

## בית המשפט המחוזי בירושלים לפני כבוד השופט רפאל יעקובי

30 ביולי 2014

ת"א 5882-02-11

**התובעת:** שרה כהן  
ע"י ב"כ עוה"ד אורי גלבע, רוית אטש-חיימוב

נגד

**הנתבעת:** הסתדרות מדיצינית הדסה  
ע"י ב"כ עו"ד יעקב עוזיאל

נגד

**הצד השלישי:** שירותי בריאות כללית  
ע"י ב"כ עו"ד תמר דאר-ברנץ

חקיקה שאוזכרה:

[פקודת הנזיקין \[נוסח חדש\]: סע' 35](#)

[חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, תשל"ה-1975](#)

מיני-רציו:

\* בית המשפט קבע כי נפלו כשלים חמורים בטיפול בתובעת בבית החולים, אשר הביאו למצבה הקשה של התובעת, וכי אין לייחס לתובעת "אשם תורם" או הימנעות מהקטנת הנזק ואין לחייב בשיפוי את קופת החולים שהפנתה את התובעת לטיפול.

\* נזיקין – רשלנות – רשלנות רפואית

\* נזיקין – קשר סיבתי – ניתוק

תביעת רשלנות רפואית המייחסת לבית החולים שורת רשלנויות שהביאה את התובעת למצב שבו היא נזקקת לדיאליזה, אינה שולטת על הסוגרים ותלויה לחלוטין בזולת. בית החולים הגיש הודעת צד ג' נגד קופת החולים שהפנתה אליו את התובעת.

בית המשפט המחוזי קיבל את התביעה ופסק:

השתלשלות העניינים מצביעה על כשלים חמורים של הדסה בטיפול בתובעת ועל כך שכשלים אלה הם שהביאו בסופו של דבר למצב הצמית והקשה שאליו הגיעה התובעת. במכלול הנתונים אין מקום לייחס לתובעת "אשם תורם" או הימנעות מהקטנת הנזק. ככל שהייתה טעות או מחדל אצל הצד השלישי, קופת החולים, הרי שההתנהלות המאוחרת יותר בהדסה, אשר לקתה בכשלים כה חמורים, מנתקת את הקשר הסיבתי בין התנהלות קופ"ח לנזקי התובעת. לפיכך יש לחייב את הדסה לפצות את התובעת עבור נזקיה, בסכום כולל של 1,862,000 ₪, לאחר ניכויים.

## פסק דין

### א. התביעה וההליכים שהביאונו עד הלום

1. עניינו של פסק דין זה בתביעת נזיקין שעילתה רשלנות רפואית ובהודעה לצד שלישי שהוגשה בעקבותיה.
  2. התובעת היא ילידת שנת 1937. בתביעתה היא מתייחסת לתקופה שמראשית שנת 2004 ואילך, שאז הייתה כבת 67 שנים והופנתה אל בית החולים של הנתבעת (להלן: הדסה) בעקבות בעיות הקשורות במתן שתן ובמערכת הגניקולוגית. במועד פסק הדין התובעת כבת 77 שנים.
  3. לטענת התובעת, שורת רשלנויות בהדסה הביאה אותה למצב שבו היא נזקקת לדיאליזה, אינה שולטת על הסוגרים ותלויה לחלוטין בזולת.
  4. בכתב הגנתה כופרת הדסה בטענות התובעת וטוענת כי לא התרשלה כלפיה כלל וכי, מכל מקום, אין לייחס לה את האחריות למצבה הנוכחי של התובעת.
  5. בהודעה לצד שלישי שהגישה הדסה נגד שירותי בריאות כללית היא טוענת כי אם בכל זאת יוטל עליה חיוב כלפי התובעת, הרי שיש לחייב את הצד השלישי לשפות אותה בקשר לכך. זאת משום שרופא בקהילה (שהוא "רופא קופת חולים", להבדיל מ"רופא בית חולים") מטעם הצד השלישי הוא שהפנה את התובעת לניתוח שהחל לגלגל את כדור השלג אשר הביא למצב הנוכחי של התובעת.
  6. הצד השלישי מצטרף בכתב הגנתו לכל טענות הדסה שיש בהן להדוף את התביעה. הוא מוסיף וטוען כי אינו נושא באחריות לנזקים שנגרמו עקב ההתנהלות של רופאי הדסה (בהחלטה על ביצוע הניתוח, בביצועו, במעקב שאחריו ובכלל) וכי, מכל מקום, אין קשר סיבתי בין התנהלות מי שפעל מטעמו לבין נזקי התובעת.
  7. לאחר שנסיונות להביא את הצדדים לפשרה לא נשאו פרי, לא היה מנוס משמיעת ראיות וסיכומים (תוך שגם בשלבים אלה נעשו מאמצים שתכליתם פשרה, אך גם הם העלו חרס).
  8. הראיות שהוגשו הן אלה:
- התובעת נסמכת על חוות דעת רפואיות של האורולוג ד"ר יוסף אברבנאל (חוות דעת וחוות דעת משלימה) ושל מומחה השיקום פרופ' אברהם עורי. בנוסף לכך הגישה

תצהירי עדות ראשית שלה, של בתה פרח שריקר (תצהיר ותצהיר משלים) ותצהיר נוסף של אחת ממטפלותיה, אשר עליו נאלצה לוותר בשל כך שהמטפלת עזבה את הארץ.

הדסה מסתמכת על חוות דעת רפואיות של האורולוג ד"ר שמואל ציטרון, של האורוגניקולוג ד"ר מנחם אלקלעי ושל הגריאטר ד"ר אליהו מזרחי. בנוסף לכך הגישה תצהירי עדות ראשית של הרופאים הבאים: פרופ' סטיוארט סטנטון, ד"ר עמנואל פרסיץ, ד"ר אבי בן שושן וד"ר אסף בן מאיר. שלושת האחרונים הם רופאים עובדי הדסה. הראשון הוא רופא אנגלי בעל שם עולמי המגיע מפעם לפעם לבצע ניתוחים בהדסה בשיתוף רופאים שלה. כל הארבעה היו מעורבים במה שקשור בתביעה דנן.

הצד השלישי לא הגיש חוות דעת רפואית. מטעמו הוגש תצהיר עדות ראשית של ד"ר שלמה שמעונוביץ, שהוא הרופא בקהילה שהפנה את התובעת לניתוח בהדסה (כנ"ל בסעיף 5) וגם בדק את התובעת במרפאתו בשלב שלאחר הניתוח הנ"ל.

9. בדיוני הוכחות (שהתקיימו ב-7.10.13, ב-13.10.13, ב-17.10.13, ב-24.10.13, ב-6.11.13 וב-3.4.14) נחקרו העדים שפורטו לעיל ונשמעו סיכומים מפי באי כח הצדדים.

10. כאן המקום לציין כי דיוני ההוכחות התקיימו במתווה השמיעה הרצופה הנוהג בבית המשפט המחוזי בירושלים. מתווה זה מסביר את הרצף שבחמשת דיוני ההוכחות הראשונים. בהמשך לכך, בעיקר בשל בקשת הדסה להקפאת הליכים (פ"ק 14554-02-14), [פורסם בבנו] לא ניתן היה להתקדם בהליך דנן במהלך פרק זמן מסוים. מצב עניינים זה גם יצר צורך בהשלמה לראיות התובעת (בשל חלוף הזמן) ולכן התקיים הדיון האחרון רק ב-3.4.14 ובמסגרתו נחקרה בתה של התובעת על תצהיר משלים ונשמעו הסיכומים.

11. לאחר שנשלם כל המפורט לעיל, הגיעה שעת ההכרעה.

### **ב. תוצאה סופית בקליפת אגוז**

12. לאחר שקילת המכלול, הגעתי לתוצאה הבאה:

- א. יש לקבוע כי הדסה עוולה כלפי התובעת וכפועל יוצא מכך קמה חבות שלה לפצות את התובעת.
- ב. אין לגרוע מן הפיצויים העשויים להגיע לתובעת בשל אשם תורם שלה או הימנעות שלה מהקטנת נזקיה.
- ג. יש לדחות את ההודעה לצ"ג.

13. אסביר להלן כיצד הגעתי לתוצאה זו.

### ג. מבנה המשכו של פסק הדין והקדמת אחרית לראשית

14. בתחילה אקבע ממצאים עובדתיים לגבי השתלשלות העניינים הרלבנטית למה שטעון הכרעה. לאחר מכן אבחן האם התנהלות גורמי הדסה מהווה "התרשלות" (כמשמעה [בסעיף 35 לפקודת הנזיקין](#)). בהמשך לכך אבדוק אם אותה התרשלות הסבה נזקים לתובעת, דהיינו: אם קיים קשר סיבתי בין ההתרשלות לבין מצבה הקשה של התובעת או חלקן. בעקבות אלה אתייחס לשאלה אם במכלול הנסיבות יש לייחס לתובעת אשם תורם או הימנעות מהקטנת הנזקים שיש בהם לגרוע מן הפיצויים שהיא עשויה להיות זכאית להם. עם סיום הדיון בשאלת האחריות במה שנוגע לתביעה עצמה, אפנה להודעה לצד שלישי ולשאלה האם יש לחייב את הצד השלישי בשיפוי הדסה. לאחר כל העניינים האמורים אגיע לשאלת הנזקים ולפיצויים הנגזרים מהם. אחתום במספר הערות קצרות ובסיכום שיכלול הוראות אופרטיביות שונות.

15. אקדים ואציין כי מסקנותיי הן אלה:

במה שנוגע לתביעה אני סבור שבמקרה דן היו התרשלויות מרובות של גורמים שונים בהדסה כלפי התובעת, כי ההתרשלויות הביאו את התובעת למצב הקשה שבו היא מצויה (כך שמתקיים הקשר הסיבתי הנדרש) וכי אין לייחס לתובעת אשם תורם או הימנעות מהקטנת הנזק שיש בהם לגרוע מן הפיצויים המגיעים לה. במה שקשור להודעה לצ"ג אני סבור כי ברור מלכתחילה כי לכל היותר היה עלול לבוא חיובו בשיפוי חלקי של הדסה, שכן לגבי רוב העניינים ברי כי אינו נושא באחריות. עם זאת, בחינת המכלול מעלה כי אין מקום לחיובו בשיפוי כלשהו. זאת משום שגם אילו הייתה מצידו "התרשלות", הרי שמכל מקום, לנוכח התהליך שאמור ושהיה צפוי להתרחש לאחר הפנייתו את התובעת להדסה, אין קשר סיבתי בין התנהלותו לבין הנזקים שבגינם הוגשה התביעה דן.

### ד. ממצאים עובדתיים

16. מתוך מכלול חומר הראיות עולה כי, ככלל, השתלשלות העניינים אינה שנויה במחלוקת וכי הצדדים חלוקים לגבי מה שיש לגזור ממנה. אפתח אפוא בתיאור ההשתלשלות באורח כרונולוגי.

17. התובעת סבלה מבעיות הקשורות במתן שתן ובמערכת הגניקולוגית.

18. התובעת פנתה למרפאתו של ד"ר שמעונוביץ הנ"ל.  
ב-2.12.03 ביצעה אחות במרפאה זו לתובעת בדיקה אורודינמית, אשר אין מחלוקת כי לא בוצעה כראוי וכי ממנה כשלעצמה לא ניתן היה להסיק מסקנות לגבי מצב התובעת ומה הטיפול שהיה דרוש לה.
19. ב-10.12.13 שבה התובעת למרפאה זו.  
על יסוד התמונה בכללותה (ובין היתר, דליפת שתן מעורבת שנגרמה כתוצאה מחוסר יציבות של שריר הדטרוזור (שריר דופן השלפוחית) או D.I. ודליפת שתן במאמץ) הפנה אותה הרופא הנ"ל לניתוח לתיקון דפנות הנרתיק וצניחת כיפת הנרתיק וכן ניתוח T.V.T. (להלן: ניתוח סרט) שעניינו בתיקון ליקוי של דליפת שתן במאמץ באמצעות קשירת שלפוחית השתן.
20. התובעת הגיעה למחלקה הגניקולוגית של בית החולים ב-19.1.04 ונבדקה ע"י ד"ר פרסיץ, שהוא גניקולוג במומחיותו. ד"ר פרסיץ אבחן עניינים שנוגעים לנרתיק ולצניחה ולדליפת שתן במאמץ (מסמכים 3 ו-15 למסמכי הנתבעת). לאחר ד"ר פרסיץ נבדקה התובעת ע"י ד"ר תורגימן, שהייתה מתמחה במחלקה. ד"ר תורגימן ציינה, בין היתר, דליפת שתן בלילה, אוברפלו ודליפת שתן במאמץ ושלא במאמץ במשך היום (ראו גם ע' 92 לפרוטוקול עדותו של ד"ר פרסיץ).
21. לא ברור מי בהדסה החליט כי התובעת תנותח ומה יהיה טיבו המדויק של הניתוח (ראו בעניין זה גם עדותו של ד"ר פרסיץ, שאף הוא לא ידע זאת – פרוטוקול, ע' 90, ש' 13). מה שברור הוא כי אין תיעוד וגם לא ראיה אחרת לכך שהתקיים דיון של הצוות הרפואי בקשר לכך ובהמשך להפנייה של ד"ר שמעונוביץ. ד"ר פרסיץ מייחס את ההחלטה על הניתוח לפרופ' סטנטון (פרוטוקול, ע' 91, ש' 20) ולגבי האחרון יש לציין כי ראה את התובעת לראשונה ביום הניתוח (5.2.04).
22. לתובעת לא נערכה בהדסה בדיקה אורודינמית, אף שהבדיקה היחידה מסוג זה שנערכה לה לא בוצעה כראוי (כנ"ל בסעיף 18).
23. בתיעוד הרפואי גם אין התייחסות כלשהי (לחיוב או לשלילה) למה שציינה ד"ר תורגימן (כנ"ל בסעיף 20).
24. כאמור, לצורך ההחלטה לבצע את הניתוח לא נבדקה התובעת ע"י פרופ' סטנטון. הוא ציין כי הגיע לניתוח מחו"ל מתוך שסמך על כך שהצוות הרפואי הישראלי ערך

