

ת"א 1483/99		בית המשפט המחוזי בירושלים	
26/08/2003		לפנ	כבוד השופט צבי זילברטל

בעניין:

1. עזבון המנוחה ברטה מרציאנו ז"ל
 2. משה מרציאנו משה
 3. אושרית חדידה (מרציאנו)
 4. ישראל מרציאנו (קטין)
- ע"י עוה"ד פסטינגר וקוגוט

התובעים

- נ ג ד -

1. ד"ר יהורם זינגר
 2. ד"ר מרינה סטרינה
 3. מרכז רפואי סורוקה
 4. קופת חולים כללית
- ע"י עוה"ד אבימור ומאק

הנתבעים

לערעור בעליון (נדחה, 11.4.05): [עא 9656/03 עזבון המנוחה ברטה מרציאנו ז"ל נ' ד"ר זינגר יהורם, א' ברק, א' גרוניס, א' רובינשטיין](#)

פסק דין

1. המנוחה ברטה מרציאנו ז"ל (להלן - "המנוחה"), ילידת 19.4.47, נפטרה ביום 16.2.97 כתוצאה ממחלת הסרטן בה לקתה.

התובע מס' 2 (להלן - "התובע") היה בעלה של המנוחה והתובעים מס' 3 ו-4 הם ילדיה (התובעת 3 ילידת 1978, כך שביום מותה של המנוחה היתה כבת 19 שנה; התובע 4 יליד 1984, כך שביום הפטירה היה כבן 13 שנה).

התובעים תובעים את נזקיהם כיורשיה של המנוחה וכמי שהיו תלויים בה. טענתם היא, שהטיפול שניתן למנוחה על ידי רופאיה ועובדיה של הנתבעת מס' 4 (להלן - "קופת חולים") היה טיפול רשלני, אשר כתוצאה ממנו הלכה המנוחה לעולמה בטרם עת. במיוחד מצביעים התובעים על מעשיהם או מחדליהם של הנתבעים 1 ו-2, שהיו רופאי המשפחה שטיפלו במנוחה בתקופה של כשנה ומחצה טרם לפטירתה. הנתבעת מס' 2 (להלן - "ד"ר סטרינה") טיפלה במנוחה החל מחודש ספטמבר 1995 (לערך) ועד ליום 15.8.96, כאשר

יצאה לחופשה והוחלפה על ידי הנתבע מס' 1 (להלן - "ד"ר זינגר"). ד"ר זינגר טיפל במנוחה במשך כחודש, עד ליום 19.9.96, כאשר המנוחה אושפזה בבית החולים קפלן, ומאז לא התאוששה עד שמחלתה הכריעה אותה.

2. לטענת התובעים, המנוחה נפטרה כתוצאה מסרטן ראשוני של המעי הגס והנתבעים לא איבחנו במועד את קיומה של המחלה, שאם היו עושים כן ניתן היה, על פי הטענה, "להציל את חייה" של המנוחה. עיקר הטענה מכוונת לכך שלא נעשו לתובעת בדיקות לבירור מצב המעי הגס, ובמיוחד לכך שלא בוצעה בדיקת קולונוסקופיה.

תמצית טענות הנתבעים היא, שנערכו למנוחה כל הבדיקות שהתחייבו מתלונותיה, תלונות שהתמקדו (לפחות עד יוני 1996) בכאבים באיזור הבטן העליונה הימנית, ואף נמצאה פתולוגיה שבכוחה היה להסביר את מקור התלונות (בקע סרעפתי ובעיות בעמוד השדרה). עוד טוענים הנתבעים, כי גם אם הייתה נערכת לתובעת בדיקת קולונוסקופיה לא ניתן היה לאתר קיומו של תהליך סרטני, ומכל מקום - בהתחשב בסוג הסרטן שבו מדובר (כפי שיפורט להלן) - לא היו סיכויים לרפא את המנוחה, או שהיו סיכויים נמוכים ביותר.

3. מטעם התובעים הוגשו חוות דעת המומחים פרופ' תמר פרץ בתחום האונקולוגיה וד"ר נפתלי הדס, מומחה ברופאה דחופה. כמו כן נשמעה עדותו של התובע.

מטעם הנתבעים הוגשו חוות דעתם של פרופ' אברהם קוטן בתחום האונקולוגיה ושל פרופ' יאיר יודפת בתחום רפואת המשפחה. כמו כן העידו ד"ר זינגר וד"ר סטרינה, כמו גם ד"ר פבל קרוגליאק, מומחה בגסטרואונטרולוגיה, אשר בדק את המנוחה בבית החולים סורוקה וביצע לה בדיקת גסטרוסקופיה.

הנתבעים הגישו, בהסכמה, קלסר ובו העתק כל המסמכים הרפואיים שהיו מצויים בתיקי המנוחה בקופת חולים ובבית החולים קפלן (נ/1). המסמכים המצויים בקלסר נ/1 מוספרו בסדר רץ, ויכוננו להלן "מסמכי קופ"ח", או "מסמכי קפלן" לפי הענין.

4. בטרם תפורטנה העובדות הרלבנטיות, אקדים מילים אחדות, כרקע, בענין אותה בדיקת קולונוסקופיה, אשר נטען שהיה צריך לבצע למנוחה ושביצועה במועד היה מאפשר לאבחן את סרטן המעי הגס, לטפל בו, ולמנוע את התוצאה הטרגית.

ד"ר קרוגליאק הסביר בעדותו, כי המונח "אנדוסקופיה" הוא מונח כולל לתיאור בדיקות שבהן מוחדר מכשיר פיברואופטי לגופו של הנבדק ובעזרתו נעשית "הסתכלות פנימה" אל תוך הגוף, הנצפית על גבי מסך טלוויזיה. גסטרוסקופיה היא סוג של אנדוסקופיה, שבה נבדק החלק העליון של הבטן (ושט, קיבה ותריסרון) באמצעות מכשיר המוחדר דרך פיו של הנבדק. בדיקה זו נערכה למנוחה על ידי ד"ר קרוגליאק (עמ' 363-364 לפרוטוקול).

קולונוסקופיה היא בדיקת אנדוסקופיה שבמסגרתה מוחדר המכשיר לפי הטבעת והמיועדת לסריקת המעי הגס (ראו לענין תיאור הבדיקות: ת"א (שלום-י-ם) 4687/97 קוטן נ' ד"ר גולן, דינים-שלום, כרך יז', 100).

5. אכן, בעלי הדין והמומחים השונים התמקדו בתקופה של כשנה ומחצה לפני פטירת המנוחה. עם זאת, יש מקום להזכיר, ולו בקצרה, את הרקע הרפואי הרחוק יותר, שכן, לדעת מומחי הנתבעים יש לרקע זה משמעות והוא צריך להילקח בחשבון כאשר בוחנים את פעולות הרופאים שטיפלו במנוחה.

ד"ר קרוגליאק הזמין את המנוחה לביקורת כעבור שלושה חודשים (עמ' 313 לפרוטוקול). ביום 26.2.96 התלוננה המנוחה על כאבי בטן עליונה וד"ר סטרינה הפנתה אותה לכירורג בקשר עם הבקע הסרעפתי, שבדק אותה ביום 3.3.96 וקבע שאין צורך בניתוח (מסמך קופ"ח מס' 182 ומס' 27).

ביום 23.3.96 הופנתה המנוחה ע"י ד"ר סטרינה לנוירולוג, בין היתר לנוכח תלונות על איבוד הכרה (מסמך קופ"ח מס' 183), וזה המליץ על צילום עמוד שדרה צווארי.

ד"ר קרוגליאק, ששב ובדק את המנוחה ביום 1.4.96, ציין כי המנוחה התלוננה על "כאבי בטן קשים מימין עליונה" (מסמך קופ"ח 179) והוא חשש שמקור הכאבים הוא עמוד השדרה המותני והגבי.

ביום 16.4.96 הפנתה ד"ר סטרינה את המנוחה לצילום עמוד השדרה (מסמך קופ"ח מס' 28), צילום שבוצע ביום 28.4.96 והתגלו בו "שינויים ספינליים מינימליים" (מסמך קופ"ח מס' 184).

ביום 28.4.96 הפנתה ד"ר סטרינה את המנוחה לביצוע בדיקות נוספות: תפקודי כבד, שקיעת דם, ספירת דם, יעוץ רופא נשים, צילום עמוד שדרה מותני, אולטרסאונד בטן תחתונה ובדיקת שתן כללית (מסמך קופ"ח 27). בדיקות הדם נמצאו תקינות (מסמכי קופ"ח 192-193) וצילום חוזר של עמוד השדרה שנערך ביום 22.5.96 אישר את הממצא בדבר "שינויים ספינליים מינימליים" (מסמך קופ"ח מס' 194).

בליל ה- 4.6.96 הוזעק אמבולנס לבית המנוחה בשל התעלפויות ונשימה מהירה, ולאחר ביצוע א.ק.ג. היא נותרה בביתה (מסמכים 197-198 בתיק קופ"ח).

ביום 11.6.96 התלוננה המנוחה לפני ד"ר סטרינה על כאבי בטן (מסמך קופ"ח מס' 31). היא הופנתה למיפוי עצמות שבוצע ביום 8.7.96 ונמצא תקין (מסמך 201 לתיק הנ"ל).

במועד הנ"ל, 11.6.96, פנתה המנוחה גם לחדר המיון בבי"ח סורוקה והתלוננה על קשיי נשימה וכאבי אפיגסטרי (שהוגדר כ"בעיה כרונית עם החמרה היום"), כמפורט במסמך קופ"ח מס' 187. בבדיקה נמצאה רגישות בבטן הימנית העליונה. הומלץ ביצוע אולטרסאונד לדרכי השתן, שבוצע ביום 25.6.96 ונמצא תקין (מסמך 188).

ביום 15.6.96 פנתה המנוחה לביה"ח ברזילי (מסמך קופ"ח מס' 199) והתלוננה על התכווצויות ואיבוד הכרה. בדיקת הדם היתה תקינה והומלץ על ביצוע C.T מוח. ענין זה נרשם גם על ידי ד"ר סטרינה, ביום 17.6.96 (מסמך קופ"ח מס' 29).

במועד זה, 17.6.96 התלוננה המנוחה על סחרחורות וכאבי בטן עליונה (שם). ד"ר סטרינה הפנתה את המנוחה לביצוע צילום עמוד שדרה צווארי ולייעוץ אורתופד.

