|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **בית המשפט המחוזי בירושלים** | | |
|  | | |
| עזבון המנוח מ' י' ז"ל ואח' נ' מגן דוד אדום | | 16 ספט 2020 20986-10-15 |
|  | | |
| **השופט** | ארנון דראל | |
|  | | |
| **התובעים** | 1. עזבון המנוח מ' י' ז"ל 2. ב' ב'  ע"י עו"ד אמיר שניידשר | |
|  | | |
|  | **- נגד -** |  |
|  | | |
| **הנתבעת** | מגן דוד אדום ע"י עו"ד ליאור פרי | |

הצדדים השלישיים

1. בית חולים ביקור חולים

2. כלל חברה לביטוח בע"מ

פסק דין

מבוא

1. ביום 18.4.2009 הזמינה התובעת מס' 2 (להלן: התובעת) אמבולנס מאת הנתבעת, אגודת מגן דוד אדום בישראל (להלן: מד"א), וזאת לצורך טיפול במנוח שעזבונו הוא התובע מס' 1 (להלן: המנוח). לאחר שצוות מטעם מד"א הגיע לדירתם של התובעת והמנוח, המנוח פונה באמבולנס לבית החולים ביקור חולים בירושלים, הצד השלישי מס' 1 (להלן: ביקור חולים) ונפטר.
2. לטענת התובעים, המנוח נפטר בזמן הנסיעה לבית החולים ומד"א התרשלה בטיפול במנוח ועל כן היא חבה בפיצוי התובעת כמי שהייתה תלויה בו וכמי שהיא היורשת היחידה שלו. עילת התביעה כלפי מד"א ממוקדת באירועים שהתרחשו באותה נסיעה, שארכה מספר דקות, מבית המנוח ברחוב אחד העם בירושלים לבית החולים ביקור חולים במפגש הרחובות הנביאים ושטראוס בירושלים (יצוין כי בהמשך הועלו גם טענות אחרות אך מדובר בהרחבת חזית, ר' לעניין זה ההבהרה בעמ' 27, ש' 14-18).
3. מד"א חולקת על כך שהמנוח נפטר בדרך ולטענתה הוא הגיע לבית החולים בחיים, ונפטר בבית החולים. מכל מקום לטענת מד"א צוות האמבולנס לא התרשל, וזאת בהינתן התסמינים שאובחנו בעת הקריאה. מד"א חולקת על הטענות להתרשלות בבחירה לפנות את המנוח באמבולנס "לבן" ולנסוע נסיעה שאיננה דחופה, וחולקת על הטענות להתרשלות צוות האמבולנס בטיפול במנוח בזמן הנסיעה. לחלופין, מד"א טוענת כי אף אם צוות האמבולנס כשל באיתור דום הלב, הרי שנוכח השלב שבו הדבר אירע ממילא לא ניתן היה לעשות דבר פרט להמשך הנסיעה לבית החולים.
4. לצד טענותיה כלפי התובעים, מד"א הגישה הודעה לצד שלישי נגד ביקור חולים וכנגד הצד השלישי 2, כלל חברה לביטוח בע"מ המבטחת את בית החולים (להלן אתייחס לשני הצדדים השלישיים בלשון יחיד כאל ביקור חולים). ביקור חולים מצטרף לעמדת התובעים כי המנוח נפטר במהלך הנסיעה והגיע לביקור חולים כשהוא ללא רוח חיים. בנוסף ביקור חולים טוען כי לא הייתה התרשלות בטיפול שניתן למנוח בבית החולים.
5. מד"א וביקור חולים טוענים גם להיעדרו של קשר סיבתי בשל כך שנוכח קיומו של פרפור חדרים שהביא לדום לב במהלך הנסיעה סיכויי השרידות של המנוח היו ממילא אפסיים, גם אלמלא הייתה התרשלות בטיפול בו.
6. המחלוקת בין הצדדים מערבת עניינים עובדתיים ורפואיים. נדרשת הכרעה באשר לאירועים שהתרחשו עד לכניסתו של המנוח לאמבולנס בעודו בחיים, התסמינים שאובחנו בטרם כניסתו, וההתרחשויות במהלך הנסיעה. נוסף על כך נדרשת הכרעה בשאלה האם המנוח הגיע לבית החולים כשהוא חי או מת. בין יתר השאלות עולה השאלה, ככל שהמנוח סבל מדום לב במהלך הנסיעה, מתי בדיוק אירע דום הלב, כאשר פרק הזמן שנותר להשלמת הנסיעה לאחר דום הלב יכול להשליך על שני היבטים: האחד – סיכויי השרידות של המנוח להישאר בחיים וללא נזק מוחי חמור, כאשר הוברר כי ככל שפרק הזמן בין דום הלב לבין ההגעה לבית החולים ותחילת ההחייאה הוא ממושך יותר, הסיכוי קטן; השני – קיומה של התרשלות – ככל שהמרחק בין המקום בו אותר דום הלב לבין בית החולים הוא קצר יותר, הרי שאז מתחזקת טענתה של מד"א כי לא היה צריך לעשות דבר אלא להמשיך בנסיעה לבית החולים, ולהגיע אליו מוקדם ככל הניתן.