- את כל הבדיקות הראויות בקשר לניתוח שעל הפרק וכי ראה את התובעת לראשונה ב-5.2.04 (פרוטוקול עדותו, ע' 200, ש' 12 ו-16; בהמשך לכך ובכלל, הרישום של ד"ר צפריר מהדסה כאילו פרופ' סטנטון בדק את התובעת ב-3.2.04, הסותר דברים אלה, אינו יכול להתקבל ובמיוחד כשד"ר צפריר לא זומן לעדות).
25. יש לציין כי ערב הניתוח התברר לראשונה כי יש לתובעת נטייה לסוכרת. גם המומחה ד"ר ציטרון מסכים כי נתון זה מגדיל את הרגישות ואת הסיכון לזיהומים. בכל זאת לא נדחה הניתוח לצורך ייצוב מצבה של התובעת בהקשר זה והניתוח בוצע בהתאם לתכנית המקרית.
26. ביום 5.2.04 נותחה התובעת לראשונה בניתוח סרט ובניתוח לתיקון צניחת דפנות הנרתיק וכיפת הנרתיק. בניתוח זה נעשה שימוש בשתל אשר מקורו בחזיר, שאותו הביא פרופ' סטנטון מחו"ל ואין מחלוקת כי כלל לא עמדה על הפרק מראש האפשרות שיעשה שימוש בשתל כזה (אלא רק אפשרות של שימוש בשתל סינטטי המכונה "מש" או בשתל מאדם מת) וכי לא נבדק כלל האם השתל שהובא עומד בדרישות משרד הבריאות כדי שניתן יהיה להשתמש בו בניתוח הנדון.
27. התובעת שוחררה מבית החולים ב-12.2.04. בדרך כלל משתחררים לאחר ניתוח כזה כעבור יומיים-שלושה מעריכתו, אלא שהתובעת דגן נשארה באשפוז 7 ימים לאחר הניתוח בשל כך שהיו לה שאריות שתן גדולות (עד 900 מ"ל). למרות זאת ועל אף שגם באותו יום בבדיקת C.T. נמצאה אצלה שארית שתן גדולה של 505 מ"ל, שוחררה התובעת במועד שבו שוחררה. היה זה בעקבות בדיקת צנתר אין-אאוט (פנים-חוץ) שהביאה לכך שד"ר בן מאיר סבר כי ניתן לשחררה מאחר ומצא כמות שתן נמוכה מהמינימום.
- בנוסף למה שצוין לגבי מועד השחרור, התובעת שוחררה ללא צנתר (קטטר) ונאמר לה לחזור לביקורת מרפאת נשים בעוד כשבועיים ו"במידה ומופיע חום, כאבים, קושי בהשתנה – לחזור למיון" (סיכום מחלה, דף 10 בדפי הדסה).
28. ב-19.2.04 (יום חמישי בשבוע) פנתה התובעת למרפאתו של ד"ר שמעוןוביץ ביוזמתה והתלוננה על חולשה ועל כאבים באזור הניתוח. רופא זה מציין לגבי ביקור זה כי "אף שלא מצאתי בעיה רפואית דחופה, הצעתי לתובעת להתאשפז, בו ביום, בבית החולים הדסה עין כרם להשגחה, מחמת גילה, הופעת התלונות בסמוך לאחר הניתוח ואופיין. לצערי, היא סירבה להמלצה להתאשפז כבר ביום חמישי. לפיכך הנחיתי אותה לחזור לביקורת במרפאתי ביום ראשון (22.2.2004) ולפנות למחלקה בהדסה עין כרם במקרה של התגברות הכאבים" (סעיף 8 לתצהירו). בתצהירו מדגיש ד"ר

שמעונוביץ כי "לא אמרתי לתובעת שאין סיבה לדאגה מהתלונות ולא אמרתי לה שהיא אינה צריכה לפנות לחדר מיון" (שם). עם זאת, דבריו באו כהמלצה ולא מעבר לכך ומתוך סברתו שאין "בעיה רפואית דחופה". גם בחקירתו הנגדית ציין כי לא הייתה דחיפות להגיע לבית החולים, באומרו: "אני חשבתי וגם אמרתי לתובעת ולבתה שהייתה אתה... שלאור התלונות, גילה ומצבה כדאי שיפנו לבית חולים" וכי "לא חשבתי שצריך להזמין אמבולנס ולפנות" (פרוטוקול עדותו, ע' 148, ש' 7-8, ש' 21-22).

29. התובעת הגיעה להדסה ב-21.2.04 (לפי התיעוד מזמן אמת) על רקע התדרדרות כללית במצבה ותמונה של אלח דם. בבדיקה ראשונית שנערכה לה אובחנה הפרשה מוגלתית בינונית מהנרתיק. לאחר בדיקת C.T. ובדיקות נוספות אבחן הצוות הרפואי כי התובעת סובלת מזיהום בדרכי השתן. בהמשך לכך טופלה התובעת באנטיביוטיקה, תוך שהצוות הרפואי פועל לייצוב תפקודי הכליה והסוכרת. התובעת אושפזה ביחידה לטיפול נמרץ ונערכו דיונים בין מחלקתיים שונים על אודות מצבה ובכלל זה התייעצות עם פרופ' סטנטון וד"ר שמעונוביץ (סעיף 14 לתצהיר ד"ר בן שושן).

בהמשך לכך שמצבה של התובעת לא השתפר, הוכנסה התובעת לחדר ניתוח. שם נערכו לה בדיקות שונות ובכללן בדיקת C.T. נוספת בה נמצא כיס שתן מלא ובדיקת אורתוסקופיה בה נמצאו כיס שתן מודלק וחוסר פרופורציה. ממצאים אלה הביאו את הצוות הרפואי להתקין לתובעת צנתר בשלפוחית. בדיקת אולטרסאונד נוספת שבוצעה בחדר הניתוח העלתה ממצאים של "נוזל חופשי בחלל הבטן, כיפת הנרתיק ללא ממצא, קולקציה קטנה מאחורי הנרתיק, נוזל חופשי באגן" (סעיף 16 לתצהיר ד"ר בן שושן). כמו כן נערכו לתובעת בדיקות שתן.

בעקבות ממצאים אלה החליט הצוות הרפואי לבצע ניתוח סקירה באזור הנרתיק. בדוח שנרשם בעקבות הניתוח נשללה האבחנה הראשונית לקיומה של מוגלה או דלקת באזור כיפת הנרתיק. יחד עם זאת בוצעה כריתה חלקית של השתל מרקמת החזיר. לאחר כל זאת הועברה התובעת לאשפוז במחלקה לטיפול נמרץ.

מאוחר יותר הגיעו ממצאי בדיקות השתן, שהעלו כי התובעת סבלה מזיהום חיידקי קולי וחיידקים יצרני גז בשתן. לדידו של ד"ר בן שושן ממצא זה מלמד כי "סביר ביותר שהמקור לזיהום היה מכיס השתן" (סעיף 19 לתצהירו).

במחלקה לטיפול נמרץ התייצב מצבה של התובעת ואף נמצא שיפור בתפקודי הכליות שלה, אם כי גם שיפור זה לא הביא את התובעת למצב של תפקודי כליות תקינים, אלא הרבה פחות מהנורמה (עדותו של ד"ר ציטרון, ע' 101, ש' 27-29).

השיפור במצבה הכללי של התובעת הביא לשחרורה מהמחלקה לטיפול נמרץ והתובעת הועברה ב-29.2.04 לאשפוז במחלקה הגניקולוגית. המשך הטיפול

- במחלקה זו כלל, בין היתר, טיפול של רופאים מהמחלקה למחלות זיהומיות ושל נפרולוגים.
- בדיקת ה-C.T, שנערכה לתובעת ב-21.2.04 העלתה ממצא נוסף של אבן באגן הכליה. בשלב זה האבן לא חסמה את השופכה ולא השפיעה על תפקודי הכליה (כפי שמאשר גם ד"ר אברבנאל, ע' 61, ש' 18).
- עקב בעיות קוצר נשימה ובצקות הועברה התובעת ב-4.3.04 להמשך טיפול במחלקה הפנימית. יחד עם זאת לא הופסקו המעקב והטיפול האורולוגי וב-15.3.04 בוצעה לתובעת בדיקת אולטרסאונד של דרכי השתן, שהעלתה ממצא של שארית בדרכי השתן. על כן הוחזר לתובעת הצנתר והוחלט שלכשתשוחרר מהדסה תמשיך לשאת צנתר קבוע במקביל למעקב אורולוגי.
- התובעת שוחררה מהדסה ב-16.3.14, תוך שהיא מופנית להמשך מעקב אורולוגי וגניקולוגי, ללא אזכור ספציפי של האבן בכליה.
30. ב-6.6.04 נבדקה התובעת על ידי ד"ר בן שושן במרפאת הנשים בהדסה. ממצאי הבדיקה הביאו את ד"ר בן שושן להפנות את התובעת לחדר המיון בבית החולים לצורך איזון והערכת מצבה עקב העדר מעקב ואיזון סוכרתי וירידה דרמטית במשקלה.
31. ב-28.6.04 הופנתה התובעת שוב לחדר המיון של הדסה, בעקבות חום וכאבי בטן. במהלך אשפוז זה התברר בבדיקת אולטרסאונד כי האבן שנתגלתה באשפוז השני (כנ"ל בסעיף 29) נפלה וחוסמת את מוצא הכליה (חוות דעת ציטרון, ע' 4). בהמשך לכך הועברה התובעת בדחיפות לביצוע ניקוז הכליה החסומה. בעקבות ממצא זה זומנה התובעת לריסוק האבן החוסמת ופרוצדורה זו בוצעה כשלושה שבועות מאוחר יותר.
32. ב-28.12.04 התברר כי מצבה הכלייתי של התובעת חמור ביותר וכי למעשה "הכליות גמורות" ולא יהיה מנוס מתלות של התובעת בטיפול דיאליזה לכל ימי חייה (ת/15; עדות ד"ר ציטרון, עמ' 100, ש' 32; ע' 101, ש' 1). בהמשך לכך הותקנה לה ב-13.2.05 פיסטולה כהכנה לטיפול דיאליזה והחל מ-22.10.07 היא מטופלת בדיאליזה בתדירות של 3 פעמים בשבוע.
- ה. האם הייתה "התרשלות" של הנתבעת?**
33. מתיאור מהלך העניינים דלעיל עולה כי התנהלות גורמי הנתבעת כלפי התובעת הייתה מאד בלתי ראויה בכמה וכמה שלבים וצמתים. אתייחס להלן לעניינים הספציפיים בהקשר האמור.



**ה1. כשל באבחנת מצבה הרפואי של התובעת בהדסה טרם הניתוח**

34. אקדים לומר כי מקובלת על ידי דעתו של המומחה מטעם התובעת ד"ר אברבנאל כי מבחינה אורולוגית בעייתה של התובעת הייתה בכך שלא הייתה מסוגלת להטיל שתן (ראו עמודים 2, 4 ו-5 לחוות דעתו הראשונה ועמוד 4 לחוות דעתו המשלימה; פרוטוקול, ע' 55, ש' 14-17; ע' 66, ש' 13-16). גם ד"ר אלקלעי המומחה מטעם הדסה הסכים כי לתובעת הייתה בעיה להטיל שתן בגלל בעיה של התכווצות שריר השלפוחית (פרוטוקול, ע' 165, ש' 13-20) ומכל מקום מומחה זה אישר שבהפניית ד"ר שמעונוביץ הייתה התייחסות לסוגים שונים של דליפת שתן ולא רק לדליפה במאמץ (פרוטוקול, ע' 139, ש' 10-11). חיזוק נוסף לדעתו של ד"ר אברבנאל מתקבל מעדותו של ד"ר ציטרון, שאישר כי לפחות באשפוז השני של התובעת גילו שהבעיה המרכזית שלה היא חוסר יכולת התרוקנות כשלניתוח הראשון הגיעה עם מתן שתן לא טוב (פרוטוקול, ע' 120, ש' 24-26). בשום שלב לא עלתה אבחנה פיזיולוגית כזו לדיון בהדסה, לא כחלק מהשאלות שהעלתה אבחנת ה-D.I. על ידי ד"ר שמעונוביץ ולא בעקבות הממצאים שנרשמו על ידי ד"ר תורגימן.