ביום 24.6.96 נבדקה המנוחה על ידי רופא עיניים (מסמך קופ"ח מס' 200) ודיווח על התוצאות התקינות נרשם על ידי ד"ר סטרינה ביום 25.6.96 (מסמך 29). גם בדיקת אולטרסאונד בטן שנערכה נמצאה תקינה, כמפורט ברישום מיום 25.6.96. במועד זה מסרה המנוחה כי היא מרגישה "קצת יותר טוב" ונשלחה על ידי ד"ר סטרינה לצילום חוזר של עמוד שדרה צווארי וכן לבדיקה פסיכיאטרית. בטופס ההפניה לפסיכיאטר (נספח א' לתצהיר התובע) נרשם, כי המנוחה התלוננה על העדר תיאבון ועל כך שאינה ישנה בלילות. המומחה התבקש לבדוק אם מדובר בדיכאון.

אגב, ד"ר סטרינה העידה, כי בוצעו למנוחה גם בדיקות למציאת דם סמוי בצואה ואלה היו תקינות (עמ' 323 לפרוטוקול). לא הופניתו למסמכים המאשרים ענין זה, אך גם פרופ' יודפת מציין, בחוות דעתו, כי המנוחה נשלחה על ידי רופא המשפחה לשלוש בדיקות של דם סמוי, והמנוחה ביצעה שתי בדיקות שהיו תקינות (עמ' 4-5 לחוות הדעת). ואולם, פרופ' יודפת מתייחס לבדיקות שנערכו בשנת 1990 (!), כמפורט בעמ' 3 לחוות דעתו, ומכאן שלא יכולה להיות להן רלבנטיות לסוגיות הדורשות הכרעה.

7. ביום 5.8.96 פנתה המנוחה לד"ר זינגר, שהחליף את ד"ר סטרינה שיצאה לחופשה עקב הריונה. ד"ר זינגר רשם, כי המנוחה מתלוננת על "כאבים במקומות שונים בגוף, גם גב ורגליים, אך במיוחד בבטן. יש קושי ביציאות" וכי היא סובלת מכאבים עוויתיים, ללא קשר לאכילה, מה שמפריע לשנתה; ירידה

מעטה בתיאבון ומשקל ללא שינוי. ד"ר זינגר ציין כי "מקור הכאב לא ברור ליי" והפנה לאולטרסאונד בטן עליונה. ביום 23.8.96 רשם ד"ר זינגר כי ממצאי האולטרסאונד היו תקינים, אך הכאבים נמשכים, ושלה את המנוחה, בדחיפות, לגסטרואנטרולוג. רישומים אלה מצויים במסמך קופ"ח מס' 32 ותוצאות בדיקת האולטרסאונד מצויות במסמך קופ"ח מס' 202 (מיום 21.8.96).

נראה כי בבדיקת הגסטרואנטרולוג לא נמצא דבר, כמפורט ברישום של ד"ר זינגר מיום 12.9.96. במועד זה שוב ביקרה המנוחה במרפאה, וד"ר זינגר רשם כי היא עדיין מתלוננת על "כאבים עזים עם בחילה". ד"ר זינגר הפנה את המנוחה לאורתופד לביצוע C.T גב, ואם יהיה תקין לביצוע C.T בטן (מסמך 32 הנ"ל). ביום 16.9.96 רושם ד"ר זינגר "עדיין כאבים" וממתין לתשובת C.T. ביום 18.9.96 נערכה בדיקת C.T עמוד השדרה שגילתה בלט דיסק (מסמך קופ"ח מס' 203).

8. ביום 19.9.96 מבקשת המנוחה שד"ר זינגר יגיע לביתה. לדברי ד"ר זינגר, כמפורט בתצהירו, הוא נדרש על ידי התובע לעזוב את החולים בהם טיפל ולהגיע בדחיפות לבית המנוחה. ד"ר זינגר השיב שיתפנה רק בתום יום העבודה. התובע פנה למנהל המחוז של קופ"ח וכך שוגרה לבית המנוחה ד"ר ויטה קופילוב, אשר הפנתה את המנוחה לבית החולים (מסמך קופ"ח מס' 33).
בקבלתה של המנוחה לבית החולים קפלו נרשם, כי היא סובלת מ"כאבים בבטן ימנית עליונה ואמצעית, בחילה ועצירות", וכי המנוחה סובלת מכאבי בטן ימנית עליונה במשך כ- 20 שנה (מסמך קפלו מס' 200).

9. המנוחה נותחה ביום 9.10.96. בטרם הניתוח סברו הרופאים כי התמונה הקלינית שהתגלתה בבדיקות (שעיקרן אולטרסאונד) מתאימה לסרטן מפושט בחלל הבטן ממקור שחלתי. גם לאחר פתיחת הבטן לא זוהה גידול ראשוני במערכת העיכול. כפי שמציין פרופ' קוטן בחוות דעתו:

"בפתיחת הבטן נמצאה נפיחות במעי הגס והדק עם בצקת קשה בדופן המעי. נמצאה זרימת גרורות על פני המעי, הכבד, דופן הבטן והאומנטום. השחלות היו מעט מוגדלות. לא זוהה גידול ראשוני במערכת העיכול".

לאחר שבוצעה כריתת חלק מהאברים הנגועים התברר, בבדיקה היסטולוגית, שמדובר ב"גרורות של אדנוקרצינומה בדרגת התמיינות גרועה עם תאי חותם (SIGNET RING CELLS) ותגובה דיסמופלסטית. התהליך הסרטני סנן את כל הרקמות שנכרתו... " (חו"ד פרופ' קוטן).
המנוחה החלה לקבל טיפולים כימותרפיים, שלא הועילו, והיא נפטרה ביום 16.2.97, חודשים מעטים לפני שמלאו לה 50 שנה.

10. נמצא, כי רק עם אישפוזו של המנוחה בבית החולים התגלה שהיא סובלת ממחלת הסרטן, אם כי מקורו נותר בלתי ידוע לאשורו, ובטרם נותחה, ההשערה היתה שמקור הסרטן הוא בשחלות. לרקע הנתונים העובדתיים המפורטים לעיל, נבחן תחילה את השאלה, האם התרשלו הנתבעים או מי מהם, בכך שלא ערכו למנוחה בירור באיזור המעי הגס (הבטן התחתונה), לרקע תלונותיה ותוצאות הבדיקות שנערכו לה.

11. פרופ' תמר פרץ חיוותה דעתה, כי "לא בוצע כל בירור מעמיק" של תלונות המנוחה "ולמעשה, במהלך כל ההיסטוריה של מחלתה, לא בוצעה כל הדגמה של המעי הגס. הדגמה של הקיבה בוצעה בינואר 1996 והיתה תקינה" (ההדגשה במקור).

יש להצטער על כך שחוות הדעת אינה מתייחסת, בפירוט הנדרש, למהלך התלונות והבדיקות כפי שהוא משתקף במסמכים הרפואיים, לממצא בדבר הבקע הסרעפתי ובדבר השינויים הניווניים בעמוד השדרה, לסוג המסויים של התאים הסרטניים שנמצאו אצל המנוחה, לעברה הרפואי של המנוחה וכו'. עוד הוברר, כי פרופ' פרץ עיינה רק בחלק מהתיק הרפואי (המסמכים שעמדו לנגד עיניה סומנו כמוצג נ/3). פרופ' פרץ גם לא פרטה בחוות דעתה על אילו מסמכים הסתמכה ובחקירתה הוברר שלא נתנה דעתה לנתונים שונים, שלכאורה מצריכים התייחסות (כגון עליית המנוחה במשקל בחלק מהתקופה הרלבנטית וכגון בדיקות הדם שנערכו למנוחה).

בחקירתה של פרופ' פרץ היא אישרה שלא היו ממצאים מהם נבע שהמנוחה היתה ברמת סיכון גבוהה (עמ' 11 לפרוטוקול), אם כי העובדה שהיא ממוצא אשכנזי מגבירה את הסיכון (שם).

פרופ' פרץ ציינה, כי אחד המאפיינים של סרטן מעי מתקדם הוא ירידה במשקל. הוברר כי המנוחה שקלה בספטמבר 1995 75 ק"ג ובמרץ 1996 משקלה עמד על 82 ק"ג (עמ' 24 לפרוטוקול). גם ד"ר זינגר ציין, ביום 5.8.96, כי לא נמצא שינוי במשקל. מכאן, שלא עמד לפני הרופאים המטפלים נתון של ירידה במשקל.

פרופ' פרץ הביעה דעתה, כי ספק אם אותו בקע סרעפתי שאובחן בספטמבר 1995 אכן "נתן סימפטומים" (שהם צרבת, כאבים בבטן עליונה, קשיים בבליעה), כמפורט בעמ' 27 לפרוטוקול.

זכור, גם פרופ' יודפת, מטעם הנתבעים, העלה ספק אם אכן אותו בקע היה סימפטומטי, הן בחוות דעתו והן בעדותו (עמ' 267 לפרוטוקול).

במצב כזה, סברה פרופ' פרץ, כי לאחר שלא נמצא דבר בבדיקת הגסטרואנטרולוג (ינואר 1996), והתלונות המשיכו, היה צריך להוסיף ולברר את מקורם: "בנקודה הזאת האשה: א. כאבי בטן. ב. ממצא שלא מסביר את כאבי הבטן. זאת הנקודה שהיה צריך לעשות בירור נוסף" (עמ' 29 לפרוטוקול). עם זאת, פרופ' פרץ ראתה לציין, "כהערה כללית", את הדברים הבאים:

"אני לא חושבת שהבעיה זה הרופא או הרופאה שטיפלה בה, אני חושבת כמו שהמערכת עובדת, כמו שאני מכירה אותה בלחץ הזמן לפעמים קשה מאוד לחשוב על כל הדברים יחד. זה רק להגיד שאני לא חושבת שיש פה רופא כזה או אחר שאשם" (עמ' 30 לפרוטוקול).

הנתבעים מדגישים אמירה זו של פרופ' פרץ. אינני סבור שמדובר באמירה שיש לה משמעות ממשית לענין קביעת חבות הנתבעים, כפי שמשמע מסיכומי הנתבעים. פרופ' פרץ בחרה שלא "להאשים" רופאים, שכן היא מבינה את מצוקתם ומודעת לעומס המוטל עליהם, אולם נותרה בדעתה שמדובר ב"כשל מערכתני" שלא היה צריך לקרות.

