקיימת אצל נשים רבות במהלך חייהן. באשר לבדיקות שנערכו למנוחה לאחר חודש מאי 2000, נטען כי בבדיקות אלה המנוחה לא התלוננה על עצירות או על דימום רקטאלי, ולכן לא ניתן היה לצפות מרופאי המשפחה לשייך את רמת ההמוגלובין הנמוכה במקצת לחשד בסימטומים של גידול סרטני.

השיטה של מעבר בין רופאים שונים היא שיטה המקובלת בכול קופות החולים לטענת הקופת החולים, והיא הונהגה כדי לאפשר למטופלים בחירה חופשית של רופאים.

דיון

13. אני סבורה כי התובעים הוכיחו כי דר. איליושין התרשלה כאשר היא לא שלחה את המנוחה לבדיקת קולונוסקופיה בביקורה הראשון אצלה, ביום 1.5.00.

מסקנה זו עולה מעדותו של פרופ' מרימסקי מטעם התובעים. הוא העיד כי בשנת 2000, אם אשה מתלוננת על דימום רקטאלי שחוזר על עצמו "אז הצורך לבצע קולונוסקופיה ברור מאוד... הקולונוסקופיה צריכה להילקח בחשבון בשלב מוקדם מאוד של התלונה" (ר' עמ' 15 שורות 12-15 לפרוטוקול).

בהמשך שנשאל העד:

"להערכתך גם בגילאים אלה כאשר אדם מגיע עם התלונות האלה הוא צריך להישלח לקולונוסקופיה?" ומשיב – "אם התלונות חוזרות אז כן. לא על תלונה חד פעמית" (ר' שם שורות 19-22). המומחה מוסיף כי לו היתה המנוחה נשלחת לרופא גסטרואנטרולוג, הוא היה מבצע בדיקה כזו.

14. מסקנה זאת עולה גם מעדותו של עד ההגנה פרופ' קוטן – אשר העיד כי הפעולה הטיפולית שהיה צריך להביא אותה בחשבון היא ביצוע של אינדוסקופיה. פרופ' קוטן העיד למעשה כי כבר בביקור הראשון של המנוחה ביום 17.4.00, הטיפול בה לא היה תקין (ר' עמ' 25 לפרוטוקול, שורות 6-8). הוא העיד כי כבר במועד זה היה צריך להפנות אותה לבדיקת אינדוסקופיה (ר' עמ' 25 לפרוטוקול, שורות 6-16).

בהמשך עדותו נשאל עד ההגנה מה אמר ביחס לבדיקת קולונוסקופיה, ומשיב "אמרתי שכשיש דימום צריך לשלוח לקולונוסקופיה". (ר' עמ' 32 לפרוטוקול, שורות 21-23).

15. המסקנה של האמור לעיל הוא כי על פי עדויות שני הרופאים המומחים, הרי בהתאם לידע הרפואי שהיה קיים בשנת 2000, אשה – גם בגילה הצעיר של המנוחה, אשר התלונה מספר פעמים על

תופעות של דמם רקטאלי ועצירות, צריכה היתה לקבל הפנייה לבדיקת קולונוסקופיה. טיפול אחר איננו טיפול תקין.

יש להדגיש כי המנוחה פנתה לבדיקה הראשונה בקופת החולים עם תלונה לפיה היא סובלת מהסימפטומים של עצירות ודם טרי ב"חודש האחרון" (ר' רישום הביקור מיום 17.4.00). העדה דר. פרוטס אף העידה כי המנוחה סיפרה לה שהיא סובלת לראשונה בחייה מעצירות זה חודש ימים (ר' עמ' 39 לפרוטוקול). כלומר, כבר התלונה הראשונה התייחסה למצב נמשך, ולא היתה תלונה חד פעמית.

16. הביקור השני העיד על כך כי הסימפטומים לא חלפו, גם לאחר הטיפול השמרני שניתן למנוחה בבדיקה הראשונה. מכאן – שלפי חוות הדעת של המומחים של התובעים ושל קופת החולים כאחד, היה מקום לביצוע בדיקת קולונוסקופיה בשלב זה.

אכן, הרופאים שהעידו על הצורך בבדיקה כזו (פרופ' קוטן ופרופ' מרימסקי), היו מומחים לאונקולוגיה. אולם, אם על פי הידע הרפואי בשנת 2000, היה מקום לשלוח חולה שהתלונן על הסימפטומים של המנוחה בתלונות חוזרות, לבדיקת קולונוסקופיה, הרי רופא משפחה היה צריך לדעת זאת, או לפחות לדעת כי עליו לשלוח את המטופל לרופא מומחה גסטרואנטרולוג – אשר בהתאם לעדויות הוא היה שולח את המנוחה לבדיקה הדרושה.

כך עולה גם מחוות דעתו של פרופ' מרימסקי – כי רופא מטפל (קרי רופא משפחה) אינו חייב לדעת הכל, אולם הוא חייב לדעת לנתח את התצפיות הקליניות ואת תלונות החולה, ולהפנות אותו להתיעצות ולבירור כאשר קיימת אבחנה מבדלת רחבה לתלונות מסויימות (ר' חוות הדעת שלו כעמ' 4).

17. לכן, אני מעדיפה את המסקנה של המומחים פרופ' קוטן ופרופ' מרימסקי על פני המסקנה של המומחית בתחום רפואת המשפחה פרופ' טבנקין, שסברה כי היה מקום להפנות את המנוחה לבדיקת דם לפני הרחבת הבירור (עמ' 4 לחוות הדעת).

יוער כי העובדה שמחלת הסרטן היא נדירה מאוד בגילה של המנוחה, איננה משנה את מסקנתי הנ"ל. פרופ' קוטן העיד כי האבחנה של סרטן המעי הגס אצל אשה צעירה כמו המנוחה הוא "במקום האחרון ברשימת האבחנות המבדלות. אם כי זה יהיה ברשימה" (ר' עמ' 27 לפרוטוקול).

18. בדיקת קולונסקופיה נועדת לשלול או לאשר את אחת המחלות שהן ברשימה של אבחנות מבדלות – גם אם זו מחלה נדירה שהסיכוי כי המטופל חולה בה הוא נמוך מאוד. בהתאם לעדויות שלעיל, זו בדיקה שהיה מקום בשלב זה לבצע למנוחה.

הטעם לכך הוא כי אין למעשה מחלוקת על חשיבותו של האבחון המוקדם בסרטן המעי הגס (ר') בהקשר זה את חוות הדעת של פרופ' קוטן בעמ' 4 לחוות הדעת). לכן, כאשר ישנו חשש – ולו גם קטן – לקיומה של מחלה שלגביה עשויה להיות משמעות לאבחון מהיר, הרי יש לבצע בהקדם בדיקות שיאשרו או ישללו את האבחנה הזו – כפי שאף העידו כאמור שני הרופאים המומחים הן מטעם התביעה והן מטעם ההגנה.