35. למרות שהיו להדסה אינדיקציות שהעלו צורך בבחינת שאלות שהתעוררו בעקבות ממצאי ד"ר שמעונוביץ וד"ר תורגימן, הרי שלא נעשה בהדסה אבחון ראוי בנוגע למצבה האורולוגי של התובעת ובכלל זה גם שאלת קיומה של בעיה במתן שתן אצל התובעת. היה זה גם לפני הניתוח הראשון וגם בעקבותיו.

36. התובעת הגיעה להדסה בעקבות הפניית ד"ר שמעונוביץ. האחרון צרף להפנייתו את הבדיקה האורודינמית שנערכה לתובעת במרפאתו (סעיף 5 לתצהיר ד"ר שמעונוביץ). ד"ר שמעונוביץ המליץ על הפרוצדורות הרפואיות שלדעתו היה צריך לבצע לתובעת בעקבות ממצאיו שכללו צניחת הנרתיק וכיפתו, צניחה של השלפוחית ודליפת שתן מעורבת שנגרמה מ-D.I. וגם מדליפה במאמץ.

37. אין מחלוקת כי אבחנתו של ד"ר שמעונוביץ בוססה, בין היתר על בדיקה אורודינמית שנערכה במרפאתו. אין גם עוררין אצל כל המומחים והעדים שמטעם הדסה ומטעם התובעת כי הבדיקה האורודינמית הייתה לקויה וחסרה. המדובר בעיקר בהעדר נתונים של לחץ תוך בטני, העדר נתונים בנוגע לכמויות השתן ובביצוע הבדיקה ללא רידוקציה, שהיא תיקון זמני של צניחת איברים פנימיים כדי להסיר לחץ מהשלפוחית (ראו לדוגמא: פרוטוקול, ע' 205, ש' 2-22 – פרופ' סטנטון; עמוד 2 לחוות דעתו של ד"ר ציטרון, עמוד 2 לחוות דעתו של ד"ר אלקלעי).

38. עניינה של הבדיקה האורודינמית שד"ר שמעונוביץ צירף להפניית התובעת להדסה עורר מחלוקת רבות בקשר לאבחנה שניתן לבסס עליה. חלק נכבד מהחקירות הוקדש לסוגיות בקשר לבדיקה זו. אולם, במסגרת חקירות אלה נתחוור שהרופאים הבכירים שהעידו מטעם הדסה ושהיו מעורבים באבחון מצבה של התובעת, בניתוח ובטיפול בה לאחריו לא ראו כלל את הבדיקה שצורפה להפניית ד"ר שמעונוביץ ולא ביססו עליה כל ממצא לשם אבחון מצבה של התובעת. כך ד"ר פרסיץ, שהיה הרופא הראשון שבדק את התובעת בהדסה העיד שלא ראה את הבדיקה האורודינמית (פרוטוקול, ע' 97, ש' 18-19). כך פרופ' סטנטון שניתח את התובעת, העיד שלא ראה את הבדיקה האורודינמית, ולא קיבל מידע על אודותיה מהרופאים בהדסה (פרוטוקול, ע' 200, ש' 11-12 ו-15-16). כך גם ד"ר בן שושן שהיה שותף לניתוח העיד שלא היה מעורב כלל בשלב אבחון התובעת והשתתף בניתוח רק מפאת ידידותו הקרובה עם פרופ' סטנטון (פרוטוקול, ע' 131, ש' 1-3).
39. במצב הדברים האמור, יש לבחון את מכלול התנהלות הדסה על רקע מכתב ההפניה של ד"ר שמעונוביץ אך אין להתייחס לבדיקה האורודינמית ששלח ד"ר שמעונוביץ להדסה כחלק ממכלול השיקולים שעמדו לנגד עיני הרופאים הבכירים שבדקו אותה ושהעידו במשפט.
40. מחומר הראיות ובכלל זה חקירות הרופאים הבכירים בהדסה עולה כי בהדסה לא ערכו את כל הבירורים הנחוצים לשם אבחון מצבה הרפואי של התובעת.
41. בהדסה לא ביצעו לתובעת כל בדיקה מכשירנית. זאת למרות שבמקרה סבוך ומורכב כמו של התובעת (חקירת פרופ' סטנטון, פרוטוקול, ע' 196, ש' 2-6) חייבת הייתה להיעשות בדיקה כזו (חקירת ד"ר ציטרון, פרוטוקול, ע' 116, ש' 22-24) ולמרות שהרופאים מטעם הדסה ושהמומחים מטעמה מסכימים כי זו הבדיקה שניתן היה להסיק ממנה מסקנות אובייקטיביות לגבי מצבה האורולוגי של התובעת (ראו ד"ר פרסיץ בפרוטוקול, ע' 89, ש' 10-11; ד"ר ציטרון, שם, ע' 116, ש' 25-32; ד"ר אלקלעי, שם, ע' 142, ש' 17-23, ובע' 143, ש' 7-10) – הרי שבדיקה כזו לא נעשתה.
42. הרופא הראשון שבדק את התובעת עם קבלתה לאשפוז בהדסה היה ד"ר פרסיץ. רופא בכיר זה שהוא גניקולוג במקצועו (פרוטוקול, ע' 88, ש' 23-24) העיד כי מעבר לבדיקה הגניקולוגיות בדק אצל התובעת רק את שאלת דליפת השתן במאמץ (פרוטוקול, ע' 89, ש' 26). זאת למרות שבהפניית ד"ר שמעונוביץ נרשמה גם בעיה של חוסר יציבות של שריר שלפוחית כיס השתן – D.I. למרות זאת ולמרות שד"ר פרסיץ

מודע לחשיבותה של הבדיקה האורודינמית כבדיקה אובייקטיבית למתן אבחנה (פרוטוקול, ע' 90, ש' 25-26) לשם ביסוס ממצאים אורולוגיים שאינם נוגעים לדליפה במאמץ ("דברים אחרים לא נבדקים אלא על ידי סיפור שמאומת או לא מאומת על ידי אורודינמיקה" – פרוטוקול, ע' 89, ש' 28), הרי שהוא לא הפנה את התובעת לבדיקה כזו בהדסה וכאמור, לא ראה כלל את הבדיקה האורודינמית ששלח ד"ר שמעונוביץ (פרוטוקול, ע' 94, ש' 9-10). מכל מקום, גם אילו היה ד"ר פרסיץ מעיין בה, הרי שהוא לא ראה עצמו כבר סמכא להסיק מסקנות על סמך בדיקה שאינה בתחומו המקצועי (פרוטוקול, ע' 90, ש' 23-24; ע' 94, ש' 11-12).

במצב הדברים האמור, ד"ר פרסיץ בחן רק חלק אחד ממשוואת אבחנתו של ד"ר שמעונוביץ – איבוד שתן במאמץ: "אין משהו אחר לבדוק" (פרוטוקול, ע' 89, ש' 26). זאת חרף העובדה שבהפניית התובעת נרשמה אבחנה הנוגעת לשריר כיס שתן לא יציב. ד"ר פרסיץ לא בחן בעיה זו כלל, כאילו לא הייתה, הוא הסתפק רק בבדיקות שהיו בתחום מומחיותו ולא הפנה את התובעת לבדיקות נוספות – דוגמת בדיקה אורודינמית.

43. יצוין כי מבלי לגרוע ממומחיותו של ד"ר פרסיץ, הרי הוא מומחה גניקולוג ובעיותיה של התובעת כללו שילוב של בעיות גניקולוגיות ובעיות אורולוגיות, שילוב שבעניינו קיימת תת התמחות של אורוגניקולוגיה. בכך שד"ר פרסיץ שהוא מומחה גניקולוגי בלבד איבחן את התובעת נפל כשל נוסף בהתנהלות של הדסה. לא די היה ברופא בעל התמחות גניקולוגית לצורך אבחון מצבה של התובעת. היה דרוש אבחון של רופא בעל התמחות באורוגניקולוגיה או לפחות באורולוגיה. זאת גם משום שאין מחלוקת כי הניתוח אליו הופנתה התובעת היה ניתוח סבוך מבחינת השילוב הגניקולוגי והאורולוגי. חיזוק לעניין זה מתקבל מעדותו של המומחה מטעם הדסה ד"ר אלקלעי, לפיה מקרה כזה רצוי שייבדק על ידי אורוגניקולוג ולא גניקולוג (פרוטוקול, ע' 152, ש' 7-10). בהקשר זה יצוין כי ד"ר אלקלעי אמנם ציין כי הרטינה בבית החולים לא תמיד מאפשרת זאת (שם, ש' 11-12). עם זאת, במקרה הסבוך שלנו, שבו היה מקום לעשות כל מאמץ שכך יהיה, לא הוכח כי הדבר לא היה אפשרי במסגרת הרטינה ולא כי נעשה מאמץ כלשהו כדי לפעול באופן האמור.

44. לאחר בדיקתו של ד"ר פרסיץ וכחלק מקבלת התובעת לאשפוז בדקה את התובעת ד"ר תורגימן, שהייתה אותה עת מתמחה במחלקה. ד"ר תורגימן אבחנה את התובעת כסובלת "מצניחה של קירות הנרתיק – ציסטולה ורקטוצלה, וכן דליפת שתן בלילה – OVERFLOW IMC, ודליפת שתן במאמץ ושלא במאמץ במשך היום. לפני 19 שנה עברה כריתת רחם וטפולות בגישה נרתיקית בשל צניחת רחם. הופנתה לניתוח קולפורפיה קדמית ואחורית ו-TVT" (מסמך 8 למסמכי התובעת). אין כל התייחסות

של רופאים מומחים במחלקה לאבחנותיה של ד"ר תורגימן ולא נעשה בהדסה דבר בעקבותיהן, הגם שיש בהן אינדיקציות לקיומן של בעיות מעבר לאלה שאליהן התייחס ד"ר שמעונוביץ. בכך נפל כשל נוסף בהתנהלות הדסה בכל הקשור לאבחון מצבה הרפואי של התובעת לפני הניתוח.

45. פרופ' סטנטון היה הרופא שניתח את התובעת. רופא זה לא אבחן את התובעת ומבחינה זו מקובלת עליי עדותו כי בא אל המוגמר בהדסה, מתוך מחשבה שלו שהצוות המקומי ערך את כל הבדיקות הנחוצות לשם האבחון ולשם קבלת ההחלטה הנוגעת לעצם ההחלטה לנתח ולהחלטה על סוג הניתוח (פרוטוקול, ע' 200, ש' 9-14; ע' 203, ש' 21-23).

46. חיזוק לאבחנה הלקויה של התובעת בהדסה מתקבל גם מעדותו של ד"ר אלקלעי (פרוטוקול, ע' 183, ש' 21-24) לפיה אמנם קיימות אינדיקציות לניתוח הסרט אך קיים גם מרכיב נוסף, שמדליק נורה אדומה בנוגע לקושי במתן שתן שבדיעבד נצפה בתובעת. לדידי אין לקבל מצב בו חולה מנותח ללא שקיימת אבחנה מלאה בנוגע למצבו, ושרק בדיעבד נלמד כי לחולה בעיה נוספת – אף שאולי אין בה לשנות את הטיפול שנעשה בו – הקשורה בטבורה לבעיה שבה טופל אותו חולה. חיזוק נוסף בא בדמות הקושי שהיה לתובעת במתן שתן, שלדעת ד"ר ציטרון התברר באשפוז השני (פרוטוקול, ע' 120, ש' 24). גם אם אקבל דבריו של ד"ר ציטרון כי בניתוח הראשון סבלה התובעת מהשתנות לא טובות, הרי שדי בהן ללמד שעל פי ד"ר ציטרון התובעת לכל הפחות סבלה בניתוח הראשון מקושי במתן שתן שלא אובחן בהדסה ולא הובא בחשבון במסגרת ההחלטה לנתח את התובעת בניתוח סרט.

47. התוצאה היא שלתובעת לא בוצע בהדסה אבחון מלא וכמצופה מהדסה. לא נעשו לתובעת כל הבדיקות שהיו נחוצות לשם קבלת ההחלטה האם בכלל יש צורך בניתוח ואיזה ניתוח יש לבצע בפרט. בעיקר המדובר בבדיקה האורודינמית. גם מנקודת מוצא נוחה להדסה לפיה לנוכח הקשיים שמפרט ד"ר אלקלעי (פרוטוקול, ע' 150, ש' 3-8) בקשר עם ביצוע בדיקה אורודינמית בבתי החולים, הרי שבמצב דברים בו הבדיקה האורודינמית לא נבדקה ונבחנה על ידי מי מהרופאים הבכירים בהדסה אין לאפשר לרופאי הדסה לבסס ממצא על בדיקה שלא ראו ובחנו זאת בעיקר כשאין מחלוקת כי עסקינן בבדיקה לקויה וחסרה. אולם, אין להתעלם מהעובדה שהרופאים הבכירים בהדסה דוגמת ד"ר פרסיץ ופרופ' סטנטון לא ראו כלל את הבדיקה האורודינמית שביצע ד"ר שמעונוביץ. לדידי מעבר לבדיקות העצמאיות שחובה היה על רופאי הדסה לבצע ללא כל קשר לבדיקות שבוצעו קודם לכן, אין לקבל מצב דברים בו רופאי בית חולים לא נעזרים במידע רפואי שקיים על אודות

חולה כחלק מהמכלול לצורך אבחון מצבו ולאופן שיש לטפל בו. בהמשך לדברים אלה, אציין כי הכשל באבחנת התובעת כולל ונובע גם מהתעלמות הצוות הרפואי הבכיר ובכלל מאבחנותיה של ד"ר תורגימן. אין ליתן הכשר למצב דברים בו רופא ואפילו רופא מתמחה מבצע לחולה בדיקה והגורמים הנכנסים לתמונה מאוחר יותר לא נותנים עליה כלל את הדעת. גם אילו הרופאים הבכירים לא הסכימו עם אבחנותיה של ד"ר תורגימן ראוי וצריך היה שיימצא תיעוד בקשר לכך. תיעוד כזה לא נמצא, ובפועל מסתבר שאף רופא בהדסה לא התייחס לאבחנות אלה.