7. מאחר וקביעת הממצאים העובדתיים והדיון בשאלת הרשלנות שלובים, נסקור את העדויות העובדתיות ואת חוות הדעת של המומחים בהינף אחד, לאחר מכן נדון בטענות הצדדים בפן העובדתי והרפואי, נגדיר את הממצאים העובדתיים ואת הנובע מהם בכל הנוגע לשאלת ההתרשלות. את הדיון באשר לקיומו של הקשר הסיבתי נעשה בהמשך. העובדות
8. קביעת הממצאים העובדתיים בשאלות שעומדות להכרעה נשענת על המסמכים הרפואיים; על עדותם של שלושה מהמעורבים בנסיעה ובטיפול לאחריה: התובעת, נהג האמבולנס, והרופא שטיפל במנוח בביקור חולים; ועל ההימנעות מהבאתם של מעורבים אחרים לעדות, ובהם שני מתנדבים, שהתנדבו במד"א והיו באמבולנס. נפתח תחילה בסקירת המסמכים הרפואיים ולאחר מכן נתאר את העדויות. המידע הנלמד מן המסמכים
9. המסמכים הרפואיים הרלוונטיים אינם רבים. בשלב מתקדם של ההליך הוגש הרישום הממוחשב של מד"א המתאר את לוחות הזמנים ואת המעורבים בכל אחת מהפעולות לפי הפירוט הבא:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| שעה | פעולה |  |
| 17:30 | קריאה |  |
| 17:31 | רישום פרטי השיחה | הגדרת הקריאה כ"דחוף",    קוד רפואי: "קוצר נשימה קל"    תיאור התלונה: "+דופק מהיר, "עיניים רדומות", לא עונה לדיבור, לדברי המזמינה כנראה עקב לחץ, מבקשת בלי סירנה ברחוב ואם אפשר בשקט. |
| 17:32 | יציאת האמבולנס |  |
| 17:35 | הגעת כוננים |  |
| 17:36 | הגעת האמבולנס |  |
| 17:52 | יציאת האמבולנס לכיוון בית החולים |  |

1. דווח על חולה/נפגע אמבולנס מס' 3803906 מתעד את הקריאה ואת הממצאים של צוות האמבולנס. לפי המסמך התלונה העיקרית שנרשמה בעת ההזנקה הייתה "קוצר נשימה קל" ותיאור המקרה שנמצא על ידי הנהג היה "התייבשות, היפרונטילציה". המנוח נמצא בהכרה, נושם, עם דופק סביר ולחץ הדם 130/90. הגדרת הנסיעה הייתה "לא דחופה".
2. מדבקת הקליטה בבית החולים מתארת כי האירוע נפתח בשעה 18:00 ותיאור האנמנזה היה:"בן 50, פונה ע"י מד"א לבן ללא דופק, ללא נשימה, נראה מוזנח, מלוכלך. לדברי אשתו לא ידוע על מחלות רקע ולא לקיחת סמים"
3. בתיאור התלונה העיקרית בגליון הטיפול בבית החולים נכתבו הדברים הבאים: "בן 50, אין מידע על מחלוקת רקע, אין מידע על תרופות שלוקח. הובא ע"י מד"א לפי דברי מד"א אחרי לחץ נפשי נכנס לקוצר נשימה ופרמדיק שבדק אותו במד"א התרשם שמדובר על אירוע (ה)יסטרי. החולה הובא לחדר מיון כאשר בהערכה ראשונית היה ללא רוח חיים, ללא נשימה, ללא ... תגובה, אישונים עין רחבים, ולא הגיבו לשום גירוי. מיד החולה נכנס להחייאה. נעשתה החייאה מלאה כולל הנשמה, מכות חשמל ומתן תרופות כמקובל. לציין שבהכנסת זונדה יצא קופי גראונד. במהלך החייאה חזר דופק והופיע לחץ דם... נקבע מוות בשעה 18:56".
4. גיליון הרישום במהלך ההחייאה מלמד כי למנוח לא היה דופק עם הגיעו בשעה 18:00 וכי נעשו ניסיונות החייאה עד להכרזה על מותו בשעה 18:56. העדויותעדות התובעת
5. התובעת כותבת בתצהירה כי באותו יום, שבת ה- 18.4.2009, היא הבחינה שהמנוח חש ברע, נשם מהר ובכבדות, היה נראה רדום ואפתי ולא הגיב כאשר דיברה אליו. מאחר ומעולם לא ראתה אותו במצב כזה נלחצה ומיהרה להתקשר למד"א תוך שהיא מדווחת על כך שבן זוגה אינו חש בטוב, עם עיניים רדומות, מתנשם ואינו מגיב לפניות.