פרופ' פרץ תיארה את הסימנים הקליניים של סרטן המעי הגס, כאשר הוא בשלב שאכן מתקיימים סימנים כאלה (כשהוא "בא לידי ביטוי"), ככוללים: כאב בטן, עצירות, או עצירות ושלוש לסירוגין, הפרעות בעיכול, אנמיה (עמ' 62 לפרוטוקול).

לשיטתה אם לא נמצא המקור לכאבים עליהם התלוננה המנוחה, היה צריך אפילו לחשוב על מהלך כירורגי, של פתיחת הבטן, כדי לבדוק מה הגורם לתלונות (עמ' 65 לפרוטוקול).

12. פרופ' אברהם קוטן חולק על עמדת פרופ' פרץ לפיה הכירורג שעברה המנוחה היה בלתי מעמיק, ובעיקר שהיה פגם בכך שהוא לא כלל הדגמה של המעי הגס. לשיטתו של פרופ' קוטן, כמפורט בחוות דעתו:

"... הרופאים התייחסו במלוא הרצינות לתלונותיה [של המנוחה] והפנו אותה לבדיקות העזר המתאימות לתלונותיה, ואף הגיעו לאבחנה של בקע סרעפתי. היות ובשנת 1994 בוצע חוקן בריום שהיה תקין, לאור העובדה, שהתלונות התמקדו לאזור הבטן העליונה - לא היתה הצדקה לבצע בירור המעי הגס, דווקא" (ההדגשה במקור).

זכור, לענין ביצוע בדיקת חוקן בריום בשנת 1994, כבר פסקתי, כי בהעדר רישומים ישירים בנוגע למהלך זה, אין הוכחה שהבדיקה אכן בוצעה במועד האמור, כך שנימוק זה אינו יכול לעמוד.

פרופ' קוטן מדגיש, בהקשר הנדון, כי גם לאחר ניתוח המנוחה נותר מקור הממאירות בלתי ידוע, וכי תלונותיה של המנוחה, במשך השנה שקדמה לאבחון המחלה, היו "בלתי ספציפיות ובלתי מכוונות לאחר מסוים". אגב, טיעון זה סותר טענה אחרת של הנתבעים (ושל פרופ' קוטן) לפיה מכיוון שהתלונות היו ממוקדות באזור הבטן העליונה, לא היה מקום לערוך בירור של המעי הגס.

גם בעדותו חזר פרופ' קוטן על עמדתו הנ"ל, לפיה לא היה מקום לערוך בירור של מצב המעי הגס לנוכח העובדה שחוקן בריום שנערך בשנת 1994 היה תקין, לנוכח איתור הבקע הסרעפתי ולנוכח התמקדות התלונות בבטן העליונה (עמ' 166 לפרוטוקול).

פרופ' קוטן מתייחס למציאת הבקע הסרעפתי, ומציין כי "אז כולם היו מרוצים, יש לנו הסבר למה שקרה" (עמ' 172 לפרוטוקול). ואולם, משנמשכו התלונות, ביוני 1996, והפעם מדובר בתלונות "על כל חלל הבטן" היה מקום לבצע בירורים נוספים, כפי שאכן נעשו (עמ' 173 לפרוטוקול). בהמשך חקירתו, מאשר פרופ' קוטן, כי בחודש יוני 1996 כבר היה מקום לבצע קולונוסקופיה (עמ' 199 לפרוטוקול). המומחה חוזר ומציין, כי מציאת הבקע הסרעפתי בסוף 1995 מצדיקה אי ביצוע בירור במעי הגס באותו השלב (עמ' 175, 199 ו-202 לפרוטוקול).

אגב, במקום אחר בעדותו מצביע פרופ' קוטן על אוגוסט 1996 כמועד תחילת התלונות בדבר כאבים ממושטים בכל חלל הבטן (ולא יוני 1996 כנאמר לעיל). זו גם עמדתו של פרופ' יודפת, כפי שתפורט בהמשך.

פרופ' קוטן עומד בעדותו על נימוק נוסף, המחזק את מסקנתו לפיה לא היה מקום לבירור מצב המעי הגס: העובדה שלמנוחה היתה היסטוריה של כ-20 שנה שכללה תלונות על כאבי בטן שלא נמצא להם הסבר:

"... מגיעה היום אשה שאני יודע מהעבר שלה שזה כבר עבר של 20 שנה של כאבי בטן, אין מנוס מלומר את זה, 20 שנה של כאבי בטן שאין להם הסבר, 20 שנה היא מתלוננת, עוברת בירורים וחוקן בריום לפחות פעם אחת ... אולטרסאונדים למיניהם, והיא שוב מגיעה ב-1996 עם כאבים שמתרשמים שהם בבטן העליונה. עכשיו בואו נבדיל, אם זאת היתה אשה שמעולם לא היה לה שום דבר והיא הגיעה ב-1996 עם כאבים בבטן העליונה ולא מצאנו פתולוגיה, חד משמעי שהיתה צריכה לעבור בירור במעי הגס, אין חולק" (עמ' 198-199 לפרוטוקול).

אגב, גם פרופ' יודפת מציין את הנימוק האמור לעיל, וטוען שיש להבחין "בין חולה שמגיע עם תלונות ספציפיות בתקופה מוגדרת לבין חולה שסובל ממכלול של תסמינים קליניים מסוגים שונים, לרבות תלונות של כאבי בטן..." (עמ' 1 לחוות דעת פרופ' יודפת).

באי כוח הנתבעים גם מייחסים משמעות לממצאים בעמוד השדרה של המנוחה, שגם בכוחם להסביר קיומם של כאבי בטן, כפי שאישרה פרופ' פרץ בעדותה (עמ' 16 לפרוטוקול). גם קיומם של ממצאים אלה שלל, על פי טענה זו, את הצורך בבירור נוסף באשר למקור הכאב. לענין זה ראו גם עדותו של פרופ' יודפת בעמ' 266 לפרוטוקול.

לסיכום עמדתו של פרופ' קוטן באשר לשאלה, האם היה על הרופאים המטפלים במנוחה ליזום בירור במעי הגס, ניתן להצביע על המסקנות הבאות:

עד שתלונות המנוחה לא התייחסו לכאבים ממושטים בכל הבטן (יוני או אוגוסט 1996), היה מדובר על תלונות ממוקדות בבטן העליונה, שאף נמצא להן הסבר (בקע בסרעפת) ולפיכך די היה בבדיקות שנערכו ולא היה צריך לחשוד בבעיה במעי הגס. הוסף לכך את העובדה שמדובר בחולה עם היסטוריה ממושכת מאוד של תלונות על כאבי בטן (בין שאר תלונותיה), שלא נמצא להן הסבר עד כה, ואת העובדה שהתגלה בעמוד השדרה מקור אפשרי לכאבים, מה שעוד הרחיק את החשד שקיימת בעיה במעי הגס דווקא.

13. פרופ' יודפת, המומחה מטעם הנתבעים ברפואת משפחה, מצטרף לעמדת פרופ' קוטן.

כפי שכבר צויין, פרופ' יודפת מייחס משמעות גם לעברה הרפואי הרחוק של המנוחה ולאבחנה המבדלת שנעשתה על ידי גסטרואנטרולוג עוד בסוף שנות השבעים, לפיה המנוחה סובלת מכאבים על רקע פסיכוסומטי, או מתסמונת המעי הרגיז, או ממחלה בדרכי המרה, או מכאבי ראש כתוצאה ממתח.

לשיטתו של פרופ' יודפת, כאשר פנתה המנוחה לד"ר זינגר, ביום 15.8.96 (כחודש לפני אשפוזה) היה אופי תלונותיה שונה: "הפעם המנוחה התלוננה על כאב בטן ממושט, קושי ביציאות עם ירידה מועטה בתיאבון, בנוסף התלוננה על כאבים במקומות שונים בגוף".

פרופ' יודפת מצא כי מדובר בשני תהליכים שונים:

"הראשון שהיה קשור בכאב ברום הבטן מימין היה כנראה על רקע תסמונת המעי הרגיז עם הופעה מאוחרת יותר של בקע סרעפתי שאיני בטוח אם היה בכלל סימפטומטי. הכאב שהופיע בתקופה האחרונה לפני האיבחון היה קשור בסרטן שמקורו בלתי ידוע ושלא נתן כל סימפטומים עד לתקופה האחרונה. אני מבסס הנחה זאת הן על האופי השונה של הכאבים שהתפתחו לפני האיבחון הסופי ועל התוצאות השליליות של בדיקות האולטרסאונד הרבות שביצעה המנוחה, שהתייחסו לכל אברי הבטן והיו תקינות. אין זה סביר שממצא של גידול בתוך חלל הבטן או נוזל לא היה מתגלה בבדיקת אולטרסאונד" (עמ' 4 לחוות הדעת).

ובהמשך:

"אופי הכאב, התקופה הארוכה שהוא נמשך, התלונות מידי פעם של קושי בבליעה, אי איבוד התיאבון במשך תקופה כל כך ארוכה ומשקל יציב פחות או יותר, אינם מעלים ולו בחשד קטן את האבחנה של סרטן המעי הגס או כל תהליך סרטני אחר בחלל הבטן" (שם).

אגב, באשר לדברי פרופ' יודפת בנוגע לממצאי בדיקות האולטרסאונד (שהיו תקינים) - ענין זה הודגש גם על ידי פרופ' קוטן בעדותו, כאשר ציין שבאפריל וביוני 1996 בוצע אולטרסאונד ולא היה כל רמז למימית, שנמצא עם אשפוזה המנוחה בבית החולים קפלן (עמ' 220 לפרוטוקול).

דא עקא, כי, כמפורט לעיל, בבדיקת אולטרסאונד בוצעה גם בסוף אוגוסט (!), סמוך מאוד לאשפוזה, וגם במהלכה לא נמצא דבר (מסמך קופ"ח מס' 202 מיום 21.8.96). פחות מחודש לאחר מכן כבר נמצאה מימית בבדיקות אולטרסאונד שביצעו בבית החולים (מסמכי קפלן מס' 61-60). לא הוברר האם יש אפשרות שתהליך זה החל רק לאחר הבדיקה מיום 21.8.96. מכל מקום, העובדה שמיימת לא התגלתה גם בסוף אוגוסט 1996 מחלישה את המסקנה שניתן היה לסמוך על בדיקה זו, כאמצעי לאיתור תהליך סרטני (כזכור, הגידול הראשוני עצמו גם לא נמצא בניחות, כך שאין לדבר על איתורו בבדיקת אולטרסאונד).