19. שני הצדדים מסכימים כי המנוחה כבר היתה חולה בסרטן במועד הביקור שלה אצל דר. איליושין, וכי לו היתה מתבצעת בדיקת קולונסקופיה בסמוך למועד הביקור מיום 1.5.00 – היתה מחלתה מתגלה מוקדם יותר.

בהקשר זה יש לציין כי מלוח הזמנים שצוין לעיל עולה כי בין המועד בו הורה רופא למנוחה לערוך בדיקת קולונסקופיה ועד המועד בו בדיקה כזו בוצעה בפועל – חלף חודש ימים (המנוחה הופנתה לבדיקה ביום 12.11.00, והבדיקה נערכה ביום 11.12.00). כלומר, ניתן להניח כי לו היתה דר. איליושין שולחת את המנוחה לבדיקה – הבדיקה היתה נערכת בראשית חודש יוני.

טענות נוספות ביחס להתרשלות קופת החולים

20. בשולי הדברים אתיחס לטענות הצדדים ביחס לכשל המערכתי בקופת החולים ככל שהוא מתייחס לנהלי העברת בדיקות, ונהלי העברת מידע בין רופאים שונים.

אציין בהקשר זה כי מחומר הראיות עולה כי לא קיים בקופת החולים נוהל משביע רצון ביחס להעברת תוצאות של בדיקות דם. כך, במקרה דנן, נשלחה המנוחה לבדיקת דם על ידי דר. איליושין, כאשר הבדיקה היתה רשומה על שמה של דר. פרוטס. שתי הרופאות העידו כי הן לא ראו את תוצאות הבדיקות. דר. איליושין העידה כי היא לא עבדה במשך כחודשיים לאחר ששלחה את המנוחה לבדיקות הדם, וכי תוצאות הבדיקות "כנראה נשארות במחשב".

21. דר. איליושין גם העידה כי "כעיקרון אין מישוהו שתפקידו לראות את התוצאות, אם יש משהו חריג אז המעבדה מתקשרת אלינו" (ר' פרוטוקול עמ' 46 שורות 13-14). היא לא ידעה לומר האם במקרה זה המעבדה התקשרה. עוד העידה דר. איליושין כי במועד הרלוונטי היה החולה צריך לקבל את הבדיקות ולבוא לרופא עם הבדיקות ביד (שם, שורה 23). החולה היה צריך להוציא את הבדיקה מ"בדיקומט" ולהביא אותה לרופא (ר' עמ' 45 לפרוטוקול).

22. אני סבורה כי מצב בו אין רופא אחד שתפקידו הוא לעקוב אחרי תוצאות של בדיקות דם אליהן נשלח מטופל, הוא מצב לא רצוי. אם המצב הזה הוא המצב המקובל ("אין מישוהו שתפקידו לראות את התוצאות"), הרי שקיימת בעייה עם הנהלים של קופת החולים – שצריכים לוודא כי מצב כזה לא יקרה. כאשר רופא שולח מטופל לבדיקה, פירוש הדבר שהוא סבור כי תוצאות כאלה או אחרות של הבדיקה עשויות להשפיע על הפרוגנוזה שלו את החולה, ועל טיפולים כאלה או אחרים שהחולה צריך לקבל.

המעבדה איננה יודעת את כל פרטיו של החולה, מדוע הוא נשלח לבדיקה, ומהי - מבחינת החולה המסוים - תוצאה המעידה על "משהו חריג". לכן אין די בכך כי המעבדה מתקשרת כאשר יש תוצאה חריגה. מי שצריך לוודא האם התוצאה היא חריגה הוא הרופא, וקופת החולים צריכה לוודא כי מעקב כזה על ידי הרופא אכן יתבצע.

23. יתרה מזאת, ביחס למצב בו תוצאות הבדיקה נמסרות לחולה והוא שצריך להעביר אותן לרופא המטפל, נקבע בהלכה הפסוקה כי התנהלות כזו איננה תקינה, וכי על קופת חולים להנהיג נוהל המחייב את העברת התוצאות של הבדיקות ישירות לרופא המטפל (ר' ת. א. (מחוזי י-ם) אלוף נ. קופת חולים מאוחדת (פורסם בנבו), כב' השופט ענבר), וכן ע"א 6023/97 טייג נ. דר. גלזר, פ"ד נ"ג(2) 840).

24. מה היה קורה לו היתה אחת מרופאות המשפחה מקבלת לידיה את תוצאות בדיקת הדם של המנוחה? התשובה לשאלה זו איננה ברורה. מחד גיסא, העידה פרופ' טבנקין כי מימצא של 11.6 המוגלובין הוא מימצא הנמוך רק במעט המנורמה. אולם, הדר. פורטס עצמה העידה בהקשר זה ירידה בהמוגלובין מרמה של 12.2. לרמה של 11.6. "מצלצל על איזה שהיא בעיה" המצריכה המשך בירור, הכולל בדיקות נוספות שעשויות להיות בין היתר בדיקות קולונסקופיה (ר' עמ' 42 לפרוטוקול שורות 8-18).

יחד עם זאת, לא הוכח כי למנוחה היתה ירידה ברמת ההמוגלובין, ואף לא הוכח כי רמת ההמוגלובין של 11.6 כמות שהיא היתה, היתה מביאה לשינוי בטיפול במנוחה. הדר. איליושין העידה בהקשר זה כי לו היא היתה רואה כי התוצאה היא של רמת המוגלובין של 11.6 – היא היתה סבורה ש"זה לא כל כך נמוך. זה קורה, כי נשים מאבדות את הדם עם הווסת" (ר' עמ' 46). גם דר. צביאלי שהוא אחד הרופאים שבדק את המנוחה, העיד כי לו היה מבחין בירידה בהמוגלובין שלה, וגם לו היו בדיקות הדם של המנוחה לנגד עיניו, הוא היה פועל באותו אופן כפי שפעל (ר' עמ' 52 לפרוטוקול). מסקנה זו לא נשללה – לא מבחינה עובדתית ולא מבחינת המומחיות הרפואית.

25. לכן, חרף ההתרשלות בנהלי קופת החולים ביחס להעברת תוצאות בדיקות הדם, אינני סבורה כי הוכח שהתרשלות זו הביאה לאיחור באיבחון של המנוחה – לאור התוצאה של בדיקת הדם של המנוחה, וההשלכה של תוצאה זו.