## **2. לא נתקבלה בהדסה החלטה מסודרת ומושכלת לגבי הניתוח שבוצע בתובעת**

48. ד"ר פרסיץ, שכאמור היה הרופא הבכיר והראשון שבדק את התובעת, העיד כי הפנה את עניינה להמשך דיון (פרוטוקול, ע' 91, ש' 15). כבר עתה אציין כי לא נערך בהדסה כל דיון טרם הניתוח שעברה התובעת. אין עדות של אף אחד מהרופאים בהדסה כי דיון כזה התקיים לשם אבחנת מצבה של התובעת ואופן הטיפול שיש לנקוט.

49. ד"ר פרסיץ העיד כי לא הוא היה זה שהפנה את התובעת לניתוח ולא הוא היה זה שקבע אם יש מקום לנתח את התובעת ואם כן – איזה ניתוח יש לבצע. גרסתו של ד"ר פרסיץ הנוגעת לגורם שהחליט להפנות התובעת לניתוח ובאיזה ניתוח לנקוט מעוררת קשיים ניכרים באשר לאופן קבלת ההחלטות הרפואיות בעניינה של התובעת (פרוטוקול, ע' 90, ש' 27 - ע' 91, ש' 32). לגרסת ד"ר פרסיץ ההחלטה לניתוח התובעת הגיעה מגורמים מגוונים ללא שהתקיים קשר בין אחד למשנהו, דוגמת ד"ר שמענוביץ או מרפאת הנשים בהדסה או פרופ' סנטנטון. הוא כשלעצמו, למרות היותו הרופא הבכיר הראשון שבדק את התובעת לא החליט על הפרוצדורה הרפואית שיש לבצע והעביר את ההחלטה לדיון (פרוטוקול, ע' 91, ש' 12-15). כאמור, דיון כזה לא התקיים. לא ד"ר פרסיץ או כל רופא אחר בהדסה דאג לקיים דיון כזה, שמעבר לחשיבות קיומו בטרם כל ניתוח קיימת חשיבות יתירה לקיומו של דיון כזה בניתוח שהוא ניתוח רב תחומי כפי שבוצע במקרה דנן.

50. רופא בכיר נוסף בהדסה שנטל חלק בניתוח התובעת היה ד"ר בן שושן. רופא זה העיד כי הוא לא היה מעורב בהחלטה הנוגעת לניתוח, שבו השתתף רק בשל קשריו האישיים והמקצועיים עם פרופ' סנטנטון (פרוטוקול, ע' 131, ש' 1-3). ד"ר בן שושן מתאר את סדר הדברים הנכון בקבלת התובעת לאשפוז לצורך ניתוח. לדבריו, בתחילה הייתה אמורה המתמחה לבדוק את התובעת ורק לאחר בדיקה זו נערכת בדיקה של רופא בכיר (פרוטוקול, ע' 132, ש' 16-20). דא עקא, שכאמור, ד"ר פרסיץ בדק את התובעת ראשון והמתמחה ד"ר תורגימן בדקה אותו בעקבותיו וכך ד"ר

- פרסיץ ואולי כל הגורמים הבכירים במחלקה לא נחשפו לאבחנות הנוספות אותן אבחנה ד"ר תורגימן.
51. כמו ד"ר פרסיץ גם ד"ר בן שושן לא ידע להצביע על הגורם בהדסה שהחליט האם יש לנתח את התובעת בכלל ואיזה ניתוח יש לבצע בפרט. בסופו של דבר ד"ר בן שושן מפנה את האחריות להחלטה אל ד"ר פרסיץ ואל פרופ' סטנטון (פרוטוקול, ע' 131, ש' 9 - ע' 132, ש' 8).
52. פרופ' סטנטון, שעדותו הייתה מהימנה עליי, העיד כי קיבל מידע בדואר אלקטרוני על התובעת (נ/9), אך לא היה מעורב בבדיקות שנערכו לתובעת בהדסה ולאבחנת מצבה (פרוטוקול, ע' 200, ש' 13-14).
53. גם ממסמכי הדסה מזמן אמת לא ניתן להסיק מי החליט על ביצוע הניתוח ועל דיון שנערך לשם קבלת החלטה באשר לפרוצידורה הרפואית שיש לבצע (ד"ר ציטרון, פרוטוקול, ע' 118, ש' 9-12).
54. הרופאים הבכירים הנ"ל לא קיימו דיון בשאלות מצבה וצרכיה הטיפוליים של התובעת (ראו פרוצידורה שנוהגת היום בהקשר זה בעדותו של ד"ר בן שושן בפרוטוקול, ע' 128, ש' 5-12) ולא התייחסו כלל לאבחנתה של ד"ר תורגימן, שהיה בה ללמד על בעיות נוספות של התובעת מעבר לאלה שאובחנו בהפנייתו של ד"ר שמעונוביץ. ברישומיה של ד"ר תורגימן עלו אינדיקציות שהיה בהן לשמש מצע לשיקולים נוספים בנוגע באשר לאבחנה הרפואית של התובעת ולצורך בביצוע בדיקות דוגמת בדיקה אורודינמית שלא נעשתה לתובעת בהדסה. מעבר לכך, לא היה גורם כלשהו בהדסה שידע להצביע על גורם בבית החולים שהוא זה שהפנה ושאישר את ביצוע הניתוח לתובעת.
55. מכל האמור לעיל עולה כי לא נערכו דיונים מתאימים בהדסה וכי לא נתקבלה החלטה מסודרת ומושכלת לגבי עצם ביצועו של ניתוח אורולוגי בתובעת ולגבי הניתוח הספציפי שביצע.
- 3. גילוי סוכרת אצל התובעת עובר לניתוח**
56. אל המחדלים שנמנו לעיל מצטרף כשל נוסף, שעניינו בהחלטות שנתקבלו בעקבות גילוי ערכי סוכר גבוהים בבדיקה שנערכה לתובעת ביום הניתוח.

57. ערכי הסוכר הגבוהים שנתגלו בסמוך לניתוח לא נכללו במערך השיקולים שנשקלו בהדסה בטרם ביצוע הניתוח. בחוות דעתו של ד"ר אברבנאל נאמר (בע' 6) כי מקובל לדחות ניתוח – בעיקר אלקטיבי שלא נועד להציל חיים – בעקבות ממצא של ערכי סוכר גבוהים בסמוך לניתוח. זאת בשל הסיכון לזיהומים שנובע מהסוכרת. במקרה זה הסוכרת הוסיפה מימד נוסף לכשל באבחנה הראשונית בכך שבסוכרת יש לדעת ד"ר אברבנאל גם סיכון לפגיעה בכושר ההתכווצות של השלפוחית, כפי שאכן אירע לתובעת (סעיף 7 בע' 6 לחוות הדעת). אבחנה זו לא נסתרה על ידי מומחי הדסה, והיא עומדת ברקע האירועים כתוספת לכשל שנפל באבחנה כנ"ל, גם בנוגע לכשל שבהחלטה על ביצוע ניתוח הסרט שיש בו לתרום לקשיים במתן שתן ולזיהום במערכת השתן של התובעת שהביאה לאשפוז השני.

58. המומחה מטעם הדסה, ד"ר אלקלעי, מסכים כי גילוי ערכי הסוכר הגבוהים מהווה אינדיקציה וחלק ממערך השיקולים הואיל וקיימים סיכונים בניתוח עם סוכרת בעיקר בשל חשש מזיהומים, אך הוא לא ראה התייחסות לכך בהדסה (פרוטוקול, ע' 172, ש' 10-13, ושי' 20).

59. המידע על גילוי הסוכרת לא נמסר לרופא המנתח ולרופא המרדים. למעשה די בכך לקבוע כי ההדסה התרשלה בטיפול בנוגע לגילוי הסוכרת. פרופ' סטנטון העיד כי מעבר לכך שהיה בודק מה דעת יתר הרופאים בנוגע לסוכרת, היה מיידע ושואל גם את הרופא המרדים (פרוטוקול, ע' 204, ש' 1-3, 4-6). פרופ' סטנטון הדגיש כי סוכרת דורשת הנחיות מיוחדות, אך מידע זה לא נמסר לו כלל (פרוטוקול, ע' 203, ש' 19-20).

60. דעתי היא כי חובה היה על הדסה לפחות ליידע את הרופא המנתח על גילוי הסוכרת. ברור שאין מקום להעלמת מידע בעל חשיבות רפואית כזו מהרופא המנתח ומהרופא המרדים. העלמת המידע הרפואי גורעת מהרופאים – המנתח והמרדים – את האפשרות לבחון את המכלול ולקבל החלטות מושכלות באשר לקיום הניתוח – בעיקר כשאין מחלוקת שלסוכרת השפעה ניכרת על נטיה לזיהומים ובאשר לאופן ניהול הניתוח והתמודדות עם קשיים, במהלכו ולאחריו.

#### **ה. כשל שנפל בעצם ביצועו של ניתוח אורולוגי ובסוג הניתוח האורולוגי שבוצע**

61. הקביעה (בסעיף 34 לעיל) כי בעייתה של התובעת נעוצה בחוסר יכולתה לתת שתן וכי התובעת סבלה מעצירת שתן מלמדת על שני כשלים נוספים שנפלו בהתנהלות הדסה.

62. הכשל הראשון עניינו בכך שגם אם מתגברים על הקושי בביצוע ניתוח לאחר שנתגלו ערכי סוכר גבוהים אצל התובעת, הרי שלא היה צריך לבצע כלל את אותו חלק של

- הניתוח שנגע לתחום האורולוגי. ד"ר אברבנאל העיד כי לכל הפחות התובעת סבלה מאי נקיטת שתן מעורבת (במאמץ שלא במאמץ) לדידו במקרה כזה הטיפול הראוי הוא קודם כל טיפול שמרני, תרופתי (פרוטוקול, ע' 27, ש' 14-8; ע' 28, ש' 32-28).
63. כשל נוסף בהתנהלות הדסה נוגע לסוג הניתוח שבוצע לתובעת – ניתוח סרט. על בסיס אבחנתו של ד"ר אברבנאל לא היה צריך לבצע ניתוח מסוג זה במצב דברים בו התובעת סובלת מחוסר יכולת במתן שתן. ד"ר אברבנאל מציין כי ניתוח סרט מהווה גורם סיכון נוסף לעצירת שתן (פרוטוקול, ע' 31, ש' 10-7). חיזוק ניכר לדברים אלה מתקבל מעדותו של פרופ' סטנטון שאישר כי לא עושים ניתוח סרט כשהחולה לא יכולה להטיל שתן וכשהשלפוחית שלה מכווצת ולא קיבלה טיפול (פרוטוקול, ע' 203, ש' 12-8). גם ד"ר אלקלעי מאשר שייתכן שלתובעת הייה קושי בהתרוקנות במקביל לדליפה במאמץ וכי תופעת לוואי לניתוח סרט היא קושי בהשתנה ולכן ייתכן שהסרט היווה גורם נוסף שמנע מהתובעת להטיל שתן בהמשך הדרך (פרוטוקול, ע' 148, ש' 16-25; פרוטוקול, ע' 160, ש' 18-21). בהמשך לדברים אלה העיד ד"ר אלקלעי כי דעתו היא שניתוח סרט לא מהווה התווית נגד לאבחון של התובעת, אך יש בנייתוח אפשרות לגרימת בעיות נוספות (פרוטוקול, ע' 179, ש' 13-17).
64. נראה כי הכשל הראשוני באבחנת התובעת וההתעלמות מערכי הסוכר שהתגלו בסמוך לניתוח הובילו לכך שבוצע לתובעת ניתוח מיותר. זאת חלף טיפול תרופתי שמרני, שלדעת ד"ר אברבנאל הוא שהתאים לבעיה ממנה סבלה התובעת. לא די בכך אלא שהניתוח, שייתכן שלא היה צריך כלל לבצע, היה כזה שהוסיף לבעיה ממנה סבלה התובעת והקשה עליה עוד יותר לתת שתן, מצב דברים שיש לו תרומה והשלכות גם בכל הנוגע לניתוח השני שנאלצה לעבור התובעת בהמשך הדרך.
- 5. הכשלים שנפלו בשחרור התובעת לאחר הניתוח**
65. בעקבות הניתוח אושפזה התובעת במשך כשבעה ימים. המדובר באשפוז שהוא הרבה מעבר לממוצע שהוא שניים עד שלושה ימים בעקבות ניתוח דומה לזה של התובעת (חקירת ד"ר בן מאיר, פרוטוקול, ע' 84, ש' 5-9).
66. האשפוז הארוך מהרגיל נעשה מהסיבה שלתובעת נותרו שאריות שתן (חקירת ד"ר בן מאיר, שם, שם). חיזוק לכך מתקבל מהוראת מומחה בהדסה לפיה ככל שלתובעת תהיה שארית שתן, יש לשחררה עם צנתר (ע' 84, ש' 22-25). מהוראה זו נלמד כי מצבה הכללי של התובעת איפשר את שחרורה ומה שמנע זאת היה שארית השתן. אמנם ד"ר בן מאיר העיד כי עצירת שתן לאחר ניתוח דומה אינו מקרה נדיר, אך גם מדבריו עולה כי פרק הזמן הממוצע להתגברות על בעיה זו הוא קצר הרבה יותר מזה