פרופ' יודפת נותר איתן בדעתו גם כאשר נחקר. מומחה זה אף חלק על עמיתו, פרופ' קוטן, באשר לצורך בביצוע קולונוסקופיה ביוני 1996, בציינו, כי הדבר אינו בהכרח בתחום מומחיותו של האונקולוג, המתחיל

לטפל לאחר איבחון, ומצוי יותר בתחום המומחיות של רופא המשפחה (עמ' 266 לפרוטוקול). לדעת פרופ' יודפת, אם אין "סיפור משפחתי" של סרטן המעי או תלונות על דם במערכת העיכול, אין מקום לשלוח לבדיקת קולונוסקופיה (שם, שם). פרופ' יודפת הדגישה שבמקרה דן הוא "פסקני" במסקנותיו (עמ' 237 לפרוטוקול).

14. ד"ר סטרינה הסבירה בתצהירה ובעדותה, שכאשר היתה לפני תלונה המתייחסת לבטן העליונה "אי אפשר לעשות בדיקות ללא סוף" וגם יש משמעות לעבר הרפואי הרחוק יותר (עמ' 290 לפרוטוקול). הרופאה הדגישה, כי לא נמצאו אצל המנוחה סימנים מחשידים לסרטן המעי הגס, כגון: עצירות, שלשולים, ירידה במשקל (עמ' 324 לפרוטוקול). גם ד"ר זינגר ציין כי רוב תלונותיה של המנוחה התמקדו בבטן העליונה. מנגד, אין לשכוח, כי ד"ר זינגר עצמו ציין, בעת שבדק את המנוחה לראשונה, כי מקור הכאבים אינו ברור לו (מסמך קופ"ח מס' 32).

15. בתגובה לחוות דעתו של פרופ' יודפת, ראו התובעים לנכון להגיש את חוות דעתו של ד"ר הדס, המומחה ברפואה דחופה.

חלק מרכזי בחוות דעתו של ד"ר הדס מוקדש לכך שלא ייתכן שבבדיקות האולטרסאונד שבוצעו בין החודשים אפריל-אוגוסט 1996 לא נמצא דבר, עד לאשפוז עצמו.

דא עקא, כי אין מדובר במומחה לפענוח בדיקות מהסוג האמור; והעיקר - ד"ר הדס כלל לא עיין בתצלומים, ולכן אין לקבל את הטענה האמורה, של פענוח לא נכון.

ד"ר הדס "מטיל ספק" בכנות אמונתם של רופאי המשפחה שהמנוחה היתה חולה, ולשיטתו, הפנייתה לבדיקה פסיכיאטרית מעידה על חוסר אמון זה.

המעט שניתן לומר על חוות דעתו ועל עדותו של ד"ר הדס הוא, שאין בהם כדי לתרום תרומה ממשית לבירור המחלוקות. ניתן להטיל ספק במשקל דבריו, כמי שעוסק מזה שנים רבות בניהול רפואי וכמי שאין לו מומחיות בשטחי הרפואה הרלבנטיים להליך דן. מחקירתו מצטיירת תמונה של רופא שרואה לנכון להביע דעה בתחומי רפואה שונים ומגוונים, גם כאשר נדרשת מומחיות ספציפית. הטלת הספק מצידו בפענוח או באיכות בדיקות האולטרסאונד נאמרה ללא ביסוס במסמכים (התצלומים) הנוגעים בדבר ולא נתמכה על ידי איש מהמומחים האחרים.

גם תקיפת ד"ר סטרינה על הפניית המנוחה לבדיקה פסיכיאטרית, הן על ידי ד"ר הדס והן על ידי באי-כוח התובעים, לא היתה במקומה, בלשון המעטה.

במקרה דן ההפניה לבדיקה הנ"ל לא באה במקום ביצוע בדיקות אחרות, אלא בנוסף לבדיקות אלה, מה גם שהמנוחה התלוננה על קשיים בשינה, על חוסר תיאבון ואובחנו אצלה סימני דיכאון (ראו האבחנה המבדלת שנעשתה עוד בסוף שנות השבעים). מדוע לשלול הצורך בבחינה פסיכיאטרית, כאשר אין בצידה התעלמות מהצורך בבדיקות נוספות?

כיום, בדיעבד, מובן רוגזו של התובע על כך שהרופאים חשדו שמקור בעיותיה של המנוחה הוא נפשי. אך בזמן אמת לא היה מקום לשלול חשד כזה.

בהקשר הנדון, לא למותר יהיה לציין כי מוטב היה לבאי-כוח התובעים שלא לנקוט בסיכומיהם לשון מתלהמת, תוך האשמת הרופאים ברשלנות פושעת ובכך שמנעו הצלת חייה של המנוחה. כפי שנראה בהמשך, ספק רב אם היה בכוחו של רופא כלשהו להציל את חיי המנוחה, גם אם מחלתה היתה מאובחנת בשלב קודם. גם אם אי הפניית המנוחה לבירור מצב המעי הגס היה מחדל בלתי סביר ורשלני, רופאי המשפחה לא התעלמו מתלונות המנוחה ושלחו אותה לשורה ארוכה של בדיקות, שוב ושוב. ההפניה לבירור המצב הנפשי אינה בלתי סבירה ומכיוון שלא באה במקומם של בירורים אחרים, אין לבוא בטרוניה על שנעשתה.

16. נפנה עתה לבחינת השאלה האם אכן התרשלו רופאי המשפחה בכך שלא הפנו את המנוחה לבדיקות שמטרתן בירור מצב המעי הגס. לטעמי, אין מדובר בשאלה פשוטה וההכרעה בה אינה קלה, אם כי מסקנתי היא, שהיה מקום שרופא סביר אכן יכלול, כאבחנה מبدלת, את האפשרות שהמנוחה סבלה מבעיות "בבטן התחתונה".

הלכה היא, שעל הרופא המטפל ליזום בדיקות ולא להתמקד אך בטיפול הקונקרטי. הוא צריך ליזום בדיקות, אם רק קיימות אינדיקציות המצביעות על הצורך לעשות כן:

"במסגרת תפקידו של הרופא המטפל בחוליו מוטלת עליו החובה לאבחן במסגרת נתוניו של כל מקרה את האבחנה הרפואית הנכונה ביחס לחולה בו הוא נדרש לטפל, עליו להחליט על הטיפול הנדרש, ועליו להשגיח כי טיפול כזה אכן ניתן לחולה. במסגרת חובת האבחון של המחלה אין רופא יוצא ידי חובתו רק על ידי כך שהוא מסיק את המסקנה הנכונה מן העובדות המובאות בפניו. מוטלת עליו אף החובה לגלות יוזמה ולברר את העובדות לאמיתן. חלק מכישורו של רופא סביר הוא לדעת לשאול לחקור ולברר בדבר קיומן או אי קיומן של תופעות מסוימות" (ע"פ 116/89 אנדל נ' מדינת ישראל, פ"ד מה(5), 276, בעמ' 289).

כך נפסק גם באשר לאפשרות קיומו של סיכון נדיר (ע"א 3264/96 קופ"ח כללית ואח' נ' פלד, פ"ד נב(4), 849).

לנוכח הלכה זו נבחן את עובדות המקרה הנדון, ואנמק את מסקנתי לפיה היה על הרופאים לערוך למנוחה בירור של המעי הגס.

א. אכן, למחלת סרטן המעי אין סימנים מובהקים, ודאי לא בשלביה הראשונים (עדות פרופ' קוטן בעמ' 193-194 לפרוטוקול). דווקא נתון זה צריך לעורר אצל רופא סביר, המטפל בחולה המתלונן על כאבי בטן, חשד לבעיה במעי הגס.

פרופ' קוטן עצמו ציין בעדותו, כי דווקא משום שבשלביה הראשונים של מחלת סרטן המעי הגס אין סימנים חיצוניים, מומלץ על עריכת קולונוסקופיה או בדיקת דם סמוי.

ב. אצל המנוחה אכן לא הופיעו כל הסימנים המובהקים המתלווים לקיומו של סרטן המעי הגס בשלביו המתקדמים, כפי שפירטה פרופ' פרץ: לא אובחנה ירידה במשקל (בחלק מהתקופה אף היתה עליה במשקל), לא אובחנה אנמיה והמנוחה לא סבלה מעצירות או שלשולים. לענין אחרון זה, של העצירות ממנה סבלה המנוחה סמוך לפני אישפוזו, נוצר בלבול מסוים, כאשר במסמכי בית החולים קפלן נרשם כאילו המנוחה סבלה מעצירות חודשיים או שלושה. במסמך קפלן מס' 63 (גליון קבלה למחלקת נשים) נרשם כי המנוחה סבלה מעצירות שלושה חודשיים. בסיכום המחלה (מסמך קפלן מס' 60) נרשם כי המנוחה סבלה מעצירות במשך חודשיים. מנגד, בגליון חדר מיון מיום 19.9.96 הוזכרה עצירות שנמשכה שבוע וחצי (מסמך קפלן מס' 204), ולראשונה נזכר "קושי ביציאות" ברישום שערך ד"ר זינגר ביום 15.8.96 (מסמך קופ"ח מס' 32). נמצא, שאין לפני ראייה ממשית כי בתקופה הרלבנטית, לגביה נטען שהיה צורך להפנות את המנוחה לבירור מצב המעי הגס, היו תלונות על עצירות. ואולם, דווקא מכיוון שלסרטן המעי הגס, בשלביה הראשונים, אין תופעות ספציפיות (כמפורט לעיל) לא היה מקום לשלול קטגורית את החשד האמור בשל העדר סימני עצירות, שלשול או ירידה במשקל.

ג. מסתבר, כי הברורים הנוגעים למעי נעשו זמן ארוך יחסית לפני תחילת הטיפול במנוחה על ידי הנתבעים 1 ו-2.

כפי שכבר צויין, אין ראיה על בדיקת חוקן בריום בשנת 1994, כשהבדיקה האחרונה היתה בשנת 1990. לגבי בדיקת דם סמוי בצואה, התברר, כמפורט לעיל, שמדובר בבדיקות מסוף שנות השבעים, כך שלא היה ראוי שהנתבעים יטענו כי בדיקות אלה בוצעו ונמצאו תקינות. טיעון כזה יש בו כדי להטעות.

התוצאה היא, כי בתקופה הרלבנטית, ואף סמוך לפניה, לא נעשה כל בירור של מצב המעי הגס.