26. באשר לטענות התובעים ביחס להעברת מידע בין רופאים שונים, אני סבורה כי לא הוכחה רשלנות של קופת החולים בהקשר זה.

כך, העד דר. צביאלי העיד כי במחשבי קופת חולים קיים (והיה קיים במועד הרלוונטי) רישום של ביקורים קודמים של מטופל אצל רופאים אחרים. כלומר – רופא הבודק מטופל, יכול לדעת על מצבו הרפואי הקודם, ככל שמצב זה הוא רלוונטי לבדיקתו הנוכחית.

27. בהקשר של המנוחה, אינני סבורה כי קיים בסיס בחומר הראיות למסקנה לפיה דר. צביאלי שבדק את המנוחה בין היתר בחודש ספטמבר 2000, היה צריך לעשות שימוש ברישומים הרפואיים הקודמים של המנוחה, באופן שהיה משנה את הטיפול שלו בה. דר. צביאלי העיד כי הוא לא התייחס לביקורים הקודמים ולתלונות של המנוחה בהם – משום שבביקורה אצלו, המנוחה התלוננה רק על כאבי ראש. לא נשללה גרסתו של העד הזה כי לו היתה המנוחה מתלוננת גם על בעיות בדרכי העיכול – הדברים היו נרשמים על ידיו, ולכן ניתן לקבוע כי בביקור זה המנוחה לא התלוננה על בעיות בדרכי העיכול.

28. סיכומה של נקודה זו – כאשר המנוחה ביקרה אצל דר. איליושין ביום 1.5.00, היה על דר. איליושין להפנות אותה לרופא גסטרואנטרולוג, או לבדיקת קולונוסקופיה. הרופאה התרשלה כאשר לא שלחה את המנוחה לבדיקה כזו. אילו היתה המנוחה נשלחת לבדיקה, היא היתה נבדקת בראשית יוני 2000, ומחלתה היתה מתגלה במועד זה.

משמעות האיחור באבחון

29. הטענה המרכזית של הנתבעים היתה כי אף בהנחה שהיה איחור באיבחון של המנוחה, הרי איחור זה לא גרם לה לנזק, משום שסיכויי ההחלמה שלה היו אפסיים כמעט גם במועד ביקורה הראשון אצל דר. איליושין – קרי ביום 1.5.00.

30. הנתבעים מבססים את טענתם על העובדה כי המנוחה לקתה במחלת סרטן אלימה. בנוסף, מסתמכים הנתבעים על חוות הדעת של פרופ' קוטן. בחוות דעתו מתייחס פרופ' קוטן לקצב הכפלה של גרורה וקובע כי בתקופה בין מאי לנובמבר 2000, היו שתי הכפלות של הגרורה. לאור זאת, ולאור גודלה של הגרורה שנמצאה אצל המנוחה בסופו של דבר, מסיק פרופ' קוטן כי גרורה זו היתה קיימת גם חצי שנה קודם לכן (ר' חקירתו עמ' 30 שורות 18-19).

31. התובעים טוענים מספר טענות ביחס למסקנה זו. ראשית, לטענתם, הנתון אליו מתייחס פרופ' קוטן מבוסס על מודל ניסיוני לא בתוך גוף האדם.

עוד טענו התובעים כי קיימות שיטות תיאורטיות שונות ביחס לזמן הכפלה. לטענתם, על פי פרסום מדעי אחר, במהלך חצי השנה מאז הביקור של המנוחה בקופת חולים בחודש מאי 2000 ועד שאותרה מחלתה, היתה הגרורה יכולה להתחלק יותר מ-10 פעמים. עוד נטען כי קיימת שונות רבה בין חולה לחולה, כאשר לא ניתן לכן להסיק מסקנות לגבי חולה קונקרטי.

32. התובעים הוסיפו וטענו כי לפי שיטת פרופ' קוטן, כל גרורה קיימת - היתה לכאורה קיימת תמיד, שכן אפשר לבצע פעולה הפוכה של "הקטנה" שלה ללא גבול.

התובעים הסתמכו על דבריו של פרופ' מרימסקי מטעמם, שהבהיר כי **"התשובה היא שאנחנו לא יודעים מה זמן ההכפלה באישה זו, ולעולם לא נדע מה היה זמן ההכפלה באישה הזו, ואנחנו רק יכולים לשער השערות"** (ר' עמ' 18 שורות 23-24 לפרוטוקול). פרופ' מרימסקי סבור כי לאור העובדה כי המחלה של המנוחה היתה בעלת אופי אלים, הרי סביר להניח שלא היו לה גרורות חצי שנה קודם, כי מחלה אלימה מייצרת גרורות די מהר. התובעים טענו כי מסקנה זו אינה טובה פחות ממסקנתו של פרופ' קוטן, ומאחר שהנטל להוכיח קיומה של גרורה בכבד בחודש מאי 2000, מוטל על הנתבעים, לא ניתן לקבוע כי הם הרימו את הנטל.

33. התובעים הוסיפו וטענו כי השאלה האם היתה למנוחה גרורה בכבד בחודש מאי 2000, צריכה להחתך על פי השאלה האם ניתן היה לזהות את הגרורה בבדיקת הדמייה. פרופ' מרימסקי העיד בהקשר זה כי לו היתה מתבצעת בדיקת הדמייה 6 חודשים לפני גילוי הגרורה, לא ניתן היה לראות אותה. לגישתו "נוכחות או לא נוכחות נקבעת על פי הדמייה ולא על פי מדד אחר".

דיון

34. אני סבורה כי יש להעדיף את מסקנתו של פרופ' קוטן ולקבוע כי בחודש מאי 2000 היתה למנוחה גרורה בכבד.

ראשית, אבהיר כי איננה מקבלת את הטענה כי המחקרים עליהם מתבסס פרופ' קוטן לא התייחסו לבני אדם. פרופ' קוטן נשאל בהקשר זה בחקירתו הנגדית, והשיב כי המודל מתייחס לגרורות בריאות בבני אדם, כאשר הגרורות בריאות או בכבד מתנהגות לטענתו באופן די דומה (ר' עמ' 30 לפרוטוקול, שורות 21-25).

35. אני סבורה כי אין לקבל את טענת ב"כ התובעים לפיה משיטתו של פרופ' קוטן עולה כי כל גרורה היתה קיימת מאז ומתמיד. מובן כי ביחס לכל גרורה, היה קיים מועד בו היא לא היתה קיימת. יחד עם זאת, אין חולק כי גרורה איננה מופיעה מלכתחילה כגרורה גדולה. פרופ' קוטן אף העיד בהקשר זה גרורה איננה דבר ש"צומח מהיום למחר" (ר' עמ' 33 שורה 9).