- שחלף עד שסברו כי התובעת התגברה עליה. פרק זמן זה, שהיה ארוך בהרבה מהממוצע, היה אמור וצריך היה להדליק נורת אזהרה בקרב הצוות המטפל. אזהרה זו נוגעת לשניים: גם לעניין אפשרות כי התובעת לא אובחנה כהלכה, תוך בחינה מחודשת של כל הליך האבחון שנעשה בהדסה וגם לאופן שבו שוחררה התובעת.
67. השחרור היה ב-12.2.04, לאחר שממומחה בהדסה הורה על שחרורה עם צנתר, אם תימצא שארית שתן בבדיקה נוספת.
68. מהוראה זו הסיק ד"ר בן מאיר כי ככל שלא תישאר אצל התובעת שארית שתן ניתן לשחררה ללא צנתר, ואכן לאחר שבדק את התובעת בבדיקת צנתר "אין אאוט" ומצא שארית שתן נמוכה מהמינימום שחרר את התובעת ללא צנתר, תוך מתן הנחיה לחזור לבית החולים ככל שיש קושי במתן שתן (פרוטוקול, ע' 86, ש' 20-22). המדובר בבדיקה אחת בה נמצא ממצא חיובי לאחר שבוע שלם בו נמצאו שאריות שתן גבוהות ובעיקר שבאותו יום, 12.2.04, נמצאה בבדיקת אולטרסאונד שארית שתן של 505 מ"ל.
69. פרמטר נוסף שלא טופל בהדסה עובר לשחרור הוא הסוכרת בה אובחנה התובעת.
70. דעתי היא כדעת ד"ר אברבנאל (חוות דעתו ע' 5) כי לא היה צריך לשחרר התובעת ללא צנתר או לכל היותר לזמנה ליום המחרת כדי לבחון האם באמת הצליחה להיגמל מצנתר והיא מסוגלת לתת שתן עצמאית. כמו כן מקובלת עליי אבחנת ד"ר אברבנאל כי היה צריך לנהוג משנה זהירות בשחרור התובעת לאחר ימים רבים בהם לא הצליחה להיגמל מהצנתר וגם כשהיא לא מאוזנת בערכי הסוכר (חוות דעתו ע' 6).
71. ד"ר בן מאיר מחזק את האמור בחוות הדעת של ד"ר אברבנאל. הוא העיד כי שארית של 505 סמ"ק שתן בבוקר יום ה-12.2.04 היא שארית גדולה ולכן עשה לתובעת בערבו של אותו יום בדיקת צנתר "אין אאוט" (פרוטוקול, ע' 85, ש' 24-30). ד"ר בן מאיר הוסיף כי נתון של שארית שתן גדולה במשך כל השבוע, שבעטיה המשיכו את אשפוזה של התובעת, הופך את המקרה למורכב והיה על המנתח להתייחס לכך. זאת מאחר שאם אחרי הניתוח ותיקון צניחת הנרתיק והשלפוחית צריך ללמד את התובעת להתרוקן והשלפוחית לא מצליחה להתכווץ, אזי סביר שיש חסימה וגם ניתוח הסרט תורם לכך (פרוטוקול, ע' 86, ש' 25-30).
72. גם ד"ר ציטרון מסכים שהיה צריך לזמן את התובעת יום יומיים לאחר השחרור (פרוטוקול, ע' 119, ש' 25-28). ד"ר ציטרון הוסיף כי על רקע תלונות התובעת בקשר

למתן שתן, סוכרת שאובחנה ועלולה לחולל זיהום וניתוח הסרט הייתה הדסה צריכה להיות זהירה בטיפול בתובעת (פרוטוקול, ע' 120, ש' 4-8). מסכים אני עם ד"ר ציטרון כי על רקע מצבה של התובעת היה על הדסה לנקוט משנה זהירות בטיפול בתובעת ובשחרורה. הוא אומנם מציין כי כך הוא במסגרת "חוכמה שבדיעבד", אלא שאין לקבל זאת, שהרי כל הנתונים היו לפני הדסה בזמן אמת: התובעת התקשתה במתן שתן, כבר ביום הניתוח התגלו ערכי סוכר גבוהים שמעלים חשש לזיהומים וברי כי רופאי הדסה ידעו מה הקשיים שטמונים במתן שתן לאחר ניתוח סרט. גם ד"ר אלקלעי מסכים שהיה צריך לנקוט זהירות בבחינת יכולת הריקון אחרי ניתוח סרט (פרוטוקול ע' 149, ש' 1-22). הוא גם מאשר כי שאריות השתן שהיו לתובעת היו לא נורמאליות באופן קיצוני (פרוטוקול, ע' 163, ש' 1-2).

74. שני המומחים מטעם התובעת גורסים כי היה סביר לשחרר את התובעת ללא צנתר לאחר בדיקה אחת שהעידה על יכולתה להתרוקן לבד (ד"ר אלקלעי: פרוטוקול, ע' 168, ש' 1-4; ד"ר ציטרון: פרוטוקול, ע' 119, ש' 25-28). למעשה גם ד"ר אברבנאל לא שולל את שחרור התובעת לאחר שנמצא כי הצליחה להתרוקן עצמאית. אולם, לדידו לא היה צריך לשחררה ללא זימונה לביקורת לאחר יום-יומיים. זאת גם בשל מצבה לאחר ניתוח סבוך ולאחר פרק זמן ארוך של גמילה מצנתר. בהמשך לכך, מקובלת עליי עדותו של ד"ר אברבנאל, לפיה אין ממש בהוראה שניתנה לתובעת לחזור להדסה לאחר שהיא התקשתה במתן שתן ושחררה על סמך בדיקה אחת (פרוטוקול, ע' 56, ש' 29-32), וכי היה מקום לזימון פוזיטיבי של התובעת ולא להשאיר לה את ההחלטה בקשר לכך (פרוטוקול, ע' 57, ש' 5-12).

מקובלת עלי מסקנתו של ד"ר אברבנאל בהקשר זה. לאחר פרק זמן ארוך מהרגיל אשר בו התובעת לא נגמלה מצנתר כשאריות השתן שלה מאד גדולות, לא היה צריך לשחררה ללא זימון למועד קרוב מאד לביקורת. אין במועד ערטילאי, שכפוף לאבחנה של התובעת עצמה, כדי ליתן מענה הן לקושי שהיה לתובעת במתן שתן לאחר הניתוח ולפניו, והן לערכי הסוכר הגבוהים שנתגלו אצלה ביום הניתוח.

75. כשל אחרון זה בצירוף אבחנתה הלקויה של התובעת בהדסה מסמן כשלים נוספים שעתידים לבוא. למעשה, לדעתי, שני אלה הם אלה שהביאו לאשפוז ולניתוח השני של התובעת ולסכנה ממשית לחייה. זאת לאחר שחלפו רק ימים ספורים משחרורה.

#### **6. הכשלים שנפלו בטיפול בתובעת בניתוח השני**

76. ב-21.2.04 הגיעה התובעת להדסה במצב קשה מאד. היה זה לאחר שב-19.2.04 התלוננה במרפאת ד"ר שמעונוביץ על חולשה וכאבים באזור הניתוח והתרחש מה שצוין לעיל בסעיף 28. אין מחלוקת שהתובעת אובחנה אז בהדסה כסובלת מאלח

- דם, מזיהום רציני בדרכי השתן כתוצאה מהתפתחות חיידקי קולי וחיידקים מפיצי גזים בשתן, מיציאה מאיזון סוכרתי, ובעיקר מאי ספיקת כליות חריפה (חוות דעת ד"ר אברבנאל, ע' 1 חוות דעת ד"ר אלקלעי, ע' 1, חוות דעת ד"ר אלקלעי, ע' 3 ותצהיר ד"ר פרסיץ בסעיף 5).
77. אי ספיקת הכליות הקשה התפתחה על רקע שילוב של זיהום במערכת השתן, אלח דם ולחצי הדם הנמוכים (ד"ר אברבנאל: פרוטוקול, ע' 50, ש' 1-9). ד"ר ציטרון שכאמור טוען שבאשפוז השני הבעיה העיקרית שנתגלתה אצל התובעת היא חוסר יכולת התרוקנות מוסיף על ממצאי ד"ר אברבנאל ומתאר את מצבה של התובעת באשפוז השני כחמור עקב זיהום נרחב, ערעור מערכות שונות כמו יציאה מאיזון סוכרתי ופגיעה בולטת בתפקוד הכלייתי (ע' 3 לחוות דעתו).
78. עקב מצבה הקשה טופלה התובעת במחלקה לטיפול נמרץ. בהמשך לכך שלא נצפה שיפור במצבה של התובעת היא הועברה ב-23.2.04 לחדר ניתוח לשם הוזעקו רופאים רבים מתחומים שונים ובוצעו לתובעת בדיקות שונות. במסגרת בדיקות אלה התברר כי בנוסף לאמור לעיל, התובעת המשיכה לסבול מעצירת שתן ונצפה כיס שתן מלא. ד"ר אברבנאל גורס (בע' 3 לחוות דעתו) כי ברור שניתוח הסרט גרם לחסימה ולהצטברות שתן שגרמה לסיבוך הקשה של אלח הדם. התובעת נותחה לסקירת אזור הניתוח הראשון ותוך כדי כך נכרת חלק ניכר מהשתל (סעיפים 16-18 לתצהיר ד"ר בן שושן).
79. אין מחלוקת כי בשלב הראשוני של האשפוז השני טופלה התובעת כהלכה, תוך שיתוף רופאים מתחומים שונים. בכלל זה היו רופאים בתחומי הגניקולוגיה, האורולוגיה, הרפואה הפנימית, הנפרולוגיה ומומחים לזיהום. מומחים אלה הגישו לתובעת טיפול חירום ראשוני, שבעקבותיו ובעקבות ממצא של הפרשה מהנרתיק הוחלט לבצע ניתוח סקירה שבמהלכו הוסר חלק ניכר מהשתל שהשתל בניתוח הראשון והושארו פתחי ניקוז להפרשות שהיו לתובעת מאזור הניתוח. בהמשך לכך גם אין מחלוקת כי המעקב במהלך האשפוז היה ראוי וכלל טיפול מכל הגורמים לעיל.
80. יחד עם האמור בנוגע לטיפול הראוי האמור, הרי שגם באשפוז זה נפלו לדעתי שני כשלים משמעותיים בטיפול ובהמשך הטיפול בתובעת.
81. עניינו של הכשל הראשון הוא בכך שמקובלת עליי עמדתו של ד"ר אברבנאל כי היה על הצוות הרפואי לחתוך את הסרט שנקשר בניתוח הראשון ובכך לסייע לתובעת להטיל שתן.

82. איני מסכים עם מומחי התובעת כי אי הסרת הסרט בניתוח השני משקפת שיקול דעת סביר של הצוות המנתח. התובעת הגיעה לניתוח השני כשיש לה עצירת שתן גדולה וזיהום חמור במערכת השתן. אין מחלוקת בקרב המומחים כי ניתוח סרט עלול לגרום להפרעה במתן שתן. במצב הדברים של אבחון עצירת שתן אצל התובעת, היה על הצוות המנתח להתייחס לניתוח הסרט לפחות כאחד הגורמים לעצירת השתן ולהסתייע בניתוח שכבר בוצע כדי לחתוך את הסרט ולהסיר החשש שהוא אחד הגורמים שהחמירו את יכולתה של התובעת לתת שתן עצמאית. ד"ר ציטרון לא הצליח להתמודד בחוות דעתו (בע' 10) עם טענת ד"ר אברבנאל בעניין זה. לדידו של ד"ר ציטרון לא צריך להסיר את החסימה משום שניתן להתגבר עליה בעזרת צנתר, כפי שנעשה במקרים רבים לאחר ניתוח סרט כשמסאירים צנתר עד שהחולה יסתגל לשינוי שחל לאחר הניתוח. ד"ר ציטרון טוען כי הרופאים פעלו להצלחת התיקון שבניתוח הסרט, מתוך מחשבה על השלכותיו העתידיות על התובעת. כאמור לעיל, אין מחלוקת כי אחד מהסיכונים של ניתוח סרט הוא עצירת שתן. ד"ר ציטרון אומר בעצמו שהתובעת התקבלה לניתוח השני כשהבעיה המרכזית שהתגלתה באשפוז זה היא חוסר יכולת התרוקנות שלה (פרוטוקול, ע' 120, ש' 24). בהמשך לכך שאין למעשה מחלוקת בין המומחים שיש בניתוח סרט לגרום קושי במתן שתן, הרי שהותרת הסרט לאחר חלוף כשבועיים מיום הניתוח הראשון, כשמסתבר שהתובעת הגיעה לאישפוז השני עם קושי במתן שתן ושארית שתן גדולה, כשהם מצטברים לקשיים שנתגלו בגמילתה מצנתר בסמוך לאחר הניתוח הראשון, תקשה עוד יותר על התובעת במתן שתן. במצב זה ועל רקע נסיון הגמילה הקודם שכשל גם אין לקבל את טענת ד"ר ציטרון כי חיבור צנתר עשוי להתגבר על כך.