ד. אינני מקבל את הטיעון לפיו ניתן היה להסתפק, במחצית הראשונה של שנת 1996, בממצא של קיום בקע סרעפתי. ראשית, כפי שכבר פורט, הן פרופ' פרץ והן פרופ' יודפת סברו שיש אפשרות סבירה שממצא זה כלל לא היה סימפטומטי, כך שלא ניתן היה לתלות בו את ההסבר לכאביה של המנוחה. שנית, כעובדה, לא פסקו הברורים עם גילוי ממצא זה והרופאים לא חדלו להפנות את המנוחה לבדיקות שונות, כאשר היא שבה ודיווחה על כאבים. במילים אחרות, עמדתו של פרופ' קוטן לפיה כאשר התגלה הבקע הסרעפתי היו "כולם מרוצים" אינה מתיישבת עם המהלכים העולים מהמסמכים הרפואיים. הבקע נמצא כבר באוקטובר 1995, וכפי שפורט לעיל בהרחבה, הרופאים המשיכו להפנות את המנוחה לבדיקות שונות ורבות.

נראה, כי טיעונם של הנתבעים בנושא הנ"ל הוא, במידה רבה, ניסיון שנעשה בדיעבד למקד את תשומת הלב לבקע הסרעפתי. ואולם, "בזמן אמת" אנו עדים לכך שהנתבעים לא חדלו מלברר את מקור התלונות גם לאחר שהתקבל הממצא האמור, כפי שאכן היו חייבים לעשות. דא עקא, שהבירור לא היה מקיף דיו.

ה. כפי שצויין, החובה המוטלת על הרופא היא ליזום בדיקות ולהעלות השערות, גם מעבר לנתונים הקונקרטיים עליהם הוא למד מפי החולה או מהחומר הרפואי שכבר קיים בידו. חובה זו קיימת גם באשר לאפשרות נדירה. והנה, האפשרות שמדובר בתהליך סרטני במעי הגס אינה אפשרות נדירה כל עיקר, בהתחשב במכלול נתוני המקרה דנן:

(1) המנוחה היתה על סף גיל 50. פרופ' קוטן העיד, כי, גם בהעדר "סיפור משפחתי" קודם של סרטן המעי, בגיל 50 צריך להתחיל בבדיקות המעי הגס - קולונוסקופיה ודם סמוי בצואה - בבחינת רפואה מונעת (עמ' 189 לפרוטוקול).

גם ד"ר סטרינה היתה מודעת למשמעות הגיל והמגמה לבצע בדיקות לגילוי סרטן המעי, גם בהעדר תלונות, החל מהגיל האמור (עמ' 321-320 לפרוטוקול).

(2) המנוחה היתה ממוצא אירופי, כאשר סרטן המעי הגס שכיח במיוחד אצל יוצאי אירופה (עדות פרופ' פרץ בעמ' 11 לפרוטוקול ועדות פרופ' קוטן בעמ' 189 לפרוטוקול).

(3) סרטן המעי הגס הוא סוג הסרטן השכיח ביותר מבין הגידולים בחלל הבטן והשני בשכיחותו מבין הגידולים הסרטניים אצל נשים, לאחר סרטן השד (עדות פרופ' קוטן בעמ' 188-189 לפרוטוקול).

ו. כאמור, מדובר בבדיקה המומלצת גם במסגרת רפואה מונעת. הקולונוסקופיה אינה בדיקה שיש קושי מיוחד לבצעה והיא גם אינה יקרה במיוחד (עדות פרופ' קוטן בעמ' 198 לפרוטוקול). אכן, ד"ר סטרינה ציינה, כי מדובר בבדיקה פולשנית, וניתן לאתר מקרים שהגיעו לבית המשפט בהם נגרם נזק כתוצאה מביצוע הבדיקה (ת"א (שלום-י-ם) 4687/97 קוטן נ' ד"ר גולן, דינים-שלום, כרך יז, 100; ת"א (שלום-י-ם) 18577/96 לונדון נ' קופת חולים כללית, דינים-שלום, כרך טז, 579).

ואולם, מדברי פרופ' קוטן עולה, כאמור, שאין בעיות מיוחדות בקשר לביצוע הבדיקה. מדובר, אם כן, בבדיקה מוכרת, שמבוצעת בדרך של שגרה גם לצורך מניעה ושאינה מעוררת קשיים מיוחדים. נתון זה מחזק עד למאוד את המסקנה לפיה היה על הרופאים המטפלים ליזום עריכת בדיקה זו, במיוחד שלא נעשתה בדיקת דם סמוי בצואה.

ז. אינני מוצא שהיה זה ראוי למקד את מלוא תשומת הלב "בבטן העליונה". ראשית, בלא מעט רישומים לא צויין במפורש כי מקור התלונות הוא ב"בטן העליונה", והתלונות הוגדרו ככאבי בטן "סתם" (לפירוט המסמכים בהם תוארו התלונות באופן האמור, ראו עמ' 17-19 לסיכומי התובעים). שנית, כפי שהסבירו המומחים, אין הפרדה מדויקת וברורה בין שני חלקי הבטן. עמד על כך פרופ' קוטן בעדותו, כאשר אישר שחלק מהמעיי הגס נמצא סמוך לקיבה ושאינו לשלול אפשרות של הקרנת כאבים שמקורם באזור אחר (עמ' 181-182 לפרוטוקול).

פרופ' קוטן גם אישר ש"קו החלוקה" בין שני חלקי הבטן אינו מדויק (עמ' 180 לפרוטוקול). זאת ועוד, ד"ר זינגר כותב במכתבו לד"ר ליס (העוסק ב"ניהול סיכונים" בקופ"ח), מכתב שנכתב בנובמבר 1996, כאשר התעורר אצל הנתבעים חשש מתביעה משפטית, כי "מקור הכאב היה לי לא ברור" (מוצג ת/4), וכך הוא גם רושם בכרטיס הטיפולים (מסמך קופ"ח מס' 32).

מכאן שההתמקדות רק באיזור הבטן העליונה, במיוחד לאחר שהבדיקות נמצאו תקינות, לא היתה במקומה ואינה מובנת. האמור כאן אינו ניצב לבדו, אלא הוא מתייחס למכלול הנתונים, כפי שפורט לעיל. במצב זה אין זה סביר לדבוק בתיאורי החולה לבדם, בהנחה שאכן תלונות המנוחה התמקדו באזור הבטן העליונה (הנחה שכלל אינה מבוססת לנוכח האמור), ולא לברר מצב הדברים ב"סביבה הקרובה", במיוחד שהיה צריך לעלות חשד לבעיה במעי הגס, בהתחשב בגיל המנוחה, במוצאה ובתלונותיה החוזרות על כאבי בטן "סתם".

טענת ד"ר סטרינה כאילו לא היה מקום לבצע "נון-סטופ בדיקות" אינה במקומה. הרי גם פרופ' קוטן אישר שבשלב כלשהו היה מקום לבצע קולונוסקופיה והמחלוקת עימו נוגעת אך להגדרת אותו שלב. מנגד טענת ב"כ הנתבעים 1 ו-2 היא שלאורך כל הדרך לא היה מקום לבצע בירור במעי הגס.

במהלכם של הנתבעים היה משום עצימת עיניים לאפשרות שבאיבר קרוב למקום התלונות מתרחש תהליך כלשהו, תהליך שיש לחשוש ממנו, בנתוני המנוחה, גם ללא סימנים קליניים מובהקים שיצביעו על קיומו.

ח. אינני סבור כי ההיסטוריה הרפואית של המנוחה, הכוללת תלונות שנמשכו כ-20 שנה, ובכללן תלונות על כאבי בטן, צריכה הייתה לשלול אצל הרופאים את הצורך בבירור מצב המעי הגס. כפי שעולה מהראיות, מחלת הסרטן עלולה להתפשט במהירות במעי, ועל כן בכל פעם מחדש (בגיל המתאים, במוצא המתאים וכו') יש מקום לקחת בחשבון אפשרות זו לפחות כאבחנה מبدלת, ולא להרפות מאבחנה זו עד שתישלל. לא הבנתי מדוע האפשרות שהמכאובים בבטן מקורם במצב עמוד השדרה היתה, לדעת הנתבעים, אפשרות סבירה יותר, שהצדיקה בדיקות חוזרות ונשנות, מאשר האפשרות שמקור הכאבים הוא במעי הגס.

ט. ד"ר סטרינה העידה, כי אין מקום לחשוד מיד במחלה הקשה ביותר האפשרית. גם אם יש ממש בדבריה, לא נאמר שהבירור נועד בהכרח לוודא קיומו של תהליך ממאיר, אלא שנדרש, במצב הדברים בו היתה נתונה המנוחה, בירור במעי הגס. כזכור, על פי הראיות, הבירור האחרון שנערך במעי הגס נעשה בשנת 1990 (חוקן בריים).

לנוכח משקלם המצטבר של הנתונים המפורטים לעיל, מסקנתי היא שהיה על הנתבעים להתייחס לאבחנה מובדלת של בעיה במעי הגס ולערוך את כל הבדיקות שנדרשו כדי לשלול אותה.

17. לא למותר יהיה להזכיר, כי בשאלת קיומה של רשלנות, שאלה שנחתכת על פי אמות מידה אובייקטיביות - נורמטיביות, נפסק כי:

"החובה המוטלת על פי דיני הרשלנות אינה לתוצאה אלא למאמץ... השאלה אשר דיני ההתרשלות באים להשיב עליה היא באילו אמצעים צריך לנקוט כדי להבטיח את שלומו של הניזוק. לענין זה יש להתחשב בהסתברות שהנזק יתרחש, בהוצאות הנדרשות כדי למנוע אותו, בחומרת הנזק, בערך החברתי של ההתנהגות שגרמה לנזק וכיוצא באלה שיקולים המבטאים את רעיון האשמה, והמבוססים על ההנחה שהאמצעים אשר המזיק צריך לנקוט בהם אינם חייבים להסיר את הסיכון, אלא אמצעים שסביר לנקוט בהם בנסיבות הענין" (ע"א 4025/91 צבי נ' ד"ר קרול, פ"ד (3) 784, בעמ' 790).

והנה, על פי אמות המידה הנורמטיביות הנ"ל, התשובה במקרה דנן ברורה. בהתחשב בחומרת הסיכון (חיי אדם) והאמצעים למניעתו (בדיקות שיגרתיות, מוכרות ופשוטות יחסית), כמו גם בהתחשב בכך שצריך היה לצפות את האפשרות שמקור התלונות באיבר שנמנה אף הוא על מערכת העיכול, המעי הגס, היה מוטל על הרופאים לנקוט באמצעי של בירור מצב המעי הגס.