6. לפי האמור בתצהיר, האמבולנס, שבו שלושה אנשי מד"א הגיעו אל הבית לאחר כ-15 דקות מרגע שהתובעת התקשרה ודקה או שתי דקות קודם לכן הגיע בחור נוסף שהציג עצמו כמתנדב של מד"א. היא מתארת ש"הצוות התמהמה זמן לא מבוטל" שאותו העריכה ב-20 דקות לערך, מבלי שבוצעה פעולה טיפולית אלא רק מילוי הטפסים. לאחר שזה הושלם ולאור מצבו של המנוח הצוות ביקש לפנות את המנוח לבית החולים.
7. לדברי התובעת המנוח עלה בכוחות עצמו אל כיסא שהוכנס לאמבולנס. התובעת מוסיפה שביקשה לשבת ליד המנוח בחלק האחורי של האמבולנס אך הנהג לא הסכים לכך ועמד על כך שתשב לצדו בחלקו הקדמי.
8. התובעת הוסיפה, כי הנסיעה הייתה בקצב מאוד איטי וללא כל סממן של דחיפות, כאשר המנוח שכב על מיטת הטיפולים באמבולנס ולצדו בחורה שהייתה אמורה להשגיח עליו. התובעת ציינה בתצהיר כי היא זוכרת בוודאות שבמהלך הנסיעה, פנתה אותה בחורה אל נהג האמבולנס ואמרה לו שהמנוח אינו מגיב לשאלות שלה. הנהג ענה לה "עזבי הוא משחק" ולא התייחס ברצינות לדבריה. שאר הנסיעה עברה בשקט ובלי כל אירוע מיוחד.
9. הנסיעה ארכה כעשר דקות מרגע העלייה לאמבולנס, ועם ההגעה לבית החולים הנהג ירד לסייע בהורדת מיטת הטיפולים ולפתע פרץ כל הצוות בריצה עם האלונקה אל תוך חדר המיון של בית החולים. היא לא הספיקה לראות דבר אך הבחינה בבהלה שעל פניהם של אנשי צוות האמבולנס שרצו אל תוך חדר המיון. בחלוף, למעלה משעתיים נמסר לה שהמנוח נפטר בגלל בעיה בלב.
10. התובעת הזכירה שמספר ימים קודם לכן, ביום 14.4.2009, היא פנתה למד"א כדי לבקש פינוי של המנוח, וזאת לאחר שובם של בני הזוג מטיול. פנייתה נעשתה בשל כך שהמנוח נראה מיובש והרגיש חולשה, אך תוך כדי השיחה החליטה שעדיף לפנות למוקד של קופת החולים. המנוח שב והרגיש טוב בסמוך לכך ולא היה צורך בפינוי. בכל מקרה לא היה דמיון בין התופעות שאפיינו את אותה חולשה לבין מצבו ביום האירוע. במהלך הימים שבין 14.4.2009 ל-18.4.2009 המנוח הרגיש מצוין, והשניים טיילו וקיימו אורח חיים רגיל ובריא.
11. בהתייחסה לרישום בטופס הפינוי התובעת כותבת כי היא אינה מבינה על סמך מה נרשמו ממצאים של "היפרונטילציה" ו-"התייבשות". היא הסבירה שהמנוח לא נשם במהירות ולא היה במצב היסטרי אלא פשוט לא הרגיש טוב, היה לו דופק מהיר והוא היה חלש ואפתי. נוסף על כך התובעת הבהירה כי המנוח לא היה עצבני או כעוס או לחוץ ולפני שהחל שלא לחוש בטוב לא היה שום אירוע "מכונן" שיכול היה לגרום לו להתנהג ולהרגיש כפי שהיה נראה שהרגיש ובשל כך החליטה להזמין אמבולנס.
12. בחקירתה הנגדית אישרה התובעת כי המנוח ישב על כיסא משרד עם גלגלים והוסע באמצעותו מהדירה עד לאמבולנס, ושם הועבר לאלונקה. הוא עבר מהכיסא לאלונקה בכוחות עצמו והיה ערני (עמ' 28, ש' 9-29).
13. לדבריה מסלול הנסיעה של האמבולנס החל בנסיעה נגד הכיוון עד לרחוב ז'בוטינסקי ולא דרך הרחובות אחד העם וקרן היסוד (עמ' 25, ש' 15-16). האמבולנס לא הפעיל סירנה וכיוון הנסיעה הזה האריך את הדרך וחייב המתנה ברמזורים (עמ' 27, ש' 26-28). להערכתה, אף שהנסיעה הייתה בשעות אחר הצהריים של יום שבת, העמידה ברמזורים ואי הפעלתה של סירנה "הכפיל או שילש את הזמן" (עמ' 28, ש' 4). עם זאת כאשר הונחו לפניה הנתונים באשר לשעת היציאה (לפי הרישום הממוחשב של מד"א) ושעת ההגעה (לפי הרישום הממוחשב של ביקור חולים) היא הסכימה שהערכת הזמן שעשתה לא הייתה נכונה (עמ' 25, ש' 21-23).