### ה7. הכשל בטיפול באבן בכליה

83. כשל נוסף קשור בגילוי אבן בקוטר של 8 מ"מ בכליה השמאלית של התובעת בבדיקת C.T. שנערכה לתובעת ב-21.2.04.

84. האבן לא טופלה או רוסקה במהלך האשפוז השני. עם זאת, אין מחלוקת בין המומחים כי לא נפל פגם בהתנהלות זו של הדסה (פרוטוקול, ע' 61, ש' 23-25).

85. קיימת מחלוקת בין מומחה התובעת לבין מומחה הדסה בנוגע למידע שהיה צריך למסור לתובעת בקשר לאבן שאובחנה, למעקב ולטיפול שהיו צריכים להינתן לפני שחרורה וייצוב מצבה הרפואי של התובעת בעקבות הניתוח השני. ד"ר אברבנאל טוען בחוות דעתו (בע' 3) ובחוות דעתו המשלימה (בע' 5) כי לתובעת לא נמסר מידע על אודות האבן על ידי צוות בית החולים וכי התובעת לא הופנתה

לטיפול במרפאת אבני כליה וכי טיפול מוקדם באבן יכול היה למנוע את האשפוז שבא לאחר שהאבן נפלה וסתמה את מוצא הכליה. בהמשך לכך, טוען ד"ר אברבנאל כי על רקע עברה הרפואי של התובעת ובכלל זה הפגיעה בכליות שגרמה לאי ספיקת כליות חמורה, סוכרת, עצירת שתן היה צריך לטפל באבן שהיוותה סיכון ואיום לפגיעה נוספת בכליות.

לעומתו, ד"ר ציטרון טוען (בעי' 9 לחוות דעתו) כי התובעת זומנה לביקורת אצל רופא אורולוג בהדסה אך לא הגיעה לביקורת זו. מעבר לכך טוען ד"ר ציטרון כי על פי החברות האורולוגיות האירופאית והאמריקאית הפרמטרים לטיפול במקרים כמו של התובעת, כשיש ממצא של אבן אסימפטומאטית שנמצאת בגביע הכליה ומצויה שם ללא שינוי 6 חודשים הם: גדילה, היווצרות חסימה, הופעת זיהום וכאבים אקוטיים או כרוניים. כמו כן יש להתחשב במחלות רקע וכן ברקע החולה ובהעדפותיו. כשמוחלט לא לטפל יש לבצע מעקב תקופתי.

86. הנה כי כן, שני המומחים חלוקים בנוגע לאופן שהיה לטפל באבן הכלייתית. בעוד שד"ר אברבנאל גורס כי על רקע מצבה הכללי של התובעת בעקבות הניתוח הראשון והשני היה צריך לטפל באבן או לכל הפחות להתובעת למרפאה אבנים בטווח זמנים קצר וקרוב, מפנה ד"ר ציטרון להנחיות הנ"ל שלטענתו מלמדות שלא היה צורך בטיפול מיידי.

דעתי כדעת ד"ר אברבנאל. אני סבור שהקריטריונים שאליהם מפנה ד"ר ציטרון תומכים בקבלת עמדתו של ד"ר אברבנאל. אמנם נמצאה אבן שנחשבת קטנה, אולם על רקע עברה הרפואי של התובעת, אשר כלל הופעת זיהום בדרכי השתן ומחלות הרקע שלה (שכללו: סוכרת, לחץ דם, ובעיקר אי ספיקת הכליות החריפה) נדרש היה שיבוצע מעקב אנטנסיבי במרפאת אבני כליות ומתן טיפול לריסוק האבן ברגע שמצבה הבריאותי של התובעת יאפשר זאת. תוצאה זו אינה עומדת בסתירה לעדותו של ד"ר ציטרון (פרוטוקול, ע' 121, ש' 21 - ע' 122, ש' 5) לפיה ריסוק האבן כשמצבה הבריאותי של התובעת לא יציב לאחר שחרורה מהניתוח השני מסכן אותה יותר מהותרת האבן על מקומה וכי כל שנדרש הוא מעקב. אולם, לנוכח מצבה הכולל של התובעת והסיכון שעלול לנבוע מנפילת האבן היה נדרש, כפי שטוען ד"ר אברבנאל, מעקב תכוף יותר מזה שטוען לו ד"ר ציטרון. ד"ר אלקלעי סבור שבמקרה של חולה פגוע כליות יש לעקוב בשבע עיניים אחר האבן (פרוטוקול, ע' 179, ש' 6). בהדסה לא נהגו כך. לא היה מקום להמתין משחרורה של התובעת בפברואר 2004 ועד לנפילת האבן ביוני 2004. היה דרוש מעקב הדוק יותר וביצוע ריסוק מיידי כשמצבה הבריאותי התובעת איפשר זאת.

87. בסופו של דבר התובעת שוחררה מבית החולים ב-16.3.04 לאחר הניתוח השני, כשהיא סובלת מאי ספיקת כליות חריפה, סוכרת (שהיא קטליזטור לזיהומים) ובעיות קשות במתן שתן שחייבו התקנת צנתר קבוע. גם אם היה די בהפניית התובעת על ידי הדסה לאורולוג ולא למרפאת אבני כליה, הרי שהיה צריך לקבוע לה ביקורת במועד קרוב לאחר השחרור ולהסביר לה את גודל הסיכון שיש באפשרות נפילת האבן.

### ה.8. השתל

88. מצאתי להתייחס אחרון לשתל שהושתל לתובעת בניתוח הראשון. דעתי היא שהדסה התרשלה בטיפול בשתל, שהובא על ידי פרופ' סטנטון מחו"ל בניגוד לכל הנחיות משרד הבריאות שנקבעו בקשר לכך (ת/9 ו-ת/10). מעבר לאופן שבו השתל הובא לכאן כאמור, עוולה הדסה בקשר לשתל זה גם בכך שלתובעת לא דווח על אודות השתל ומקורו וגם באופן שבו נרשם השתל ברישומי הדסה. זאת גם מבלי לקבל את גישתו של ד"ר אברבנאל בנוגע לכריתת חלק מהשתל במסגרת הניתוח השני כפעולה שיש ללמוד ממנה על זיהום שהיה בשתל או שנבע ממנו.

### ו. שאלת הקשר הסיבתי

89. מוסכם על הנתבעת כי ככל שהייתה התרשלות שהביאה לזיהום לאחר הניתוח הראשון, הרי שהיא הסבה לתובעת נכות צמיתה בשיעור 30% וכי ככל שהייתה התרשלות שהביאה למצב הכלייתי, על כל הנגזר ממנו, הרי שמדובר בהתרשלות שהסבה נכות צמיתה בשיעור 100%. כפי שניווכח להלן, במקרה דנן יש קשר סיבתי הן לעניין הראשון והן לשני, דהיינו לכל מצבה של התובעת.

90. לנוכח השתלשלות העניינים בכללותה נראה כי המצב הצמית והקשה שאליו הגיעה התובעת אכן נגזר ממכלול מה שקשור במה שקיבלה ובמה שלא קיבלה בהדסה.

91. כפי שתואר לעיל ראשיתה של השתלשלות העניינים בכשלים שהיו באבחנת התובעת עם קבלתה לניתוח הראשון. בעניין זה מקובלת עליי דעתו של ד"ר אברבנאל לפיה התובעת לא הייתה יכולה לתת שתן. אבחנה זו חוזקה בדברים שנאמרו על ידי מומחי הדסה. כך, ד"ר אלקלעי אישר כי קיים אצל התובעת מרכיב של קושי במתן שתן שמדליק נורה אדומה, וכך, גם ד"ר ציטרון אישר שלפחות בניתוח השני התברר קושי במתן שתן שהיה לתובעת בהגעתה להדסה באשפוז השני (סעיף 46 לעיל). בהמשך לכשל זה נותחה התובעת בניתוח הסרט, שאין עוררין שיש בו לתרום קשיים נוספים בעצירת שתן (סעיף 63 לעיל). אין גם מחלוקת כי הסוכרת שנתגלתה אצל התובעת עובר לניתוח הראשון היא גורם בעל משמעות שמלמד, בין היתר על נטייה

לזיהומים ועל קושי נוסף בכושר התכווצות של השלפוחית. מעבר לכך שלא דווח לפרופ' סטנטון על גילוי הסוכרת הרי שכאמור היה בה להכביד על אפשרות התובעת להטיל שתן, עניין שלא נלקח בחשבון טרם הניתוח (סעיף 57 דלעיל). בהמשך לכך אכן התברר קושי רב בגמילת התובעת מצנתר לאחר הניתוח הראשון והיא שוחררה על בסיס בדיקה חיובית אחת ללא שזומנה לביקורת במועד קרוב, תוך סיכון שהתובעת לא תוכל להטיל שתן שיצטבר בשלפוחית השתן ושעלול לגרום לסיבוכים שעניינם פגיעה בתפקוד הכלייתי ולהתפתחות חיידקים בשתן (חוות דעת ד"ר אברבנאל, ע' 5). שני סיבוכים אלה אכן התממשו והם שהביאו את התובעת לאשפוז ולניתוח השניים, שאז התובעת הגיעה לסכנת חיים של ממש כתוצאה מהזיהום ומאלח הדם ומאי ספיקת כליות חמורה. במסגרת האשפוז השני נצפתה (בשתי הזדמנויות) אבן בכליה השמאלית. הכשל שהיה בטיפול באבן שבא לביטוי בכך שלא נוהל אחריה מעקב בטווח זמן קצר לאחר הניתוח מימש את הסיכון שהיה בנפילת האבן שהביאה לאשפוז השלישי שגם בו הייתה התובעת בסכנת חיים וסבלה מאי ספיקת כליות חריפה. לאחר אשפוז זה ולאחר אשפוז נוסף בו רוסקה האבן נקבע ב-28.12.04 כי התובעת סובלת מאי ספיקת כליות סופנית ובסמוך לאחר מכן ב-10.2.05 הותקנה בניתוח נוסף פיסטולה לצורך ביצוע דיאליזה.

92. בקצירת האומר, מכל השתלשלות העניינים והאמור לעיל עולה כי מהלך הדברים היה כדלקמן: האבחנה הלקויה בה לא אובחנה בעיה של חוסר יכולת להטיל שתן הביאה, בין היתר, לניתוח שתרם לאצירת שתן. שתן אכן הצטבר ובתרומה של הסוכרת שנתגלתה התפתחו בו זיהומים של חיידקי קולי וחיידקים מפיקי גז שגרמו לאלח דם ולאי ספיקת כליות חמורה. האבן שנתגלתה לא טופלה כראוי בעיקר בהקשר מצבה הרפואי הכולל של התובעת ונפילתה סתמה את דרכי השתן והוסיפה מכה חריפה לאי ספיקת הכליות של התובעת שהביאה אותה למצב של אי ספיקת כליות סופני.