עוד נפסק, בענין אחר, כי די שהמזיק יצפה, או שיהיה עליו לצפות, את סוג הנזק, על מנת לייחס לו אחריות לגרימתו, ולא נדרשת צפיות של התהליך המזיק הקונקרטי שהתפתח (דנ"א 7794/98 רביד משה ואח' נ' קליפורד ואח', פס"ד מיום 19.5.03). כידוע, הצפיות אינה מכוונת לחיזוי מלוא התהליך השלם והמדויק של התוצאה ודי בחיזוי האפשרות לגרימת התוצאה, כפועל יוצא של הסיכון (ע"א 576/81 שמעון נ' ברדה, פ"ד לח(3) 1, 8 - 9). מבחני הצפיות הם המבססים קיומו של קשר סיבתי משפטי, ולמעשה אין הם שונים במהותם מהמבחנים הנדרשים לשם גיבוש חובת זהירות.

כך גם בענייננו. לא אמרתי שהרופאים היו אמורים לצפות קיומו של תהליך סרטני בהכרח, אלא שהיתה עליהם החובה לצפות אפשרות שמקור התלונות במעי הגס, ולעשות לבירור. כאשר חולה מתלונן על כאבים בבטן ולא נמצא דבר בבדיקות בבטן העליונה, או שהממצא אינו יכול לשמש כהסבר מלא לכל התופעות הקליניות, פשיטא שיש להרחיב את הבירור לאיברים הקרובים והמועדים (ראה האמור לעיל על שכיחות המחלה).

18. מכאן לשאלה, האם קיים קשר סיבתי עובדתי בין התרשלות הנתבעים 1 ו- 2, או מי מהם, לבין הנזק, דהיינו מותה של המנוחה תוך מספר חודשים מאז אבחון המחלה.

במסגרת שאלה זו יש לבחון שתי סוגיות: האחת, האם ניתן היה לאבחן את סרטן המעי הגס אילו נערכה למנוחה בדיקת קולונוסקופיה או בירור אחר של המעי הגס; השנייה, האם ניתן היה לרפא את המנוחה אילו התגלתה המחלה כבר בתחילת 1996.

19. באשר לשאלה הראשונה מבין שתי השאלות הנ"ל, טענת פרופ' קוטן היתה, כי, בהתחשב באופיו ובסוגו של הסרטן שהתגלה לבסוף, קשה להניח שניתן היה לגלותו בבדיקה. פרופ' קוטן מסתמך על כך שגם לאחר פתיחת הבטן לא נמצא גידול ראשוני.

כפי שנאמר בעמ' 5 לחוות דעתו של פרופ' קוטן:

"ניתן לקבוע בבטחון, כי גם לו היתה מתבצעת הדמיה של המעי הגס במהלך השנה שקדמה לניתוח, היא לא היתה מגלה שאת [tumor] ראשונית במעי הגס, שכך אפילו בפתחת הבטן לא נמצאה עדות לקיומה של שאת שכזו. שאתות מסוג [אדנוקרצינומה] בדרגת בשלות גרועה עם תאים מטיפוס [חותם] ידועות במהלכן התוקפני ובנטייתן לפיזור גרורתי נרחב כבר בשלבים הראשוניים של התפתחותן. משום כך הגידול הראשוני אצל [המנוחה] ... היה קטן ובלתי ניתן לזיהוי על ע"י הדמיה או בהסתכלות ישירה בזמן פתיחת הבטן ...".

זאת ועוד, אין להניח כי הכאבים נגרמו כתוצאה מהגידול, שכן רק גידול בעל מימדים עלול לגרום לכאבים: "בדרך כלל כשזה כבר גורם לכאבי בטן אתה מדבר כבר על גידול שהוא כבר מתקדם, שהוא כבר גורם לבעיות של תת חסימה או לסימנים כאלה שגורמים לכאבים" (עמ' 193 לפרוטוקול). גידול בעל מאפיינים אלה לא נמצא כלל. בחוות דעתו מתייחס פרופ' קוטן לכך שידוע על מצבים בהם מאובחן אצל נשים סרטן שמקורו בגידול ראשוני של מערכת העיכול (וכן השחלה) רק כשהוא ממושט, בשלב מתקדם, מבלי שניתן להגדיר את הגידול הראשוני ומבלי שניתן לאבחן את המחלה אלא בשלב מתקדם שהמחלה ממושטת בחלל הבטן, מבלי שהמקור ידוע ומבלי שהתקיימו סימנים קליניים או מעבדתיים קודם לכן.

כלומר - על פי הטענה האמורה, בדיקת המעי לא היתה מגלה גידול, בשל העובדה שלא היה מדובר בגידול שהתפתח לגודל משמעותי, ולמרות זאת כבר שלח גרורות במהירות רבה.

אין לקבל טענה זו ולו מהטעם שקבעתי כי אי עריכת בדיקת המעי הגס היתה בגדר מחדל רשלני, ובמצב זה לא יוכלו הנתבעים "ליהנות" מעובדת מחדלם ולטעון כי אילו נערכה בדיקה, לא ניתן היה להגיע לכלל ממצא.

בענין זה ראו פסקי הדין שהובאו על ידי התובעים בסיכומיהם ואשר על פיהם ניתן להגיע למסקנה האמורה הן על פי כללי ה"נזק הראייתי" והן על פי כללי המניעות. בת"א (מחוזי - י-ם) 767/95 יוספוף נ' הסתדרות מדיציניית הדסה, פ"מ תש"ס(1) 529 (סעיף 22 לפסה"ד), נפסק על ידי כבי השופט גל כדלקמן:

"במאמר מוסגר יצויין כאן כי טענות הנתבעת בנושא דלעיל נסמכות באופן פרודכסלי על רשלנותה. אלמלא הרשלנות - כפי שנקבעה לעיל - היינו יודעים היום בבירור, האם היה ניתן למנוע את המחלה בטיפול המוצע, אם לאו. אכן בגישה האמורה מתקיים 'מעגל שוטה', אולם לעיתים זה טיבו של הנזק הראייתי, כאשר התנהגות המזיק היא זו המונעת מהניזוק את אפשרות ההוכחה ... נובע מן הנאמר, כי מתקיים גם מחסום מניעות כלפי הנתבעת, להשתק הנובע מהתנהגותה, בבחינת תוצאה אפשרית נוספת של דוקטרינת הנזק הראייתי".

כבי השופט צור הגיעה למסקנה דומה בת"א (מחוזי-י-ם) 776/94 עזבון ארטו נ' מלימקובה ואח', תקדין-מחוזי 97(2), 300, בו נדונה רשלנות שבאי-משלוח נגע שהוצא מגבו של החולה לבדיקה.

עוד ראו: ת"א (מחוזי - י-ם) 38/94 אליהו נ' רוזן, דינים-מחוזי, כרך לב(4) 362, בסעיף 24 לפסה"ד:

"... עדיין ניצבת לפנינו השאלה, מה הן האפשרויות גם אם היו ננקטים האמצעים האמורים או אם היו מוסברים לתובע כל הסיכונים ... אלא שכאן פועלת אי הידיעה, בבחינת 'מה היה קורה אילו', כנגד ההגנה, שהרי בהימנעות הנתבעים לאחוז באותם אמצעים, נשללה מהתובע ומאתנו הידיעה על מלוא הנתונים לאשורם. בכך הגדילו את מקדם אי הוודאות ועליהם לשאת בתוצאות הנגזרות מכך. ... שלילת המידע הנ"ל, החסר לנו כיום, הנה בבחינת 'נזק ראייתי', בהיבט הדיוני של דוקטרינה זו".

כך גם בענייננו. משלא בוצעו למנוחה הבדיקות שהתחייבו ממצבה וממכלול הנתונים הרלבנטיים, לא ישמעו הנתבעים בטענה, לפיה גם אילו היו מתבצעות הבדיקות לא ניתן היה לאתר את מחלת הסרטן, למעט, אולי, במקרים בהם תהיה בידי הנתבעים ראייה חד-משמעית שבכוחה להוליך למסקנה זו, מה שלא היה במקרה דנן.

בנוסף לאמור לעיל, ולענין זה משמעות לא מבוטלת, אישר פרופ' קוטן כי בדיקת קולונוסקופיה עדיפה, מבחינת אפשרות איתורו של גידול, על הבחינה החזותית שנעשתה בעת שהמנוחה נותחה (עמ' 209 ו- 213 לפרוטוקול).

20. השאלה הבאה היא, האם עקב התרשלות הנתבעים נגרם הנזק, הוא מות המנוחה. נקודת המוצא היא, כאמור, שאילו היתה נערכת בדיקה מתאימה ניתן היה לאתר את המחלה. גם הוכח שמות המנוחה נגרם כתוצאה ממחלת הסרטן.

בשלב זה יש להתייחס לטענת הנתבעים לפיה לא הוכח שמדובר בסרטן שמקורו הראשוני הוא במעי הגס. גם בענין זה ניתן להשיב לנתבעים את התשובה הנ"ל, לפיה במחדלם הם גרמו לחוסר הוודאות ולפיכך הם מנועים מלהעלות הטענה. ואולם, שמא הוכח בפועל כי לא היה זה סרטן המעי הגס? התשובה לכך, גם לשיטת המומחה מטעם הנתבעים, פרופ' קוטן, היא בשלילה. פרופ' קוטן העיד, כי למרות חשדם של רופאי בית החולים קפלן כי מדובר בסרטן שמקורו בשחלות, בדיעבד סביר להניח כי מקור המחלה במערכת העיכול (עמ' 206 לפרוטוקול), כשמערכת זו כוללת את הקיבה, הבלב והמעעי הגס. בדיקת הקיבה היתה תקינה ובדיקת C.T שללה בעיה בבלב. נמצא, שרק המעי הגס לא נבדק (עמ' 207 לפרוטוקול). גם בחוות דעתו מציין פרופ' קוטן, כי הגידול בו מדובר "היה ממוקם היכן שהוא במערכת העיכול (בקיבה, בבלב או במעי הגס)".