14. התובעת שבה ואמרה שהיו בבית שתי קבוצות ששוחחו אחת עם השנייה במקום לטפל במנוח (עמ' 26, ש' 1-4) תוך שטענה כי חלף פרק זמן של 8 דקות עד שאנשי מד"א ניגשו לטפל במנוח, אם כי יתכן והאריכה בהערכת פרק הזמן (עמ' 26, ש' 17-21).
15. בהתייחסה למה שהתרחש במהלך הנסיעה התובעת תארה שבאמבולנס היו שלושה אנשי צוות, החובש, המתנדבת ואדם נוסף (עמ' 33, ש' 25-28). התובעת חזרה על הגרסה שניתנה בתצהיר, ולפיה הבחורה שהייתה באמבולנס אמרה לחובש [הנהג] שהמנוח אינו מגיב, והחובש ענה לה משהו ולאחר מכן הם לא דיברו עוד (עמ' 30, ש' 27). בהמשך לכך היא התבקשה להסביר מדוע כאשר היא שמעה אמירה כה מטרידה היא נמנעה מלהגיב או לנקוט יוזמה. תשובתה הייתה: "שאלתי מה צריך לעשות, אמרו לי זה בסדר כולם ככה" (עמ' 31, ש' 4).
16. תשובת התובעת עוררה קושי, הנובע מכך שבתצהירה לא נזכר כי היא שאלה עוד שאלה: "מה צריך לעשות" והתשובה שניתנה לשאלה זו. התובעת התבקשה להסביר מדוע השאלה הנוספת "מה צריך לעשות?" אינה נזכרת בתצהירה אך לא הייתה יכולה להסביר זאת ואמרה כי הסתכלה על הנהג והוא אמר שזה בסדר (עמ' 31, ש' 8).
17. לאחר מכן התובעת הוסיפה פרט נוסף בקשר למה שהתרחש במהלך הנסיעה לבית החולים והוא כי בזמן הנסיעה היא קראה למנוח בעת שהיא פנתה לנהג (עמ' 31, ש' 29-30) ובהמשך ציינה "קודם כל קראתי ל[מנוח] ואח"כ פניתי לנהג, והוא אמר שמטפלים בזה והוא התחיל לשאול אותי מה [המנוח] עושה בחיים. הוא התעניין במה שהוא עושה." (עמ' 32, ש' 11-12). בחלוף מספר שאלות טענה התובעת כי לא הסתפקה בקריאה אחת למנוח אלא קראה לו הרבה פעמים (עמ' 33, ש' 3) אך מיד לאחר מכן השיבה כי אינה זוכרת אם קראה לו יותר מפעם או פעמיים (עמ' 33, ש' 7-8). התובעת לא זכרה אם הנהג התעניין בשלומו של המנוח במהלך הנסיעה, כפי שטען (עמ' 35, ש' 14-15).
18. התובעת התבקשה למקם מבחינת לוחות הזמנים באיזה שלב של הנסיעה אמרה המתנדבת שהמנוח אינו מגיב. היא פירטה שוב את המסלול שכלל את הרחובות אחד העם, ז'בוטינסקי, גן הפעמון, קרן היסוד, המלך ג'ורג' עד לבית החולים ביקור חולים, ומיקמה את חילופי הדברים ברחוב המלך ג'ורג', באזור ככר צרפת – מלון המלכים (עמ' 34, ש' 20-27). עדות אושרי אדרי
19. מר אושרי אדרי עובד במד"א מאז שנת 1995 ובמועד הרלוונטי שימש חובש בצוות אמבולנס "לבן" שנקרא לטפל במנוח. הוא פרט בתצהירו באופן מדויק את הזמן שבו אירע כל אחד מהאירועים. לדבריו הקריאה הגיעה למוקד בשעה 17:31 ולמוקד נמסר כי מדובר מאדם הסובל מלחץ נפשי ובהתאם לכך אמבולנס נשלח אל הכתובת והחל בנסיעה. כונן מד"א הקדים את צוות האמבולנס, שהגיע עצמאית ומיד לאחר הגעתו לקח מהמנוח מדדים חיוניים, ועדכן את העד כי מדדיו של המנוח תקינים וככל הנראה מדובר בלחץ נפשי. הדברים תאמו גם את המידע שנמסר מבת הזוג, התובעת.
20. מר אדרי כתב שהגיע לדירה בשעה 17:36, ומצא את המנוח שכוב בחדרו. הוא נטל ממנו מדדים חיוניים שהיו תקינים והמנוח עבר למצב של חצי ישיבה, הוא שאל אותו האם הוא סובל מכאבים בחזה או משהו מפריע לו, אולם לא הצליח לקבל ממנו מענה מדויק. בהיעדר שיתוף פעולה הוא פנה לבת הזוג, אשר מסרה כי בשעות הבוקר המנוח קיבל שיחה טלפונית בענייני עבודה ומאז הוא נסער, עצבני, לא אוכל ולא שותה.