36. משום כך, אני סבורה כי יש להבחין בהקשר זה בין גרורות שונות על פי גודלן. כל שהגרורה גדולה יותר, סביר יותר להסיק כי היא היתה קיימת בסמוך לפני מועד החלוקה הקודם שלה. אם במועד הקודם היתה הגרורה גדולה יחסית – אז ניתן לשער כי היא היתה קיימת כבר במועד זה.

בענייננו, אני סבורה כי יש להבחין בין הגרורות שהתגלו אצל המנוחה בריאות, שהיו גרורות מיקרוסקופיות, לבין הגרורה בכבד. כאשר לגרורות בריאות – אני סבורה כי לא ניתן לקבוע כמימצא כי גרורות אלה היו קיימות כבר במועד בו פנתה המנוחה לראשונה לקופת חולים. יוער כי גם פרופ' קוטן אינו קובע מימצא פוזיטיבי כזה, אלא קובע רק כי "לא ניתן לשלול גם קיומן של גרורות ריאתיות מיקרוסקופיות באפריל – מאי 2000" (ר' עמ' 5 לחוות דעתו). ואולם – מסקנה כזו אין די בה כדי לבסס מימצא לפיו היו למנוחה בחודש מאי 2000 גרורות ריאתיות.

37. אולם, בהתאם לחוות הדעת של פרופ' קוטן הגרורה שנמצאה אצל המנוחה בכבד היתה בגודל של 3.5 ס"מ. פרופ' קוטן קובע כאמור בחוות דעתו כי הגרורה בכבד עברה שתי הכפלות נפח בין הפניה הראשונה של המנוחה לבין המועד בו מחלתה אותרה. הוא קובע כי ניתן לקבוע בוודאות כי בחודשים אפריל – מאי 2000 היתה למנוחה גרורה בכבד.

הוא מוסיף כי תהליך של היווצרות של סרטן המעי הגס הוא תהליך של שנים, בהתאם לידע הרפואי הרב שיש על הסרטן הזה. התהליך מתחיל ב"שינויים ברירית, פוליפ, התמרה ממאירה, לאחר מכן יש תהליך של חדירה מקומית, הופעת כושר לייצר בלוטות לימפה וזה תהליך של שנים" הוא קובע כי "אותם שישה חודשים של איחור הם קצה של תהליך שנמשך שנים, במסגרתו נוצר הגידול" (ר' עמ' 31 לפרוטוקול, שורות 5-8).

פרופ' קוטן מעיד כי בשלב מסוים במהלך הגידול הזה הופיע "כושר" לשלוח גרורות, והכושר הזה התחיל לא שישה חודשים קודם לכן, אלא במהלך השנתיים עד ארבע שנים קודם לכן.

38. בהתאם לחקירתו הנגדית של פרופ' מרימסקי, יש שיטות רבות לקבוע את זמן ההכפלה של הגידול, שאחת מהן היא העבודה של פרופ' יממוטו לפיה זמן ההכפלה הינו 17 ימים פלוס או מינוס 30 יום (כלומר בקצה האחד – שבועיים ובקצה השני – 47 יום). העד איננו מתייחס לשאלה מה היה גודל הגידול בחודש מאי 2000 לאור זמן ההכפלה בהתאם לשיטה זו. בסיכומה של התשובה של העד בהקשר זה הוא מעיד כי "אנו לא יודעים מה זמן ההכפלה באשה זו, ולעולם לא נדע מה היה זמן ההכפלה באשה זו ואנו רק יכולים לשער השערות" (עמ' 18 לפרוטוקול).

למרות שהעד מעיד כי לו עצמו יש השערה, לפיה "סביר להניח כי לא היו גרורות בכבד בחצי שנה קודם כי מחלה אלימה מייצרת גרורות די מהר" הוא לא מבסס את המסקנה המסוימת הזו על ספרות רפואית. הוא איננו מבהיר מהי "מחלה אלימה", איך היא נבחנת ואיך היא מוגדרת, ואיננו מפנה לספרות רפואית ממנה עולה כי קיימים מצבים בהם גרורה בכבד שהתגלתה בגודל של 3.5 ס"מ, לא היתה קיימת כלל ששה חודשים לפני גילוי שלה.

39. יוער כי בהמשך החקירה הנגדית, העד מתייחס לנושא של האפשרות לגלות את הגרורה, וטוען כי לו היתה נערכת הדמיה ששה חודשים לפני גילוי המחלה, לא ניתן היה לראות את הגרורה בהדמייה, כאשר העד מסכים כי "אם היית עושה דיסקציה באיבר אולי היית מוצא תאים, אבל מבחינה קלינית לא ניתן היה לגלות את זה" (ר' עמ' 21 לפרוטוקול, שורות 9-10).

40. אולם, אינני מקבלת את טענותיו של ב"כ התובעים ושל פרופ' מרימסקי לפיהן קיום של גרורה מותנה באפשרות לצפות בה בהדמייה.

אכן, לצרכים רפואיים, רופא אינו יכול בזמן אמיתי לקבוע כי קיימת גרורה - בלי שהוא צופה בגרורה הזו בהדמייה, או מאתר אותה באופן אחר.

יחד עם זאת, אין באמור לעיל כדי לשלול בדיעבד מסקנה לפיה גרורה היתה קיימת לפני שהתגלתה בפועל על ידי רופא בהדמייה. כך, אם ידוע זמן הכפלה של גרורה, ניתן לקבוע בדיעבד כי היא היתה קיימת גם אם לא ניתן היה לראותה, כאשר מסקנה כזו יכולה להיות קבילה מבחינה ראייתית – ללא קשר כאמור למימצא הרפואי מ"זמן אמת".

41. לכן, אם פרופ' מרימסקי מסכים – כפי שהובהר לעיל, כי אם היתה נערכת למנוחה דיסקציה בכבד ששה חודשים לפני איתור המחלה, אולי היו נמצאים בו תאים סרטניים – די באמירה זו שלו, בשילוב קביעתו של פרופ' קוטן, שאני מקבלת אותה, כדי לקבוע כי הנתבעים הרימו את הנטל והוכיחו כי למנוחה היתה גרורה בכבד כבר בחודש מאי 2000.

42. סיכומה של נקודה זו, ניתן לקבוע כי הנתבעים הוכיחו שבמועדי הביקורים הראשונים של המנוחה בקופת חולים, היתה לה גרורה בכבד. יחד עם זאת, לא הוכח כי במועדים אלה היו לה גרורות נוספות בריאות או באיברים אחרים.