93. השתלשלות העניינים שתוארה לעיל מצביעה על הכשלים שהיו בטיפול בתובעת ועל כך שכשלים אלה הם שהביאו בסופו של דבר לאי ספיקת הכליות ממנה סובלת התובעת. כך סבור ד"ר אברבנאל בחוות דעתו, שניתן לחזקה גם באמור על ידי ד"ר אלקלעי, שסבור (בע' 5 לחוות דעתו) כי אמנם אין לנעוץ את מצבה של התובעת בקושי בהשתנה אלא במצבה הרפואי הכולל ובכללו סוכרת לא מאוזנת, נטיה לזיהומים ואבן בכליה. כך גם אני סבור אלא שבניגוד לד"ר אלקלעי מסכים אני עם ד"ר אברבנאל שמצבה הרפואי של התובעת נובע מכשלים שהיו בטיפול בה החל באבחנה הלקויה טרם הניתוח הראשון וכלה בשחרורה ללא מעקב בטווח זמן קרוב – על בסיס ורקע מכלול מצבה הרפואי של התובעת – אחר האבן שנתגלתה בכליה

- לאחר הניתוח השני ושנפילתה נעצה מסמר נוסף למצב אי ספיקת הכליות של התובעת שבא לביטוי בקביעה כי מצב זה סופני ב-28.12.04 (ת/15).
94. אשר על כן, מתקיים קשר סיבתי עובדתי ומשפטי בין הכשלים שהיו בהתנהלות הדסה בנוגע לטיפול בתובעת לבין נזקיה ובעיקר הנזק של אי ספיקת כליות סופנית.
- ז. אין לגרוע מן הפיצויים בגין "אשם תורם" או הימנעות מהקטנת הנזק**
95. הדסה טוענת כי גם אם תוטל עליה חבות, הרי שיש לחייבה רק במחצית מה שנגזר ממנה. זאת לנוכח אשם תורם מצד התובעת והימנעות שלה מהקטנת הנזק בהתאם לנדרש.
96. לגבי מה שקשור בהחלטה על הניתוח הראשון ובמה שקשור בביצועו הייתה התובעת נתונה לחלוטין בידי אחרים ולא הייתה לה כל שליטה על מה שקשור בכך. במצב דברים זה לא ייפלא כי לגבי מקטע זה של השתלשלות העניינים אין אפילו טענה ל"אשם תורם" מצד התובעת וכי טענה זו מתייחסת רק למה שהתרחש בתקופה שלאחר הניתוח הראשון. טענה זו מתייחסת בעיקר לכך שהתובעת לא שיתפה פעולה עם גורמי הרפואה בקהילה לשם ייצוב ושיפור מצבה הרפואי ובכלל זה בכל הקשור למצבה הסוכרתי, למעקב אחר מצב ספיקת הכליות ולטיפול תומך באי ספיקת הכליות כדי להימנע מטיפול בדיאליזה שלכאורה מסמן את סוף הדרך ונקודת קצה המסמנת אי ספיקת כליות סופנית.
97. במכלול הנתונים אני סבור שאין מקום לייחס לתובעת "אשם תורם" או הימנעות מהקטנת הנזק גם לגבי התקופה המאוחרת.
98. למעשה ניתן לדחות את הטענות האמורות של הדסה בכך שכבר ב-28.12.04, הופנתה התובעת לטיפול בדיאליזה בעקבות ממצא חד משמעי בקופת חולים כי "נבדקה בנפרולוגיה ואובחנה עם אי ספיקת כליות סופנית". בהמשך לכך נערך לתובעת ניתוח נוסף ב-10.2.05 במחלקת כירורגיית כל דם בהדסה (במסגרת אשפוז בן שלושה ימים) לשם התקנה פיסטולה שהיא התקן שמחובר לווריד לשם ביצוע דיאליזה.
99. האמור לעיל מלמד כי כבר בסמוך לאחר ניתוח ריסוק האבן (באוגוסט 2004) נקבע ממצא של אי ספיקת כליות סופנית (ב-28.12.04) ובסמוך לאחר מכן הותקנה הפיסטולה, שמשמעה אחת הוא צורך בטיפול בדיאליזה. אין בטענות הדסה ובדברי ד"ר ציטרון ללמד על אשם תורם, שכן ד"ר ציטרון בעצמו מסכים שלמרות שנראה היה כי כבר בסוף שנת 2004 או לכל היותר בתחילת שנת 2005 התובעת תיזקק



לדיאליזה, הרי שהתובעת הצליחה לעמוד במעמסה במשך כשלוש שנים עד התחלת הדיאליזה בשנת 2007 (פרוטוקול, ע' 107, ש' 24-26).

100. מעבר למצויין לעיל ולמעלה מן הדרוש, ד"ר ציטרון לא הצליח להתמודד עם נתונים שהוצגו לו בחקירתו, שמהם עולה כי התובעת ביצעה בדיקות שונות ובכללן בדיקות דם בהדסה וכל שהיה לו לומר הוא כי בדיקות כאלה היו אמורות להיעשות בקהילה (פרוטוקול, ע' 110, ש' 11-13). בקשר לכך נראה כי בתקופה הרלבנטית מקצת הדברים שנרשמו על ידי רופאים בקהילה בנוגע לשיתוף הפעולה של התובעת נובעים מכך שלא היו מודעים לטיפול ולמעקב הרפואי שהתובעת ניהלה בהדסה. נמצא שהתובעת עברה את הבדיקות שהיה עליה לעבור.

101. לנוכח התמונה בכללותה ובהמשך לכל שנאמר, אין להפחית מן הפיצויים בגין "אשם תורם" של התובעת או הימנעות שלה מהקטנת הנזק.

#### ח. דחיית ההודעה לצד שלישי

102. לעניין זה מסקנתי מבוססת על מה שפורט לעיל, בסעיף 15. אסתפק בתוספת הדברים שייאמרו להלן.

103. כשרופא בקהילה מפנה חולה לניתוח בבית חולים, ברור הוא שמדובר בהמלצה ראשונית על יסוד התרשמותו שלו בכלים המוגבלים שיש לו, וכי המהלך הצפוי הוא שבבית החולים יבחנו את כל הנחוץ באורח מלא, דהיינו: יערכו בדיקות נחוצות, יקיימו דיונים מקיפים בין הרופאים המומחים ויחליטו אם לאמץ את ההמלצה או לפעול באופן אחר. לגבי המקרה דן פרופ' סטנסטון עצמו אישר במפורש כי דברי ד"ר שמעונוביץ היו בגדר "המלצה בלבד" (פרוטוקול, ע' 198, ש' 22). כך עוד ביתר שאת כשבמקרה דן ברור על פניו כי ברקע ההמלצה עומדת גם בדיקה אורודינמית שלא נערכה כראוי. במצב עניינים זה, גם אילו ההמלצה הנ"ל הייתה לא נכונה ואפילו נגועה ב"התרשלות", הרי שיש לראותה כהמלצה הכפופה לבחינות שעוד תיערכנה לה ושצפוי שתבאנה לכך שלא יפעלו באורח שגוי. במקרה דן ברי כי ככל שהייתה טעות או מחדל אצל הצד השלישי, הרי שההתנהלות המאוחרת יותר בהדסה (החל מעצם ה"החלטה" על עריכת הניתוח בהדסה וכלה בעניינים המרוחקים יותר) אשר לקתה בכשלים כה חמורים מנתקת את הקשר הסיבתי בין התנהלותו לבין נזקה של התובעת. במצב דברים זה אין לחייב את הצד השלישי בשיפוי כלשהו.

#### ט. חוליית קישור

104. לנוכח כל שנקבע לעיל, יש לחייב את הדסה לפצות את התובעת עבור נזקה בתקופות השונות. המדובר בנזקים מצומצמים בתקופה שלאחר הניתוח הראשון ובנזקים כבדים בתקופה שבה בא לידי ביטוי הנזק הכלייתי שהביא לצורך בדיאליזה. בהמשך לכך נבחן מהם הנזקים של התובעת ומה הפיצוי הראוי בראשי הנזק השונים.

### י. הנזקים – מצבה הרפואי של התובעת ותוחלת חייה

105. כאמור (בסעיף 89 דלעיל), מוסכם כי מצבה של התובעת בעקבות הזיהומים שלאחר הניתוח הראשון (ובעקבות הזיהומים) מתאים לנכות צמיתה בשיעור 30% וכי מאז שהמצב הכלייתי היה כה חמור עד כדי צורך בדיאליזה, הרי שמדובר בנכות צמיתה בשיעור 100%. בהעדר ביסוס לכך שהיו לתובעת נכויות גם אלמלא ההתרשלויות שנקבעו, הרי שנקודת המוצא לעניין הפיצויים תהיה שבהתנהלות ראויה לא הייתה אמורה להיות לתובעת נכות כלשהי וכי את כל הנזקים הקיימים בה שעל הפרק יש לזקוף לחובת ההתרשלות של גורמי הדסה כלפיה ולחייב את הדסה לפצותה עליהם במלואם.

106. לעניין תוחלת חייה של התובעת אין התייחסות בחוות הדעת של המומחים מטעמה. לעומת זאת, המומחה הגריאטר מטעם הדסה מציין בחוות דעתו מ-1.11.11 (נ/2) כי "תוחלת חייה היום מתקצרת ב-50% לעומת האוכלוסיה הכללית של נשים בישראל". מומחה הדסה הסביר בחקירתו הנגדית כי בדרך לקביעתו דלעיל התבסס על המאמר ת/17 משנת 1987, אשר בו צוין כי 50% מן החולים לא שורדים יותר מ-9 שנים ממועד תחילתו של טיפול המודיאליזה (פרוטוקול, ע' 79, ש' 4-17).

107. נקודת המוצא היא כי תוחלת חייה של אשה יהודיה "רגילה" כבת 77 שנים היא עד גיל 89 שנה, דהיינו, עוד 12 שנה ממועד פסק דין זה. השאלה היא אם יש לקבוע קיצור תוחלת חיים אצל התובעת, אם לאו. ב"כ התובעת טוען כי אין לקבוע קיצור כלשהו בתוחלת החיים, בעוד שב"כ הדסה טוען כי יש לקבוע כי תוחלת החיים היא עד סוף שנת 2015 (שאז תהיה התובעת כבת 78 שנים).

108. לאחר שקילת המכלול הגעתי למסקנה כי לצורך פסק דין זה נקודת המוצא תהיה שתוחלת חייה של התובעת היא עד גיל 85, דהיינו עוד 8 שנים ממועד פסק דין זה. אכן, אין המדובר במדע מדויק, אלא בהערכה על יסוד נתונים סטטיסטיים שונים. עם זאת, במקרה דנן רלבנטיים השיקולים הבאים:

א. אין ממש בטענות התובעת כי מאמר כגון ת/17 אינו יכול לשמש תשתית להערכתו של מומחה הדסה בנושא תוחלת החיים. אדרבה, הדרך להערכות במקרה זה היא על יסוד מאמרים סטטיסטיים דוגמתו. במיוחד אין לשעות

לטענה זו של התובעת ולנלווה אליה (כי היה מקום להתבסס על מאמרים אחרים) במצב שבו מומחה התובעת ביכר שלא להתייחס כלל לשאלת הקיצור בתוחלת החיים.

- ב. אין לגזור מן האמירה של מומחה הדסה שהובאה לעיל מחקירתו הנגדית כי תוחלת חייה של התובעת תהיה רק עד סוף שנת 2015. משמעות האמירה שצוטטה לעיל מחוות דעתו היא שתוחלת חייה היא מחצית ממה שנותר לאשה "רגילה" בגילה לחיות. כך אומר הוא במפורש בחקירתו הנגדית (פרוטוקול, ע' 78, ש' 30 - ע' 79, ש' 3 שם ציין, בין היתר, במפורש כי יש למנות 7 שנים נוספות מן הדוגמה שניתנה לו לגבי אשה "רגילה" בת 73).
- ג. מתן משקל לכך שהתובעת כבר כבת 77 ושהיא שורדת כבר כעשר שנים במצב של אי ספיקת כליות, כך שאין ללכת בקשר אליה בנתיב הסטטיסטי של מי שרק עתה מתחיל בטיפול המודיאליזה ויש לקבוע לגביה תוחלת חיים ממושכת יותר.

#### יא. פיצויים – עזרת הזולת (עבר ועתיד)

109. התובעת עותרת לפסוק לה פיצויים כדלקמן: לתקופת העבר של 16 חודשים שמחודש פברואר 2004 עד יוני 2005 – פיצוי חודשי בסך 5,000 ש"ח, עבור עזרת בני משפחה. לתקופת העבר שמאז חודש יולי 2005 ולעתיד – פיצוי חודשי בסך 15,500 ש"ח עבור עזרת הזולת בשכר לפי הלכת אקסלרד או לפחות בסך 10,000 ש"ח (8,000 ש"ח עבור עזרה בשכר בתוספת 2,000 ש"ח עבור עזרת משפחה).

110. הדסה טוענת כי לגבי התקופה שבה ניתנה עזרה על ידי בני המשפחה יש לפצות לפי 2,000 ש"ח לחודש, כי לגבי יתרת תקופת העבר יש לפצות לפי 4,000 ש"ח לחודש וכי לעתיד יש לבסס את הפיצוי על סכום חודשי של 5,100 ש"ח.

111. לעניין פסיקת הפיצויים בראש נזק זה יש להתחשב בעיקר באלה:

א. מצבה של התובעת בתקופות השונות והעניינים שלגביהם קבעו המומחים כי היא זקוקה לעזרה. לעניין זה מאשר מומחה הדסה כי מאז שהגיע המצב לדרגת חומרה גבוהה, הרי שהתובעת זקוקה לעזרה בזמן הליכה ורחצה, כי היא נופלת לעתים רחוקות וזקוקה לעזרה על מנת לקום וכן לעזרה לצורך חימום אוכל והגשתו והלבשה. מומחה התובעת מציין כי היא זקוקה לעזרה בביצוע כל הפעולות היומיומיות, במשק הבית, בקימה ובהליכה וכי "אני לא הייתי משאיר אדם כזה לבד בשום רגע" (פרוטוקול, ע' 73, ש' 17). בניגוד

לניסיונות שני הצדדים להסתמך על קביעות המל"ל לגבי מצב התובעת, הרי שאין להתחשב בהן לעניין הפיצויים אלא רק לעניין הניכויים (וראו בקשר לכך למשל ע"א 612/84 מרגלית נ' מרגלית, פ"ד מא(3) 514, 521-522 (1987) ועוד).

- ב. הצורך בעזרת הזולת המתעורר ממילא בגיל מתקדם, כאשר בשנים הראשונות שבהן מדובר לא צפוי היה שאלמלא מה שביסוד התביעה הייתה התובעת נזקקת לעזרה.
- ג. הסכומים ששולמו בפועל עבור העזרה שהועסקה עד כה.