21. נוכח המדדים התקינים הוא סבר כי מדובר באירוע של קוצר נשימה על רקע מתח נפשי (שאותו הגדיר בטופס כ"היפרוונטילציה"). המנוח עבר בכוחות עצמו ממיטתו לכיסא והורד לאמבולנס. במהלך הנסיעה בת הזוג ישבה לצדו של העד, שנהג באמבולנס.
22. לדברי הנהג הנסיעה החלה בשעה 17:52 ומשך הנסיעה היה כ-7 דקות. במהלך הנסיעה בת הזוג סיפרה לו כי אחד משותפיו של המנוח מכר פטנט שהמנוח ושותף נוסף היו שותפים לפיתוחו וברח עם הכסף. הוא הוסיף כי בדרך לבית החולים בדק פעמיים עם המתנדבת שישבה לצד המנוח מה מצבו והיא מסרה לו שהוא בסדר.
23. בעת שפתח את דלתות האמבולנס ראה שהמנוח לא זז וככל הנראה הפסיק לנשום ממש בכניסה לבית החולים. הוא הוציא את האלונקה ורץ מיד לחדר הטראומה, מסר לרופא כי המנוח הפסיק לנשום ממש עכשיו וסייע לו בפעולות ההחייאה. לפי עדותו הציע לרופא לחבר את המנוח למוניטור ולתת לו שוק חשמלי אך הרופא התעקש על ביצוע עיסוי. החיבור למוניטור בוצע כאשר המנוח כבר היה במצב של אסיסטולה.
24. מר אדרי נמנע מלהתייחס במסגרת התצהיר לשיחה שאותה תארה התובעת בתצהירה, בכל הנוגע לכך שהמנוח אינו מגיב ולכך שהשיב כי הוא "משחק", לא אישר קיומה של שיחה כזו ולא הכחיש אותה.
25. חקירתו הנגדית של העד הייתה לא שגרתית. העד, שפרט בתצהירו את הזמן המדויק של כל אחת מההתרחשויות, עמד בתוקף על כך, שהוא זכר את הזמנים השונים, בעת כתיבת תצהירו (מזיכרונו שלו), וזאת למרות שחלפו למעלה מעשר שנים בין האירועים לבין מועד עדותו. מר אדרי היה נכון להרחיק לכת בגרסתו זו, כי מקור המידע הוא מזיכרונו, עד כדי אבסורד, מבלי שהיה נכון להודות במובן מאליו – כי נסמך על הרישומים הממוחשבים של מד"א, שהוצגו על ידי בא כוחה של מד"א לאחר מכן (עמ' 42, ש' 18-26, עמ' 47, ש' 6-13, עמ' 52, ש' 8-11, עמ' 57, ש' 3-17, עמ' 68, ש' 1-14).
26. העד ציין כי באמבולנס היו שני אנשים נוספים. מתנדבת שהגיע מחו"ל ששמה אלי וכן מתנדב נוסף ששמו אופיר (עמ' 50, ש' 1-3). רק לאלי היה קשר עין עם המנוח, והיא הבינה עברית אף שלא דיברה באופן שוטף (עמ' 50, ש' 27-30). מר אדרי זכר ששאל את המתנדבת מספר פעמים האם המנוח בסדר והבהיר כי סובב את הראש אליה ושאל (עמ' 51, ש' 2). הוא הוסיף כי לא שאל אם המנוח ער, ישן או אם הוא עם עיניים פקוחות או סגורות, נושם או לא, אלא האם הכל בסדר (עמ' 51, ש' 19-22). ההסבר שנתן לכך ששני המעורבים האחרים, אלי ואופיר לא הובאו לעדות היה כי מדובר במתנדבי נוער (עמ' 51, ש' 23-26).
27. בהמשך העדות נשאל הנהג מה ראה כאשר פתח את דלתות האמבולנס והשיב כי "לא היו נשימות" וכי קרא למנוח אך הוא לא הגיב. הוא הוציא את המיטה ו"טס פנימה" (עמ' 53, ש' 24-25). בתשובה לשאלה כיצד הגיע למסקנה שהמנוח הפסיק לנשום בכניסה לבית החולים הוא ענה כי דקה לפני ההגעה הוא שאל את המתנדבת מה קורה עם המנוח (עמ' 53, ש' 31).
28. בהינתן כי אף עובדה משמעותית זו לגבי ההתרחשויות לא נזכרה בתצהיר העדות הראשית, העד התבקש להסביר את היעדרה אך לא ידע לתת מענה לתהייה זו (עמ' 53, ש' 32-33). בהמשך עדותו הוא לא ידע למקם את המקום, במהלך הנסיעה, שבו הסתובב אל המנוח ושאל אם כל בסדר ושיער כי מדובר בצומת שבטי ישראל (עמ' 64, ש' 32).