מה היו סיכויי ההחלמה של המנוחה?

43. לאור מסקנה זאת, יש לבחון מה היו סיכויי ההחלמה של המנוחה בחדש מאי 2000, ולהשוות סיכויים אלה לסיכויי ההחלמה שלה במועד בו אותרה מחלתה בסופו של דבר. זאת, משום שאין חולק כי המנוחה זכאית לפיצוי בגין "אובדן סיכויי החלמה" ככל שיוכח אובדן כזה (ור' בהקשר זה את ע"א 231/84 קופת חולים של ההסתדרות הכללית נ. פאתח פ"ד מ"ב (3) 312 וכן ע"א 2299/03 מדינת ישראל נ. טרלובסקי, [פורסם בנבו]).

44. בהקשר זה קבע המומחה פרופ' קוטן בחוות דעתו כי לו היתה נערכת למנוחה בדיקת הדמייה עוד בחודש מאי 2000, היה בכך כדי לשפר את סיכויי ההחלמה שלה ב-5% בלבד.

אולם, בחקירתו הנגדית של פרופ' קוטן הוא נשאל ביחס לסיכויי השרדות של חולה שיש לו גרורה אחת. הוא קבע כי אם המחלה מאובחנת כאשר יש גרורה בודדת וכורתים אותה ולא מופיעות גרורות אחרות אז סיכויי ההחלמה הם של 30%. מסקנה דומה עולה מחוות הדעת של פרופ' מרימסקי ומסיכומי התובעים.

45. כלומר, לו היתה המחלה מתגלה כאשר למנוחה היתה גרורה אחת בלבד – בכבד, היו סיכויי ההחלמה שלה בשיעור 30%. מאחר שאין חולק כי סיכויי ההחלמה של המנוחה בשלב בו התגלתה המחלה בפועל היו כ-5% (ר' עדותו של פרופ' מרימסקי עמ' 19 שורה 13), הרי שהאיחור גרם להפחתת סיכויי ההחלמה ב-25%.

ב"כ התובעות הפנה להלכת פס"ד לוי נ. מור (ע"א 4975/05) [פורסם בנבו], וטען כי עולה מפסק דין זה כי כאשר חולה לא החלים בסופו של דבר והלך לעולמו כתוצאה מהמחלה, הפיצוי שהוא זכאי לו צריך להיות מחושב לא בהתאם להפחתת סיכויי ההחלמה אלא לפי החמרת הסיכון למות. ב"כ הנתבעים לא חלק למעשה על התיזה הזו, ולכן אני סבורה כי יש לקבלה.

46. בענייננו, כאשר היתה למנוחה גרורה אחת בכבד, הסיכון שלה למות עמד – לפי האמור לעיל – על 70%. כאשר התגלתה המחלה הסיכון עמד על 95%. לכן, הסיכון של המנוחה למות עלה בשיעור של 36%. הפיצוי צריך להיות מחושב אם כן לפי החמרת הסיכון של המנוחה למות בשיעור של 36%.

47. יוער כי אינני מקבלת את טענות הנתבעות לגבי אשמה התורם של המנוחה, ולאור הרקע העובדתי כפי שהובהר לעיל, אינני סבורה כי יש לייחס לה כל אשם תורם שהוא.

הנוק

48. התובעים טענו לנזקים במספר ראשי נזק שונים. בתקופת המחלה. הם טענו להפסד של השתכרות המנוחה, עזרת הזולת והוצאות רפואיות והוצאות ניידות מוגברות. לאחר מות המנוחה, הם טענו להפסדי השתכרות שלה, להפסדי שירותי אם ורעה, וכאב וסבל וקיצור תוחלת חיים ולהוצאות קבורה.

49. הנתבעים טענו כי אין כל טענה לפיה הם גרמו את המחלה למנוחה. לטענתם, התובעים לו הוכיחו מה היה מהלך המחלה לו היא היתה מתגלה במועד מוקדם יותר. עוד נטען כי לתובעים אין אסמכתאות המעידות על עבודתה של המנוחה ועל השתכרותה. אין להם אסמכתאות על הכשרתה כקוסמטיקאית, ולא על השתכרותה מעבודות משק בית, מתפירה או מעבודותיה ב"בגיר" או ב"טריומף".

הנתבעים טענו כי אין לקבל את התביעה ביחס להוצאות ניידות והוצאות רפואיות לפני מות המנוחה. הוצאות הניידות לא הוכחו (למעט ביחס לסכום של 820 ₪), והוצאות רפואיות מכוסות על ידי חוק בריאות ממלכתי.

50. ביחס להפסד ההכנסה של המנוחה בשנים האבודות, טענו הנתבעים כי אין מקום לחשב את שכר המנוחה לפי השכר הממוצע במשק. עוד נטען כי לא הוכח כי שכרו של התובע 1, האלמן של המנוחה, ירד לאחר מות המנוחה.

הנתבעים טענו כי התובעים לא הוכיחו את טענותיהם בראש הנזק של אובדן שירותי אם ורעה. לא הובאו ראיות ביחס לעזרת צד ג' בעבר, ובנוסף, העזרה היתה נחוצה בשל מחלתה הבסיסית של המנוחה. לא הוכח כי התובעים יזדקקו לעזרת צד ג' בעתיד, ודאי לא בהיקף הנטען על ידי התובעים.

דיון

51. כפי שהובהר לעיל, האחריות המיוחסת לנתבעים היא בגין אובדן סיכויי ההחלמה של המנוחה (א) למעשה החמרת הסיכון שלה למות ממחלתה). כלומר, ההנחה היא כי אלמלא רשלנותה של קופת חולים, היה הסיכון של המנוחה למות ממחלתה – קטן יותר, כפי שהובהר בפירוט לעיל. לכן, לצורך חישוב הנזק של התובעים, יש להביא בחשבון את הנזקים שנגרמו לתובעים ממותה של המנוחה, ולחייב את קופת חולים לפצות את התובעים ב-36% מנזקים אלה.

52. באשר לנזקים שנגרמו כתוצאה מהמחלה עצמה, הרי אין חולק כי המנוחה היתה חולה כבר כאשר היא הגיעה לבדיקה הראשונה בקופת חולים בחודש אפריל 2000. לו היתה מחלתה מאותרת כבר אז, היא היתה סובלת מהמחלה, נאלצת לעבור ניתוח וטיפולים – אלא שאז היו סיכויי החלמתה גדולים יותר. לכן, ביחס לאותם נזקים שהיו נגרמים למנוחה ממילא עקב המחלה (שקיומה לא נגרם כמובן כתוצאה מרשלנות כלשהי של הנתבעים או מי מהם), התובעים אינם זכאים לפיצוי.