112. בהמשך למצוין לעיל, אני פוסק לתובעת בראש נזק זה פיצויים כדלקמן:

- א. לתקופה של 16 חודשים שמפברואר 2004 עד יוני 2005 – עבור עזרת בני המשפחה – סכום חודשי של 2,000 ש"ח לחודש בערכים של מועד פסק דין זה, בתוספת ריבית מאמצע התקופה (מ-1.10.04). החישוב מביא לסכום כולל מעוגל של 50,000 ש"ח למועד פסק דין זה.
- ב. לגבי התקופה של 109 חודשים שמיולי 2005 עד יולי 2014 – סכום חודשי של 6,000 ש"ח בערכים של מועד פסק דין זה. סכום חודשי זה משקף את מה ששולם למטפלות הזרות ואת ההוצאות הנלוות בקשר לכך, את העובדה שגם בני המשפחה נזקקו להתגייס לעזרת התובעת בהקשרים שונים ואת הסיכוי לכך שלפחות בחלק מתקופה זו הייתה התובעת נזקקת ממילא לעזרה בהינתן גילה המתקדם. החישוב מביא לסכום של 654,000 ש"ח. על סכום זה תתווסף ריבית מאמצע התקופה (מ-1.1.10). החישוב מביא לסכום כולל מעוגל של 800,000 ש"ח למועד פסק דין זה.
- ג. לעתיד – פיצוי בסך 8,000 ש"ח לחודש כמשקף את מכלול הפיצוי הראוי עבור העזרה הנוספת שהתובעת נזקקת לה בשל מה שביסוד תביעה זו. מכיוון שמדובר בתקופה של 8 שנים ממועד פסק דין זה יעמוד הפיצוי הכולל על סכום מעוגל של 682,000 ש"ח (לפי 8,000 ש"ח X 85.2546 – מקדם היוון ל-96 חודשים).
- ד. סיכום הסכומים דלעיל מביא לכך שהסכום הכולל שנפסק בפרק זה הוא 1,532,000 ש"ח למועד פסק דין זה.

יב. פיצויים – טיטולים, עזרים ותרופות, הוצאות מוגברות וניידות (עבר ועתיד)

113. עבור מה שנכלל בפרק זה עותרת התובעת לפיצויים לעבר כדלקמן:

- א. טיטולים – 78,000 ש"ח (לפי 650 ש"ח לחודש).
- ב. עזרים ותרופות – 24,000 ש"ח (לפי 200 ש"ח לחודש).

- ג. הוצאות מוגברות (חשמל, ביגוד, ניקוי ולחצן מצוקה) – 60,000 ש"ח (לפי 500 ש"ח לחודש).
- ד. ניידות (עבור נסיעות שלה ושל מלוויה, לרבות לצורך הדיאליזה ותוך הבחנה בין התקופה שלפני הדיאליזה לזו שאחריה) – 134,590 ש"ח.
114. בכל הנוגע לעתיד מציעה התובעת לגבי כל אחד מהנ"ל סכום כולל לפי האפשרות שתוחלת חייה היא עד גיל 89 ולפי האפשרות שתוחלת החיים היא עד גיל 84 כדלקמן:
- א. טיטולים ועזרים רפואיים – 83,879 ש"ח ועוד 135,497 ש"ח או 91,983 ש"ח.
- ב. הוצאות מוגברות – 64,043 ש"ח או 43,000 ש"ח.
- ג. ניידות – 154,000 ש"ח או 105,000 ש"ח.
- ד. כיסא גלגלים – 30,000 ש"ח לפחות (גלובאלי).
- ה. התאמת מגורים – 300,000 ש"ח או לפחות 151,000 ש"ח.
115. הדסה טוענת כי עבור כל הנ"ל יש לפסוק פיצוי בסכום כולל של 200,000 ש"ח (לעבר ולעתיד גם יחד).
116. לצורך פסיקת הפיצויים לגבי מה שנכלל בפרק זה של פסק הדין יש להתחשב בעיקר באלה:
- א. הצרכים של התובעת במצביה השונים.
- ב. תוחלת החיים המשמשת נקודת מוצא לפסק דין זה.
- ג. קבלות מעטות לגבי הוצאות בעבר, נתון הפועל לחובת התובעת גם לשיטתה (פרוטוקול, ע' 166, ש' 10-11).
- ד. העדר ביסוס קביל ומשכנע לעניין התאמת מגורים ולגבי נתונים ספציפיים בקשר לפריטים רבים מהמנויים לעיל.
117. בהמשך למצוין לעיל, אני פוסק לתובעת במסגרת פרק זה את הסכומים הבאים (הכוללים, בין היתר, התחשבות בכל הקשור בהפרשי הצמדה וריבית עד מועד פסק דין זה):
- א. לעבר – סכום כולל של 60,000 ש"ח עבור כל המפורט בסעיף 50 (א-ג) דלעיל וסכום נוסף של 90,000 ש"ח עבור הוצאות ניידות מוגברות בשל מה שביסוד תביעה זו. סכומים אלה כוללים כבר התחשבות בעניין הפרשי הצמדה והריבית הרלבנטיים.
- ב. לעתיד – סכום כולל של 60,000 ש"ח עבור הנכלל סעיף 51 (א) דלעיל וסכום נוסף של 70,000 ש"ח עבור הוצאות ניידות מוגברות.

ג. סיכום הסכומים דלעיל מביא לכך שהסכום הכולל שנפסק בפרק זה הוא 280,000 ש"ח.

יג. פיצויים – נזקים לא ממוניים (לרבות פגיעה באוטונומיה)

118. התובעת עורכת חישובים מחישובים שונים ועותרת לפיצוי בסך של יותר משלושה מיליון ש"ח עבור נזקים לא ממוניים (כאב וסבל, אבדן הנאות חיים וקיצור תוחלת חיים) ולפיצוי נוסף בסכום שיתקרב ל-350,000 ש"ח ושלא יפחת מ-150,000 ש"ח עבור פגיעה באוטונומיה.

119. הדסה טוענת כי אין לפסוק פיצוי נפרד עבור פגיעה באוטונומיה וטוענת כי יש לפסוק עבור כל הקשור בנזק הלא ממוני סכום כולל של 500,000 ש"ח.

120. לצורך פסיקת הפיצויים עבור מה שנכלל בפרק זה יש להביא בחשבון את השיקולים הבאים:

א. גישות שונות בפסיקה בשאלה אם יש מקום לפיצוי נפרד עבור פגיעה באוטונומיה בנוסף לפיצוי עבור הנזקים הלא ממוניים בכללותם.

ב. גישתה המוטעית של התובעת העורכת חישוב של הפיצוי לפי הרכיבים שבחוק פלת"ד ומכפלה של התוצאה המתקבלת לצורך הפיצויים כאן, בה בשעה שנפסק במפורש כי אין ללכת בדרך זו (וראו למשל: ע"א 3843/90 אוחיון נ' מדינת ישראל, [פורסם בנבו] פסק דין מ-5.8.93; ע"א 398/99 קופ"ח נ' דיין, פ"ד נה(1) 765, 768 (1999) ועוד). בקשר לכך יצוין כי גם לשיטתה שלה טועה התובעת בכך שהיא מביאה בחשבון ימי אשפוז יום עתידיים אף שנפסק במפורש באותו פסק דין שהתובעת מסתמכת עליו בהקשר אחר (ע"א 8452/02 פלוני נ' כהן, [פורסם בנבו] מיום 15.2.05) כי לצורך הפיצוי עבור ימי אשפוז בתביעות פלת"ד אין להביא בחשבון ימי אשפוז עתידיים, אלא רק כאלה שכבר התממשו בעבר.

ג. הנכות הקשה של התובעת, הכאב והסבל שהם מנת חלקה (לרבות כל הקשור בטיפולי הדיאליזה התדירים), אבדן הנאות החיים בשל כל הנ"ל והקיצור בתוחלת חייה.

ד. העובדה שהייתה במקרה דנן פגיעה באוטונומיה של התובעת.

121. לאחר שקילת המכלול אני סבור שהסכום שמציעה הדסה לפסוק הוא ראוי והוגן. בהמשך לכך אני פוסק לתובעת על כל שנכלל בפרק זה של פסק הדין סכום כולל של 500,000 ש"ח למועד פסק דין זה (הכולל, בין היתר, ריבית עד מועד זה).

**יד. פיצויים – סיכום**

122. העולה מכל המקובץ עד כה הוא כי **סכום הפיצויים הכולל שנפסק לזכות התובעת הוא 2,312,000 ש"ח** (הסכום המצטבר מן הסכומים שנפסקו לעיל, בסעיפים 112, 117 ו-121 של פסק דין זה).

**טו. ניכויים**

123. לעניין הניכויים ציין ב"כ הנתבעת באורח לקוני בסיכומיו כי "יש לזכור גם את עניין הפחתת המל"ל. יש בעניין זה חוות דעת אקטוארית. צריך לעדכן את המועדים" (פרוטוקול, ע' 182, ש' 29-30). התובעת לא הסתייגה מכך.

124. אכן, הדסה הגישה במסגרת ראיותיה מסמכים מן המל"ל בעניין גמלאות סיעוד (נספח 8 למסמכים שהגישה ב-30.1.13, אשר בקשר אליהם נאמר בסעיף 48(א) שאין להתחשב בהם לעניין הפיצויים, אלא רק לעניין הניכויים). בהמשך (ב-15.9.13) הגישה גם חוות דעת אקטוארית מ-11.9.13 אשר לפיה שווי כל גמלאות הסיעוד של המל"ל (לעבר ולעתיד) הוא 532,435 ש"ח למועד חוות הדעת.

125. בהינתן מה שנקבע לעיל (לעניין הפיצויים) כי לעניין עזרת הזולת יש להביא בחשבון שגם אלמלא מה שביסוד תביעה זו הייתה התובעת נזקקת בשלב כלשהו לעזרה, יש להביא בחשבון עניין זה גם לצורך הניכויים (וראו למשל [ע"א 66/87](#) מזרחי נ' בן יהודה, [פורסם בבנו] פס"ד מ-14.12.89).

126. בהתחשב במכלול, אני קובע כי **מסכום הפיצויים הכולל ינוכה סכום כולל של 450,000 ש"ח למועד פסק דין זה, עבור גמלאות שיש לזקפן לחובת מה שביסוד תביעה זו.**

**טז. הערה בטרם חיתום**

127. בהמשך לכל שנאמר עד כה, אני מוצא לנכון להעיר את ההערה שתובא להלן. התובעת והדסה העלו זו כלפי זה טענות בדבר שינויי חזית שיש להתעלם מהם. התובעת טענה כי הדסה לקתה בכך במה שקשור לשתל מרקמת החזיר ואילו הדסה טענה כי התובעת כשלה בכך במה שנוגע לפרטים שונים בנושא ההסכמה מדעת ורשלנויות שונות.

לנוכח מכלול מה שמופיע בכתב התביעה, נראה שאין מקום לזקוף דבר מה הקשור בכך לחובת התובעת. כלפי הנתבעת יש לומר בנימה ביקורתית כי אכן עניין מקורו של השתל ברקמת חזיר עלה לראשונה בחקירתו הנגדית של פרופ' סטנטון ולא קודם לכן. מכל מקום, גם אילו גישתי בכל שקשור לשינויי החזית שנטענו הייתה שונה, הרי שלא היה בכך לשנות מן הקביעות העקרוניות ומן התוצאה האופרטיבית.

### יז. סיכום וסיום

128. לנוכח כל שנאמר עד כה, השורה התחתונה של פסק דין זה היא כדלקמן:
- א. על הדסה לשלם לתובעת פיצויים בסכום כולל של 2,312,000 ש"ח (כמצוין בסעיף 122 דלעיל) בניכוי סך 450,000 ש"ח (כפי שנקבע בסעיף 126 דלעיל).  
השורה התחתונה היא כי עליה לשלם לתובעת סך 1,862,000 ש"ח.
- ב. בנוסף לסכום הכולל הנ"ל תשלם הדסה לתובעת שכ"ט עו"ד בסכום כולל מעוגל של 400,000 ש"ח וכן את האגרה ששילמה התובעת עם הגשת התביעה (3.2.11) בצירוף הפרשי הצמדה וריבית מאז וכן הוצאות נוספות בסכום מעוגל של 32,000 ש"ח למועד פסק דין זה עבור חוות הדעת הרפואיות ועדויות המומחים מטעם התובעת (כעולה ממה שנתבקש בסיכומי התובעת, פרוטוקול, ע' 167, ש' 2-3).
- ג. ההודעה לצד שלישי נדחית.
- ד. הדסה תשלם לצד השלישי, עבור הוצאות המשפט ושכ"ט עו"ד גם יחד, סכום כולל של 50,000 ש"ח למועד פסק דין זה.
- ה. הדסה תשא באגרות הנוספות שיש לשלם בתיק דנן.

ניתן בהעדר הצדדים היום, ג' באב תשע"ד, 30 ביולי 2014.

[בעניין עריכה ושינויים במסמכי פסיקה, חקיקה ועוד באתר נבו – הקש כאן](#)

רפאל יעקובי 54678313-/  
 נוסח מסמך זה כפוף לשינויי ניסוח ועריכה