29. העד הגיב בתקיפות רבה להנחה שנאמר לו שהמנוח אינו מגיב והוא ענה "עזבי הוא משחק". לדבריו: "אתה אומר בעצם שאני רוצח", וכי אם היה נאמר לו דבר כזה, באותה שנייה היה קופץ אחורה (עמ' 65, ש' 10-12). בהתייחסו לנקודת הזמן המאוחרת יותר שבה היה קופץ לאחור הוא השיב כי "אילו אמרה זאת בכניסה לבית החולים לא הייתי עוצר, אך מטר לפני בוודאי שזה משנה" (עמ' 65, ש' 21). מר אדרי ציין כי באמבולנס קיים מכשור להתמודדות עם מצב של הפסקת נשימה או דופק שכולל אמבו-מפוח הנשמה ודפיברילטור (עמ' 55, ש' 28-30).
30. מר אדרי תאר מסלול נסיעה שונה מזה שהתובעת תיארה (עמ' 63, ש' 10-16). הוא אישר כי דובר בנסיעה "לא דחופה" וכי לא הפעיל סירנה או עבר ברמזור באור אדום אלא עצר בחלק מהרמזורים (עמ' 63, ש' 17-24). הנסיעה ארכה לפי זכרונו 7 דקות ולהארכתו נסיעה דחופה הייתה אורכת דקה או שתיים פחות (עמ' 63, ש' 29-30). עדות ד"ר צבי קמנצקי
31. ד"ר קמנצקי היה הרופא התורן בחדר המיון של בית החולים בעת התמחותו ברפואה פנימית. לפי האמור בתצהירו בשעה 18:00 לערך נקרא בדחיפות על ידי צוות סיעודי כדי לטפל במנוח שהובא לחדר המיון ללא רוח חיים. כאשר הגיע אל המנוח, הצוות הסיעודי היה בעיצומה של פעולת החייאה ולאחר הערכה ראשונית לפיה המטופל חסר הכרה, ללא דופק או נשימה, הוא הצטרף לפעולות ההחייאה.
32. הרופא תאר כי תחילה בוצעו עיסויי לב והנשמות עם אמבו ולאחר מכן נעשה חיבור למוניטור, נפתח וריד ונעשו מדידות ראשוניות. לחץ הדם בערכים של 123/68 נמדד כאשר המנוח היה בעיצומה של החייאה ולאחר קבלת תרופות החייאה. מכל מקום כבר בתחילת ההחייאה היה קצב הלב Asystola עם מדד GCS 3 וסימני פגיעה מוחית (אישונים מורחבים ולא מגיבים). במהלך ההחייאה חזר הדופק לזמן קצר ונמדד לחץ דם, מה שאפשר ביצוע אינטובציה וחיבור למכונת הנשמה אך לאחר זמן קצר המנוח פיתח טכיקרדיה, ולכן קיבל טיפול במגנזיום ובהמשך טיפול במכת חשמל. הדופק הספונטני היה לזמן קצר בלבד, במהלכו החולה הונשם וחובר למכונת הנשמה. לאחר החייאה שנמשכה למעלה משעה הוחלט על הפסקתה בשעה 18:56.
33. רישום הזמנים וספירת מתן תרופות נעשו לאחר ההחייאה בשל כך שהצוות עסק בהצלת המטופל. התרופות – אטרופין ואדרנלין – ניתנו בכל מספר דקות לסירוגין ולא ביחד בהתאם לפרוטוקול שהיה קיים במועד האירוע.
34. ד"ר קמינצקי העריך בתצהירו כי במצב שבו המנוח הגיע לבית החולים סיכוייו לשרוד את האירוע ולהשתחרר מבית החולים חי ובריא היו מראש נמוכים ביותר, וככל הנראה נגרם לו נזק מוחי קשה ומשמעותי עוד בטרם תחילת ההחייאה וללא קשר אליה.
35. נוסף על כך הרופא ציין כי מצב שבו מד"א מביא חולה ללא רוח חיים הוא נדיר ובדרך כלל צוות מד"א מביא את החולה למיון לאחר שעבר אינטובציה, מונשם ולאחר שחובר לו עירוי. הוא הוסיף שלא היה מקום או זמן לקחת דם עורקי במהלך ההחייאה ואף לא הייתה הוריה בפרוטוקול לכך. לקיחת דם עורקי לא הייתה אפשרית ואף הייתה פוגעת בתהליך ההחייאה, שכן ממילא היה נדרש זמן עד לקבלת התשובות וכאן לא הייתה לכך כל רלוונטיות.