יחד עם זאת, כפי שיובהר להלן, סביר להניח כי לו היתה המחלה מאותרת מוקדם יותר, ולו היתה המנוחה מחלימה, היה מהלך המחלה קצר יותר וקל יותר מבחינת הסבל של המנוחה. ב"כ התובעים

מודע לענין זה, וטענותיו ביחס לנזקים כגון הפסדי ההשתכרות של המנוחה, הם ביחס להתארכות המחלה ולא ביחס לעצם היותה של המנוחה חולה (ר' ס' ח' לסיכומים).

53. המחלה של המנוחה נמשכה בפועל למעשה פרק זמן של כ-42 חודשים (מ-4.00 עד פטירתה ביום 7.10.03). אני סבורה – לאור המסקנה בראשית פסק דין זה לפיה למנוחה היתה גרורה בכבד כבר במועד בו הגיעה לראשונה לקופת חולים, כי יש להעריך כי אלמלא הרשלנות היתה מחלתה מתקצרת בחצי – קרי כי היא היתה חולה רק 20 חודשים. מובן שמדובר בהערכה בלבד, המתייחסת לאפשרות שהמנוחה היתה מטופלת ומתרפאת בסופו של דבר.

54. יוער עוד כי כל הטענות של הנתבעים בפרק הנזק המתייחסות לכך שלמנוחה לא היו ממילא סיכויי השרדות, אינן עוד רלוונטיות, משום שנושא סיכויי ההישרדות נדון בפרק שעבר, ויבוא לידי ביטוי בכך שהנתובעים יקבלו רק 36% מהפיצוי שייקבע בפרק זה.

לאור האמור לעיל, ייבחנו כעת הפרמטרים לפיצוי התובעים.

נזקים עד מות המנוחה

55. הנושא הראשון שיש להכריע בו הוא השאלה האם כתוצאה מהתארכות המחלה נגרמו הפסדי שכר של המנוחה. בהקשר זה טענו התובעים כי המנוחה עבדה בעבודות תפירה וניקיון – שכולן לא דווחו. לטענת ב"כ התובעים, יש לקבל את עדות התובע לפיה המנוחה עבדה, ולכן עד פרוץ המחלה הצליחו בני הזוג לעמוד בהחזר משכנתא ואף לחסוך מעט. עוד נטען כי אף שהוכחת הכנסות לא מדווחות טעונה ראיות מוצקות, הרי שהגישה היא ליברלית יותר מקום שמדובר בניזוק שנפטר. התובעים טוענים כי כתוצאה מהאיחור באבחון, התארך משך המחלה בתקופה של 28 חודשים.

56. אני סבורה כי אין לקבל את ההנחה כי המנוחה עבדה. לא הובאה לטענה זו כל ראיה חיצונית – למעט עדותו של התובע. אכן, המנוחה עצמה הלכה לעולמה למרבה הצער. אולם, ניתן היה להביא ראיות ביחס לעבודתה – גם אם ההכנסות לא דווחו. כך, ניתן היה למשל להביא את דפי החשבון של הבנק, או להציג שיקים שהמנוחה קבלה ממעבידה. כן ניתן היה לנסות להעיד מישהו שהמנוחה עבדה עבורו. באין כל ראיה שהיא לעבודתה של המנוחה, לא ניתן לקבוע כי היא עבדה והשתכרה ערב מחלתה.

57. העובדה שבני הזוג הצליחו לשלם את המשכנתא יכולה להיות מוסברת בהסברים אחרים (חסכונות ישנים, עזרה מהמשפחה או עבודות לא מדווחות של הבעל), ולא בהכרח בעבודה של המנוחה. לענין זה יש להוסיף כי במועד בו חלתה, היתה המנוחה מטופלת בשני ילדים קטנים, והיתה עולה חדשה יחסית - בני הזוג הגיעו ארצה בשנת 1995, ורק בשנת 1997 היא סיימה את האולפן. לכן, אינני סבורה כי התובעים זכאים לפיצוי בראש הנזק של הפסד השכרות המנוחה בתקופת התארכות המחלה.

58. אני סבורה כי יש לזכות את התובעים בהוצאות הבאות בקשר עם התקופה עד פטירתה – הוצאות אבל וקבורה – בסך 11,400 ₪. הוצאות נידודות מוגברות (כתוצאה מהתארכות המחלה) בסך 300 ₪ לחודש ובסך הכול – 6,000 ₪. עזרת הזולת בתקופת התארכות המחלה - אני סבורה כי מאחר שלא הובאו כל ראיות לכך שניתנה לתובעים עזרה בשכר בתקופה זו, יש להעריך את הנזק במשך 20 חודשי התארכות המחלה בסך 1,000 ₪ לחודש ובסך הכול 20,000 ₪. הוצאות רפואיות - לא הוכח כי למנוחה היו הוצאות רפואיות שאינן מכוסות על ידי ביטוח בריאות ממלכתי. סך כל הנזקים עד מות המנוחה עומד אם כן על סכום של 37,400 ₪.

נזקים מיום פטירת המנוחה

59. באשר לנזקים מיום פטירת המנוחה, התובעים טענו לנזק בגין הפסד הכנסה של המנוחה בשנים האבודות. לטענתם, אין סיבה להניח כי פוטנציאל ההשתכרות של המנוחה הוא נמוך יותר מהשכר הממוצע במשק. המנוחה חלתה בגיל 28, לפני שמימשה את מלוא פוטנציאל ההשתכרות שלה, ועל בית המשפט להניח כי אילו היתה המנוחה מחלימה ממחלתה, היא היתה חוזרת למעגל העבודה, ומגיעה לשכר הממוצע במשק.

60. ביחס לבעלה של המנוחה, טענו התובעים כי היה לו קושי להשתכר את השכר הממוצע במשק. על פי הטענה, בדיקת השתכרותו הן עד פרוץ המחלה והן מאז ואילך – מעידה על כך כי אין לו כושר השתכרות גבוה במיוחד. יחד עם זאת, מציין ב"כ התובעים כי חלק מהסיבות לשכרו הנמוך של הבעל הן קשיי השפה שהיו לו וקשיי התאקלמותו, וראוי להניח כי ברבות השנים הוא היה מתמודד עם

קשיים אלה. בנוסף, לאחר מות המנוחה, היה הבעל מטופל בשני ילדים קטנים שהוא היה צריך לטפל בהם. גם ענין זה – כך נטען – משפיע על יכולת ההשתכרות שלו.

61. לכן, לטענת ב"כ התובעים, יש להניח כי יכולת ההשתכרות של הבעל עמדה על סך של 4,000 ₪ עד שהילדים יגיעו לגיל 18, ומאז – היה שכרו יכול לגדול לסכום של 5,000 ₪.