גם פרופ' פרץ עמדה על כך שהסבירות היא שמקור הסרטן במעי הגס, שכן נסיונות לביצוע חוקן בריום בבית החולים נתקלו בקשיים, מה שמעיד על בעיה במעי. בנוסף, המנוחה לא הגיבה לטיפול הכימותרפי, שנועד לטפל הן בסרטן שמקורו בשחלות והן בסרטן שמקורו במעי, ולפי נסיונה של פרופ' פרץ אם היה מדובר בסרטן השחלות, המנוחה היתה מגיבה לטיפול, מה שלא קרה (עמ' 57 לפרוטוקול). פרופ' פרץ הוסיפה, כי בבדיקה ההיסטולוגית לא נראה ממצא המתאים לסרטן השחלות ("מה שרואים מתחת למיקרוסקופ לא מתאים לסרטן שחלה", עמ' 58 לפרוטוקול).

לכך הסכים פרופ' קוטן - הן בנושא הבדיקה ההיסטולוגית והן בענין אי התגובה לטיפול הכימותרפי, שאינה אופיינית לסרטן השחלות (עמ' 195 לפרוטוקול).

המסקנה היא, שהוכח, ולו במאזן ההסתברויות, שהמנוחה אכן סבלה מסרטן המעי הגס. במצב זה מתקיים קשר סיבתי עובדתי בין המחדל הרשלני של אי בדיקת המעי לבין התוצאה - מות המנוחה, בכפוף לשאלה הבאה העומדת לדיון.

21. הסוגיה הבאה נוגעת לסיכויי הריפוי, ועניינה - האם גילוי מוקדם של הסרטן בבדיקת המעי הגס היה עשוי להביא להצלת חייה של המנוחה.

כמובן שאם יוכח שגם אלמלא ההתרשלות היה נגרם מותה של המנוחה במועד פטירתה, דין התביעה להדחות מחמת העדר קשר סיבתי בין ההתרשלות לבין הנזק.

במקרים בהם מוכח שאלמלא ההתרשלות היו לנפגע סיכויים מסוימים, גם אם לא מלאים, להחלים, יפוצה הניזוק על פי שיעור אובדן סיכויי החלמה: ע"א 231/84 קופת חולים נ' פאתח, פ"ד מב(3) 312, וראו הפסיקה שאימצה עקרון זה כמפורט בע"א 2509/98 גיל נ' קופת חולים, פ"ד נד(2), 38, בעמ' 46.

טענת הנתבעים בענייננו היא, שגם אם היתה נעשית אבחנה מוקדמת של סרטן המעי, לא היה ניתן להציל את חיי המנוחה.

לכך התייחס פרופ' קוטן בחוות דעתו ובהשלמת חוות הדעת מיום 28.11.00. בחוות הדעת נאמר, בלשון כללית, כי "בהתחשב באופייה התוקפני של הממאירות" ספק אם ניתן היה לרפא את המנוחה. בהשלמה לחוות הדעת נאמר, כי גם אם היה מאובחן הגידול 9 חודשים לפני האשפוז, ספק רב אם ניתן היה לרפא את המנוחה וזאת "בהתחשב באופייה האלים של הממאירות". פרופ' קוטן העריך את סיכוי הריפוי, במידה והיה מתגלה גידול ראשוני, בסדר גודל של פחות מ- 10-5 אחוזים. על פי טענה זו, מחדל הנתבעים הביא לאבדן סיכויי החלמה העומדים אך על השיעור הנמוך הנ"ל.

22. פרופ' תמר פרץ חולקת על גישת פרופ' קוטן, אך לא ראתה לנכון להגיב בכתב לחוות דעתו או להשלים את חוות דעתה, אשר בה קבעה, באופן גורף, כי סיכויי החלמה מסרטן המעי הגס הם "גבוהים", במידה שהמחלה מאובחנת במועד. בעת שהמחלה אובחנה אצל המנוחה כבר לא נותרו סיכויי ריפוי.

בחקירתה העידה פרופ' פרץ, כי בין 80% ל- 90% מכלל הלוקים בסרטן המעי הגס מאובחנים בשלב שעדיין ניתן לרפא את מחלתם, "למרות שרק 50% אחר כך מבריא, אבל מתים כעבור נגיז 5 או 8 שנים, אבל 80%-90% מאובחנים בשלב שאנחנו מגדירים אותו כניתן לריפוי" (עמ' 76 לפרוטוקול).

כאשר עומת פרופ' קוטן עם עדות זו, הסכים כי 75% מהחולים מאובחנים בשלב שניתן לריפוי, דהיינו - בשלב שעדיין ניתן לנתח, כשעדיין אין גרורות המועברות דרך מחזור הדם (עמ' 219 לפרוטוקול).

פרופ' קוטן תמך עמדתו, בדבר סיכוי הריפוי בהתחשב באופי הסרטן בו מדובר, גם בספרו של DeVita משנת 2001 (מהדורה שישית), לפיו הסרטן שאובחן אצל המנוחה הוא נדיר יחסית, בעל אופי תוקפני במיוחד, שב- 20% מהמקרים מתפתח ומתפשט בתוך דופן המעי, כך שלא ניתן לאתר בבדיקת קולונוסקופיה של החולה והסיכוי לשרוד 5 שנים הוא בין 0% לבין 36%, אך במרבית הדיווחים דובר על סיכוי לשרוד בערכים הנמוכים יותר. (העמוד הרלבנטי 1235) מהספר הנ"ל הוגש לבית המשפט ביום 13.6.01, לאחר עדותו של פרופ' קוטן ובהמשך לה).

23. מסקנתי היא, שיש לקבל את עמדת הנתבעים לפיה סיכויי החלמה של המנוחה, גם אילו התבצע גילוי מוקדם, היו נמוכים יחסית וודאי שאין לדבר על סיכויי החלמה מלאים. התובעים ערכו את חישובי הנזק על יסוד ההנחה שהמנוחה היתה מחלימה לחלוטין ותוחלת חייה היתה מלאה. לכך בוודאי שאין להסכים. הקושי המרכזי בקבלת עדותה של פרופ' פרץ בנדון נעוץ בכך שהיא כלל לא התייחסה, בהקשר הנדון, לעובדה שמדובר בסרטן "אלים במיוחד" (פרופ' פרץ אכן אישרה שאכן מדובר בסוג של סרטן "אלים" יחסית, עמ' 60 לפרוטוקול). דבריה של פרופ' פרץ בענין סיכויי הריפוי התייחסו לכלל הלוקים בסרטן המעי הגס, על סוגיו השונים.

מנגד, פרופ' קוטן הדגיש שוב ושוב, כשהוא תומך דבריו בספרות מקצועית, כי מדובר בגידול אלים במיוחד, שסיכויי החלמה ממנו נמוכים ביותר.

בנוסף, גם לשיטתה של פרופ' פרץ, שדיברה על כך ש- 80-90 אחוז מכלל החולים בסרטן המעי מאובחנים בשלב שניתן לריפוי (מבלי להתייחס לחולים בסוג הסרטן המסוים בו לקתה המנוחה), רק 50% מחלימים, כאשר "החלמה" פירושה הארכת תוחלת החיים ב- 5 או 8 שנים).

נמצא, שהנתונים הכלליים שהובאו על ידי פרופ' פרץ גם הם אינם תומכים בעמדה לפיה ניתן היה "להציל את חייה" של המנוחה (דהיינו - להביא לתוחלת חיים מלאה), והם, כאמור, אינם מתייחסים לסוג הסרטן בו לקתה.

מאידך, פרופ' קוטן מתייחס פעם אחר פעם לסוג הגידול האלים והקשה שאובחן אצל המנוחה. זה גידול שכבר בשלב הראשוני ביותר מתאפיין בפיזור בכל חלל הבטן (עמ' 210 לפרוטוקול), שמאופיין במהלך "סוער" (עמ' 220 לפרוטוקול) ושכולל "תאי חותם", השולח גרורות "מהר מאוד" דרך מחזור הדם (עמ' 221 לפרוטוקול). עמדה זו של פרופ' קוטן, הנתמכת, כאמור, בספרות, לא נשללה למעשה על ידי פרופ' פרץ, ויש

לאמצה. פרופ' פרץ מסכימה, למעשה, עם עמיתה שהואיל והיה מדובר בסרטן שכלל "תאי טבעת חותם" והואיל והוא אופייני בהתמיינות נמוכה (poorly differentiated) - שזו דרגת האלימות הגבוהה ביותר - מדובר בכך שהסרטן "יחסית אליים" (עמ' 60 לפרוטוקול).

24. ניתן לקבוע, על יסוד האמור לעיל, כי התרשלות הנתבעים גרמה למנוחה נזק ששיעורו אבדן סיכויי החלמה העומדים על כ-10 אחוז לשרוד עוד כחמש שנים. במילים אחרות, לשיטת פרופ' קוטן, גילוי מוקדם של הסרטן היה יכול להביא להארכת חייה של המנוחה בכשישה חודשים (10% מ-60 חודש).

אם נתחשב בכך שנתוני פרופ' קוטן, בהסתמך על הספרות המקצועית, מבוססים על העבר, וכי התקדמות הרפואה היתה יכולה להאריך עוד את חייה של המנוחה, הרי, על פי אומדן, ובהנחות הנוחות לתובעים, לא ניתן לדבר על הארכת חיי המנוחה מעבר לתקופה של שנה-שנתיים לכל היותר. כזכור, פרופ' פרץ, שלא התייחסה לסוג הסרטן הספציפי בו לקתה המנוחה, שיש לו מאפיינים קשים במיוחד ואלימים, דיברה על 50% מהחולים ששורדים עד 5-8 שנים. גם לשיטתה, אם כך, אין מדובר בסיכויי החלמה מלאים. יודגש, כי בענין דגן הובאו לפני ראיות לפיהן אופי המחלה הספציפית בה לקתה המנוחה הוא כזה, שאבחון מוקדם לא היה בכוחו להציל את חייה, אלא להאריך את תקופת מה.

עקב כך לא יכולים התובעים לטעון כי הנתבעים מנועים מלטעון, בשל רשלנותם, שלא היה ניתן להציל את המנוחה. כאשר המחדל הרשלני יוצר מצב לפיו לא ניתן להעריך את סיכויי החלמה יתכן שפני הדברים שונים, והניזוק רשאי לטעון שיש לפצותו על אבדן תוחלת החיים המלאה. במקרה דגן שונים פני הדברים, לאחר שהתאים הסרטניים שנמצאו היו מהסוג האלים המתואר לעיל ולנוכח הראיות בדבר סיכויי הריפוי של מי שלקו במחלה זו. התרשלות הנתבעים לא גרמה למחלה ולא החמירה אותה וכל כולה נעוצה באפשרות לאבחן את המחלה בשלב מוקדם יותר. כאמור, גם אילו היה נעשה אבחון כזה סיכויי המנוחה לשרוד היו נמוכים ביותר, אם כי לא ניתן לשלם לחלוטין.