36. בחקירה הנגדית הוא הבהיר שפנה לטפל במנוח מיד עם הגיעו של המנוח לבית החולים (עמ' 138, ש' 15-19). אשר לרישומים הוא הסביר כי מאחר ומדובר בבית חולים "שומר שבת" נעשה הרישום על ידי כתבנים (עמ' 139, ש' 14-15) והטפסים השונים נכתבו בדיעבד ולא בזמן אמת (עמ' 138, ש' 28-29). הוא היה חד משמעי בהתייחסו למצב המנוח בעת הגעתו ובלשונו "הגיעה גופה" (עמ' 141, ש' 30, וכן ר' עמ' 142, ש' 22). העדים החסרים
37. במהלך הדיון הוברר, כאמור, כי באמבולנס היו מתנדבת, שמתגוררת ככל הנראה בחו"ל ומתנדב נוסף ששמו ידוע (אופיר). לאחר סיום שמיעת עדותם של התובעת ומר אדרי ונוכח ההתרשמות המורכבת מעדותם, שאליה אתייחס בהמשך, נשאל בא כוח מד"א על ידי בית המשפט האם בכוונת מד"א לזמן לעדות את אופיר. השאלה הופנתה באותו שלב נוכח הקושי הצפוי בקביעת ממצאים על יסוד שתי העדויות שתיארו את ההתרחשות במהלך הנסיעה והמחלוקת הקוטבית באשר להתרחשות באמבולנס. בא כוחה של מד"א השיב כי מד"א אינה נוהגת לזמן מתנדבים בני נוער לעדות (אף שברור כי בחלוף עשר שנים מדובר בבגירים), תוך שציין כי ברורה לו המשמעות של אי העדתם (עמ' 79, ש' 6-9). חוות הדעת הרפואיות
38. ארבע חוות דעת הוגשו: מטעם התובעים - חוות דעת אחת בתחום הרפואה הפנימית ומחלות הלב; מטעם מד"א - שתי חוות דעת: שתיהן של מומחים לרפואה דחופה; ומטעם הצדדים השלישיים - חוות דעת אחת של מומחה בתחום הקרדיולוגיה. חוות דעתו של פרופ' יהודה עדות
39. פרופ' עדות הוא מומחה למחלות פנימיות ולמחלות לב. בחוות דעתו הראשונה מיום 5.9.2012 הוא בחן תחילה מה גרם למותו הפתאומי של המנוח, ותשובתו לכך שמדובר בדום לב, שפירושו הפסקה פתאומית בפעילות הלב המובילה לחוסר באספקת דם לגוף שגורמת למות תאים עקב חוסר בחמצן. חוסר החמצן במוח גורם לאבדן הכרה ולהפסקת נשימה, כאשר פגיעה מוחית מתרחשת תוך כשלוש-ארבע דקות. אדם שלבו פסק מלפעום במשך 10 דקות או יותר, לא יוכל לחזור להיות בין החיים בשל מוות מיידי של תאים בגזע המוח עקב חוסר בחמצן. אישור להבחנתו הוא מצא בסיבה שצוינה על ידי הרופא בתעודת הפטירה.
40. הוא בחן את השאלה מהן הסיבות העיקריות לדום לב והוא פרט את הגורמים השונים. מכאן פנה לבחון אלו מחלות רקע, שמהן סבל המנוח, היו יכולות לגרום לו לדום לב, אך הגיע למסקנה כי לא היו גורמי סיכון למחלת לב כלילית. הוא הזכיר שמוות פתאומי יכול להיות הסתמנות ראשונה גם בהיעדר גורמי סיכון למחלה כלילית. בהיעדר בדיקת אקו לב או נתיחה לאחר המוות לא ניתן לאשר או לשלול סיבה גנטית כסיבה לדום לב.
41. פרופ' עדות פנה לדון בשאלה האם דום הלב היה קשור למצב הרפואי של המפונה באמבולנס – מצב שלא אובחן כראוי על ידי צוות האמבולנס. הוא השיב לכך בחיוב והוסיף כי "קיים כלל ידוע ברפואה לגבי אדם צעיר המסתמן עם צרוף תופעות קליניות שמשמעותו היא כי יש להפוך את התופעות לאבחנה קלינית אחת". לדבריו התלונות בגינן הוזמן אמבולנס דחוף: דופק מהיר, עיניים רדומות והיעדר תגובה בדיבור הן תלונות המצביעות על בעיה רפואית חדה ומשמעותית. בנוסף מצב של קוצר נשימה לאחר מצב נפשי יכול ללמד על מצב קליני המבטא מחלות מסכנות חיים כמו מחלת לב וריאות ויש להתייחס לכך. אין זה מתקבל על הדעת שהמנוח הופנה בשל אירוע שפיר של קוצר נשימה וכעבור מספר דקות מתברר כי מדובר באירוע של דום לב. לכן יש לקשור בין אירוע דום הלב שאובחן בהגעת האמבולנס לבית החולים לבין מצבו באמבולנס ואין זה סביר שלא היה קשר בין התלונות בגינן הוא הופנה באמבולנס לבין דום הלב שהוא לקה בו.
42. השאלה הבאה שבה פרופ' עדות דן היא הליקויים בהובלת המנוח באמבולנס. הוא מונה מספר ליקויים:
    * היעדר התייחסות למצבו הרפואי בעת הפינוי לבית החולים שמתבטא בהיעדר תיעוד מפורט למצבו במהלך הובלתו לבית חולים;
    * היעדר רישום א.ק.ג. לשלול אירוע לבבי ומדידת ריווי חמצן כדי לקבוע האם יש צורך במתן חמצן. בחולה צעיר שלקה בקוצר נשימה פתאומי חשוב לשלול מחלת לב או מחלת ריאה ולספק חמצן במידה וריווי החמצן נמוך.