מנגד, הנתבעים טענו כי אין מקום להניח כי המנוחה היתה מגיעה להשתכר את השכר הממוצע במשק. לא הוכח כי המנוחה היתה ברוכת כשרונות, וגם לפני המחלה לא הוכח כי היא עבדה, כאשר גם לטענת התובעים היא השתכרה אז רק 4,000 ₪ בחודש. התובע היה מובטל עם גילוי המחלה, ולאחר מכן שכרו עמד על לא יותר מ-3,500 ₪ לחודש.

62. כפי שצויין לעיל מספר פעמים, פרק זה מתייחס לאפשרות כי המנוחה היתה מחלימה ממחלתה. בית המשפט צריך לנסות לבחון את המהלך האפשרי של חיי בני הזוג, לו היתה המנוחה מחלימה, ומה היה השכר של כל אחד מהם במקרה זה.

באשר למנוחה, אני סבורה כי ניתן להניח לזכותה כי היא יכלה להגדיל את כושר ההשתכרות שלה לאחר שהיתה נקלטת במדינת ישראל ולאחר שהילדים היו גדלים במקצת. יחד עם זאת, המנוחה נפטרה בהיותה אשה מבוגרת. אין הוכחה כי היא עבדה לפני מותה, ואף לא הוכחה כי היו לה כישורים או הכשרה שהיתה מאפשרת לה להשתכר את השכר הממוצע במשק. היא בוגרת 10 שנות לימוד, וההכשרה היחידה שהיתה לה היתה הכשרה כקוסמטיקאית.

63. גם לגרסת התובעים – שלא הוכחה – הרי ערב מחלתה היא לא השתכרה את השכר הממוצע במשק, והיא נאלצה לעבוד בעבודות מזדמנות. לא ניתן לכן להכיל לגבי המנוחה את ההנחה שבית המשפט מניח לגבי קטינים – הנחה לפיה היא היתה יכולה להגיע לרמת השתכרות של השכר הממוצע במשק. בניגוד לקטין – הרי הנוגע למנוחה קיימים נתונים שניתן להתייחס אליהם כדי להעריך את כושר ההשתכרות הפוטנציאלי של המנוחה, לו היתה מחלימה ממחלתה.

64. לכן, אני סבורה כי בסיס השכר של המנוחה לתקופה שמשנת 2003 ואילך צריך לעמוד על 5,000 ₪ לחודש. אמנם, המנוחה לא היתה מגיעה בהכרח לשכר זה כבר בשנת 2003, אולם מאחר שפסק הדין מתייחס לשכר ממוצע, וכיוון שיתכן שבתקופות מסוימות בחייה היה שכר המנוחה עולה על השכר הנ"ל, אני סבורה כי יש לערוך את החישוב כולו לפי שכר זה.

באשר לשכרו של הבעל – הרי בהתאם לתלושי השכר שהוצגו, שכרו לא עלה על שכר ממוצע של 3,500 ₪. גם אם נניח לזכותו כי ניתן לזקוף את השכר הנמוך לעובדה שמדובר בעולה חדש שטרם נקלט בארץ, ולעובדה שממות המנוחה ואילך הוא נאלץ לטפל בשני ילדים שהיו בני 8 ו-9 במועד המוות – הרי יש לקבוע כי פוטנציאל ההשתכרות של התובע עומד על סך של 4,000 ₪.

65. לאור הנתונים שלעיל, יש לקבוע את הנזק לתובעים בגין השנים האבודות:

מפטירת המנוחה ועד היום –

הכנסת המנוחה – 5,000 ₪.

מספר הידות – 6

ערך ידה משכר המנוחה – 833 ₪

הפסד של 5 ידות – 4,165 ₪

הכנסת התובע – 4,000 ₪

ניכוי של ידה אחת משכר התובע – 667 ₪

הפסד חודשי – 3,498 ₪

ההפסד – 3,498 ₪ X 58 חודשים ובתוספת ריבית מאמצע התקופה : **240,320 ₪**

בעתיד – עד שנת 2012 (כאשר תובע 2 יגיע לגיל 18)

הכנסת המנוחה – 5,000 ₪

מספר הידות – 6

ערך ידה משכר המנוחה – 833 ₪

הפסד של 5 ידות – 4,165 ₪

הכנסת התובע – 4,000 ₪

ניכוי של ידה אחת משכר התובע – 667 ₪

הפסד חודשי – 3,498 ₪

3,498 ₪ X 45.1786 (מקדם היוון ל-4 שנים) = **158,035 ₪**

בעתיד עד שנת 2013 (כאשר תובע 2 יגיע לגיל 19 ותובע 1 לגיל 18)

הכנסת המנוחה – 5,000 ₪

מספר ידות – 5 1/3

ערך ידה משכר המנוחה – 938 ₪

הפסד של $4 \frac{1}{3}$ ידות – 4,062 ₪

הכנסות התובע – 4,000 ₪

ערך ידה משכר התובע – 750 ₪

הפסד חודשי – 3,250 ₪

3,312 ₪ $11.8X$ (מקדם היוון לשנה) $0.8884 X$ (הקדמה ב-4 שנים) – 34,720 ש"ח

בעתיד עד שנת 2015 (בהגיע התובע 2 לגיל 21 והתובע 3 לגיל 20)

הכנסת המנוחה – 5,000 ₪

מספר ידות $4 \frac{2}{3}$

ערך ידה של הכנסת המנוחה – 1,073 ₪

הפסד $3 \frac{2}{3}$ ידות – 3,927 ₪

הכנסת התובע – 4,000 ש"ח

ערך ידה מהכנסת התובע – 858 ₪

הפסד חודשי – 3059 ₪

3,069 ₪ $23.26 X$ (מקדם היוון לשנתיים) $0.8626 X$ (הקדמה ב-5 שנים) – 61,577 ₪

בעתיד עד שנת 2016 (כשתובע 3 יגיע לגיל 21)

הכנסת המנוחה – 5,000 ₪

מספר ידות $4 \frac{1}{3}$

ערך ידה מהכנסת המנוחה – 1,155 ₪

הפסד $3 \frac{1}{3}$ ידות – 3,846 ₪

הכנסת התובע – 4,000 ₪

ערך ידה מהכנסת התובע – 924 ₪

הפסד חודשי – 2,921 ₪

2,921 ₪ $11.8 X$ (מקדם היוון לשנה) $0.8130 X$ (הקדמה ב-7 שנים) = 28,032 ₪

בעתיד עד שנת 2037 (כשהמנוחה תגיע לגיל 65 והתובע לגיל 67)