עם זאת, בהתחשב בכך שד"ר זינגר החל לטפל במנוחה כחודש לפני אשפוזה בבית החולים קפלן, ניתן לקבוע, כי סביר שבשלב זה, אבחון מוקדם יותר של המחלה לא היה משנה את מצב הדברים, בהתחשב באופי התהליך הסרטני שתקף את המנוחה. לפיכך, בכל הנוגע לד"ר זינגר, אינני סבור שהוכח קיומו של קשר סיבתי עובדתי בין מחדליו הרשלניים לבין פטירתה המוקדמת של המנוחה, ולכן דין התביעה כנגדו להידחות.

25. לצורך חישוב הפיצויים, כפי שיפורט להלן, אינני סבור כי יש הכרח לקבוע **במדויק** מהו משך הזמן שהמנוחה היתה יכולה להוסיף ולחיות אילו אובחנה מחלתה בתחילת 1996, אך מדובר על פרק זמן של כשנה עד שנתיים. כפי שיפורט, ראש הנזק העיקרי, "שיבלע" את רוב ראשי הנזק האחרים, הוא הנזק הלא ממוני ולעניינו, כרכיב המבוסס על אומדן ושיקול דעת שיפוטי, אין צורך לקבוע ממצא מדויק בשאלה הנ"ל.

לנוכח מסקנתי הנ"ל, הפיצוי לו זכאים התובעים, בין כיורשים ובין כתלויים, אמור לשקף את העובדה שחיי המנוחה התקצרו בכשנה-שנתיים. המנוחה לקתה במחלה ממאירה, שעל פי עדויות המומחים היא כמעט חשוכת מרפא וכל שניתן היה הוא להאריך את תוחלת החיים לפרק הזמן האמור. אין להמעט מחשיבותו של כל יום וחיי אדם. אין לזלזל במשמעות העמוקה שיש להארכת תוחלת החיים, גם של חולה קשה, ולו למספר חודשים, הן עבורו והן עבור בני משפחתו, במיוחד עבור בנה הקטין של המנוחה שאיבד את אימו סמוך לפני שמלאו לו 13 שנה ולפני שחגג את חגיגת בר המצווה שלו. מדובר בפרק זמן שיש לו איכויות מיוחדות, וקביעת הפיצוי הלא ממוני עבור שלילת האפשרות להוסיף ולחיות במהלך אותו פרק זמן אינה יכולה להגזר, בדרך אריתמטית (כפי שהציעו הנתבעים) מהסכומים הנפסקים בגין קיצור תוחלת חיים לשנים ארוכות. במצב כזה יש מקום לפסוק לתובעים סכום משמעותי בגין נזק לא ממוני, אם

כי אין להתעלם מקביעתי שהתרשלות הנתבעים גרמה לקיצור חייה של המנוחה בתקופה של כשנה עד שנתיים.

יש גם לקחת בחשבון, לענין הנזק שאינו של ממוון, את העובדה שהמחלה התגלתה בשלב כה מתקדם עד שחודשי חייה האחרונים של המנוחה היו קשים במיוחד, הן עבורה והן עבור בני משפחתה, הן במובן הנפשי והן במובן הפיסי, כמו גם את גילה הצעיר יחסית של המנוחה במותה.

מאידך, אינני סבור שיש מקום לחייב את הנתבעים בפיצויים עונשיים. עתירת התובעים בנדון התבססה בין היתר על הנחתם, שאינני מקבל, לפיה ניתן היה, אלמלא ההתרשלות, להציל את חיי המנוחה. בנוסף, אין לי אלא להפנות לפסק דינו של כב' השופט גל בת"א (מחוזי - י-ם) 1549/96 לוי נ' הסתדרות מדיצינינת הדסה, דינים-מחוזי, כרך לב(1) 622, ולהצטרף, בכל הכבוד, לאמור שם לענין פיצויים עונשיים בתביעות רשלנות.

26. בהתחשב בנתוני השכר של המנוחה (לפי תלושי השכר שכרה החודשי עמד על כ- 2,300 ש"ח) ושל התובע (שאמנם הצהיר על הכנסה בסכום של כ- 7,500 ש"ח, אך בפועל הציג שני תלושי שכר בלבד על סכומים נמוכים יותר), בהתחשב בתגמולי המוסד לביטוח לאומי שקיבלו התובעים עקב פטירת המנוחה ובהתחשב בקביעה לפיה הנזק שגרם התבטא בקיצור תוחלת חייה של המנוחה בשנה-שנתיים (כאשר גם אם היתה נותרת בחיים תקופה זו היה מדובר באשה חולה שכושר השתכרותה נפגע), הפיצוי המגיע לתלויים בגין הנזק הממוני נופל מהפיצוי שבדעתי לפסוק לתובעים כיורשים בגין הנזק הלא ממוני.

ההלכה היא שאין לפסוק אלא את הסכום הגבוה יותר, ובמצב זה אינני סבור שיש טעם בחישוב מפורט של הנזק הממוני.

אך מובן הוא, שבמצב זה אין מקום לנכות מהפיצוי את סך כל גימלאות המל"ל שהתובעים קיבלו ויקבלו לאורך השנים, והניכוי צריך להתייחס אך לפרק הזמן שבו היתה המנוחה עשויה להוסיף ולחיות. בהתחשב בכך, הפיצוי צריך להיות גלובלי, תוך מתן משקל לעובדה שבאותה תקופה זכו התובעים לגימלאות בסכום של כמה אלפי שקלים.

בהתחשב באמור לעיל, יהיה זה נכון לפסוק פיצוי בגין נזק לא ממוני הנובע מקיצור תוחלת החיים ואובדן הנאות בסך 175,000 ש"ח להיום, כולל ריבית מיום הפטירה.

27. באשר לפיצוי ליורשים בגין כאב וסבל בחייה של המנוחה - כאמור, לא התרשלות הנתבעים היא שגרמה למחלתה הקשה של המנוחה, וכפי שקבעתי, גם אבחון מוקדם יותר לא היה יכול להביא להצלת חייה במלוא מובן המילה.

עם זאת, אין להתעלם מההלם הנובע מאבחון המחלה הקשה בשלב כה מתקדם, מה שהצריך ניתוח קשה וטיפולים אינטנסיביים, אם כי אין לפני ראיות מהן עולה שהטיפול היה קשה יותר עקב הגילוי המאוחר של המחלה.

בכל מקרה, ניתן להניח שבמשך חמשת החודשים, מאז האבחון ועד לפטירה, היתה המנוחה שרויה במצוקה קשה. האינטנסיביות של האירועים, האשפוזים החוזרים מאז הניתוח והטיפולים, היו, כך ניתן להניח, קשים במיוחד וחמורים יותר מהסבל (שגם הוא אינו מבוטל) שהיתה המנוחה חווה אילו המהלך היה יותר הדרגתי ופחות דרמטי.

בנסיבות אלה אני סבור שיש לקבוע פיצוי בראש הנזק האמור בסך 30,000 ש"ח להיום, כולל ריבית מיום הפטירה.

28. התובע עותר לפיצוי בגין הפסד שכרו בתקופות מחלתה הקשה של המנוחה. כאמור, נתוני השכר של התובע מאוד חלקיים וטענתו לשכר בסכום של 7,500 ש"ח לחודש לא נתמכה במסמכים.

בנוסף, ניתן להניח שללא קשר לאיחור באבחון, הרי משלקתה המנוחה במחלת הסרטן, מהסוג הקשה והאלים כמתואר לעיל, היה התובע נצרך לסעוד אותה בכל מקרה.

כפי שפורט בסעיף 27 לעיל, בשל האינטנסיביות המיוחדת של הטיפולים שנגרמה כתוצאה מהאיחור באבחון, נראה כי גם התובע נקלע למצוקה מיוחדת וניתן להניח שאכן לא היה מסוגל לתפקד והקדיש את מלוא זמנו לטיפולים במנוחה. כך גם העיד התובע עצמו. בנסיבות אלה יהיה נכון לאמוד את הפיצוי בראש נזק זה ולהעמידו על 15,000 ש"ח בתוספת הפרשי הצמדה וריבית מיום הפטירה.

29. יש מקום לפסוק לעזבון פיצוי בגין הוצאות ביטול מסיבת הבר מצווה של הן, על פי אומדן ולנוכח הסכום הזהה הנקוב בסיכומי הצדדים, בסך 5,000 ש"ח בתוספת הפרשי ריבית והצמדה מיום הפטירה.

30. הנתבעים הסכימו לשאת בהוצאות קבורה ומצבה בסך 5,000 ש"ח ולפיכך ייפסק סכום זה.

31. לא הוכח שהתובע 4 הוציא הוצאות בגין טיפולים ושיעורים פרטיים שלהם נזקק עקב הפטירה.

32. לסיכום, התביעה נגד הנתבע מס' 1 נדחית, והנתבעים 2-4 יפצו את התובעים כמפורט להלן:

א. סך של 175,000 ש"ח להיום (סעיף 26 דלעיל).

ב. סך של 30,000 ש"ח להיום (סעיף 27 דלעיל).

ג. סך של 15,000 ש"ח בתוספת הפרשי הצמדה וריבית מיום 16.2.97 (סעיף 28 דלעיל).

ד. סך של 5,000 ש"ח בתוספת הפרשי הצמדה וריבית מיום 16.2.97 (סעיף 29 דלעיל).

ה. סך של 5,000 ש"ח בתוספת הפרשי הצמדה וריבית מיום 16.2.97 (סעיף 30 דלעיל).

33. כמו כן יישאו הנתבעים בהוצאות התובעים, למעט השלמת האגרה שבה יחויבו התובעים, אם יחויבו, מכח הוראת תקנה 6(ג) לתקנות בית משפט (אגרות), תשמ"ח-1987. הנתבעים יישאו, בנוסף, בשכ"ט עו"ד של התובעים בשיעור 20% מכלל הפיצוי המפורט בסעיף 32 דלעיל, ובתוספת מע"מ.

המזכירות תמציא העתק פסק הדין לב"כ הצדדים, לאחר שקודם תודיעם טלפונית דבר מתן פסק הדין.

ניתן היום, כ"ח באב, תשס"ג (26 באוגוסט 2003), בהעדר הצדדים.

צבי זילברטל, שופט

נוסח מסמך זה כפוף לשינויי ניסוח ועריכה