הכנסת המנוחה – 5,000 ₪

מספר ידות – 4

ערך ידה מהכנסת המנוחה – 1,250 ₪

הפסד 3 ידות – 3,750 ₪

הכנסת התובע – 4,000 ₪

ערך ידה מהכנסת התובע – 1,000 ₪

הפסד חודשי – 2,750 ₪

$2,750 \times 186.795$ (מקדם היוון ל-21 שנה) $\times 0.7894$ (הקדמה ב-7 שנים) = 405,504 ₪

בעתיד עד שנת 2039 – כשהמנוחה תגיע לגיל פרישה 67- והתובע לגיל 69

הכנסת המנוחה – 5,000 ₪

מספר ידות – 4

ערך ידה מהכנסת המנוחה – 1,250 ₪

הפסד 3 ידות – 3,750 ₪

הכנסת התובע – 2,800 ₪ (70% משכרו)

ערך ידה מהכנסת התובע – 700 ₪

הפסד חודשי – 3,050 ₪

$3,050 \times 23.265$ (מקדם היוון לשנתיים) $\times 0.424$ (הקדמה ב-29 שנים) = 30,086 ש"ח

בעתיד בתקופת הפנסיה עד תום תוחלת חיי המנוחה (בשנת 2054)

יוצר כי הנתבעים לא כפרו בזכות התובעת לפנסיה ובתוחלת החיים שלה לו היתה מתרפאת ממחלתה

הכנסת המנוחה – 3,500 ₪ (70% מהכנסתה ערב צאתה לגמלאות)

מספר ידות – 4

ערך ידה מהכנסת המנוחה – 875 ₪

הפסד 3 ידות – 2,625 ₪

הכנסת התובע – 2,800 ₪

ערך ידה מהכנסת התובע – 700 ₪

הפסד חודשי – 1,925 ₪

$1,925 \times 144.8$ (מקדם היוון ל-15 שנה) $\times 0.399$ (הקדמה ב-31 שנה) = 111,217 ש"ח

סך כל הנזקים בראש נזק זה – 1,069,491 ₪

שרותי אם ורעיה

66. התובעים טוענים כי הם זכאים לפיצוי בראש נזק זה. לטענת התובע, לאחר פטירת המנוחה הוא נאלץ לשכור שירותים של מטפלת (תמורת 1,000 ₪ לחודש) ומנקה (תמורת 400 ₪ לחודש). ב"כ התובעים טען כי בפסיקה חדשה, ניתן פיצוי גלובאלי בשיעורים גבוהים יותר בראש נזק זה, לאור מכלול המטלות המוטלות על אם ורעיה. אף אם יוערכו ה"שירותים" הללו בהתאם לשכר עוזרת בית – 40 ₪ לשעה, הרי לפי בסיס של 6 שעות עבודה ליום, מדובר בהספד חודשי של 7,200 ₪ כל עוד הילדים בבית, ו-3,000 ₪ לאחר מכן.

הנתבעים טוענים כי לא סביר להניח כי המנוחה היתה עובדת במשרה מלאה וגם עובדת בבית במשך 6 שעות עבודה ביום.

67. אני סבורה כי אין זה נכון להעריך את עבודתה של אשה העובדת במשרה מלאה – ב-6 שעות עבודה מלאות בבית בכול יום. מדובר במספר שעות קטן הרבה יותר – כשעתיים ביום. לכן, ולאחר עיון בטענות הצדדים, אני סבורה כי מן הראוי לפסוק לזכות התובעים בראש נזק זה סכום גלובאלי בסך 600,000 ₪.

נזק לא ממוני – כאב וסבל

68. התובעים טענו כי בבתי המשפט קיימת מגמה של הגדלת הפיצוי בראש נזק זה, ועותרים לפיצוי בסכום גבוה.

מנגד, טענו הנתבעים כי המנוחה היתה נאלצת לעבור טיפולים וניתוחים גם לו היתה מחלתה מתגלה במועד מוקדם יותר.

69. אכן, כפי שכבר הובהר לעיל, המנוחה הגיעה לביקור הראשון כאשר היתה חולה במחלת הסרטן, והיתה לה גרורה בכבד. לכן, היא היתה נאלצת לסבול – לעבור טיפולים וניתוחים – גם אלמלא רשלנות קופת חולים. יחד עם זאת, כפי שציינתי, סבלה התארך כתוצאה מהרשלנות (אם נניח – כפי שאנו מניחים בפרק זה- כי היא היתה מחלימה בסופו של דבר ממחלתה). מובן כי הסבל בסוף חייה

של המנוחה היה סבל משמעותי ביותר, הן בשל מצבה הבריאותי הקשה, והן בשל חוסר התקווה במצבה.

לכן, אני סבורה כי מן הראוי לפסוק סכום של 400,00 ₪ בראש נזק זה.

נזק לא ממוני – קיצור תוחלת חיים

70. התובעים טענו כי לאור גילה הצעיר של התובעת בעת פטירתה, לאור העובדה שהיא הותירה אחריה בעל ושני ילדים קטנים, היא זכאית לפיצוי בסך 900,000 ₪ בראש נזק זה. הנתבעים טענו חזרו על טענתם כי לו היתה מחלה מתגלית 6 חודשים מוקדם יותר, לא היה בכך כדי לשנות את מהלכה, וכי על פנים סיכויי ההשרדות של המנוחה יכלו להשתפר רק ב-5%.

71. לאור כל מה שנאמר בפסק דין זה לעיל, אני סבורה כי המנוחה זכאית לפיצוי בסך 400,000 ₪ בראש נזק זה.

סכום הפיצוי לו זכאים התובעים בגין כל ראשי הנזק שצוינו לעיל עומד אם כן על סך של 2,506,891 ש"ח.

72. כפי שהובהר, התובעים אינם זכאים למלוא סכום הנזק, אלא ל-36% ממנו בלבד – שכן זהו שיעור בו הוחמר הסיכון של המנוחה למות כתוצאה ממחלתה. לכן, התובעים זכאים לפיצוי כולל בסך 902,481 ש"ח.

אני מחייבת את הנתבעת 2 – קופת חולים לשלם לתובעים יחד ולחוד סך כולל של 902,481 ש"ח. הנתבעת 2 תשא בהוצאות התובעים ובשכר טרחת עורכי דינם בשיעור של 20% מהסכום הפסוק.

היום 17.9.2008 בהעדר הצדדים. המזכירות תשלח את פסק הדין לצדדים בדואר רשום

ר. רונן, שופטת

נוסח מסמך זה כפוף לשינויי ניסוח ועריכה