    * קביעה שגויה ובלתי מבוססת של הפראמדיק שקוצר הנשימה מבטא היסטריה. בגבר בן 50 שלוקה בקוצר נשימה פתאומי יש להתייחס לתלונה זו כתלונה ממקור לבבי/ריאתי, והאבחנה של היסטריה לא תיקבע על ידי פראמדיק. אבחנה זו יכולה להיקבע על ידי רופא מנוסה לאחר ששלל הבחנות מרקע אורגני. המילה היפרוונטילציה היא להגדרתו חסרת משמעות בהיעדר תיעוד על מספר הנשימות ונוכחות של ממצאים נלווים.
    * אמירתו של הנהג שהמנוח "משחק" לאחר הערת המתנדבת שציינה כי המנוח אינו מגיב. לאמירה כזו אין מקום כשמדובר בהובלת חולה הלוקה בקוצר נשימה. על הנהג-החובש היה לבדוק אותו ואם היה בודק היה מוצא חולה במצב קריטי שהרי תוך כמה דקות הוא אבחן שלקה בדום לב.
43. סיכום חוות הדעת של פרופ' עדות הוא: מהדיון לעיל בנוגע לנסיבות מותו של [המנוח], ניתן להסיק: "1. על מחדל שהפר תקן של התנהגות רפואית מקובלת של צוות פינוי אמבולנס ששגה בהערכת מצבו הקליני ולמכלול הממצאים הקליניים שהדליקו נורה אדומה לקיום אפשרות של מחלת לב של המפונה ובהחלטה שגויה ורשלנית של פינוי החולה לבית חולים. על האמבולנס היה לנסוע בנסיעה דחופה עם סירנה במהירות המרבית על מנת להגיע לבית החולים מהר ככל האפשר. דבר זה לא נעשה והסתיים במותו הטראגי של המפונה. כל דקה באיחור טיפול החייאה מוריד את הסיכוי להחייאה מוצלחת ומבחן התוצאה העיד שהנסיעה הלא דחופה הסתיימה במותו של המפונה. 2. כשלים אלו בהובלת המטופל באמבולנס, הפרו את התקן של התנהגות רפואית מקובלת והפרת חובת הזהירות המעשית הנדרשת מצוות רפואי סביר באבחון ובטיפול במצב מסכן חיים שהוביל למותו של החולה. לכן, ניתן לומר שהייתה רשלנות רפואית במהלך הטיפול במנוח. התייחסות רפואית ראויה ותגובה מידית לאירועים בזמן הפינוי יכלה למנוע את מותו המידי של המנוח."
44. בחוות דעתו השנייה של פרופ' עדות המגיבה לחוות הדעת של פרופ' הלפרן, המומחה מטעם מד"א, נכתב כי הוא חולק עליה בכל הנוגע לסיבת המוות (דום לב/נשימה משני ולא ראשוני) ולכך שהתוצאה הסופית לא הייתה משתנה גם אם האירוע היה מתגלה לקראת סוף הנסיעה.
45. בכל הנוגע לסיבת המוות פרופ' עדות כתב כי אכן בהיעדר נתיחה לאחר המוות, לא ניתן לקבוע במדויק את סיבת המוות אך נותרה יכולת לנתח מידע, ולאבחן מחלות ותסמונות קליניות על בסיס תסמינים, בדיקה גופנית, מהלך קליני, תגובה טיפולית, והגיון ענייני והסתברותי. הוא הפנה לכך שמדובר במוות פתאומי שהתרחש תוך דקות בזמן נסיעה באמבולנס לחדר מיון.
46. באשר להערתו של פרופ' הלפרן בדבר נוכחות Coffee Ground בזונדה הוא הסביר כי נוכחות כזו מעלה שהברזל במולקולות ה-Heme האורגניות של תאי דם אדומים שהה מספר שעות בקיבה ונחשף לחומצת קיבה וכך הפך הברזל למחומצן. לדבריו גורמים רבים יכולים לגרום להופעת "קפה טחון" למשל שימוש בתרופות מסוימות. פרופ' עדות נסמך על מצבו הקליני הטוב של המנוח כפי שתואר במסמכים ובעדויות ולכן חלק על הנחת פרופ' הלפרן למצב רפואי קודם ולקיומו של דום לב משני למחלה ממושכת ולא של דום נשימה פתאומי.
47. כך הדבר גם באשר לנוכחות נשימת קוסמאול. פרופ' עדות סבר שאין לתת לכך משקל ולדעתו כל שנרשם בעניין זה על ידי פרופ' הלפרן "חסר כל ביסוס עיוני ועובדתי, ואינו רלוונטי למותו הפתאומי של המנוח".
48. בחקירתו הנגדית התבקש פרופ' עדות להתייחס לדרך פעולת צוות האמבולנס. הוא אמר כי הצוות לא אמור היה לחשוב שמדובר באירוע לבבי, אך המשימה של חובש הנמצא באמבולנס, והתפקיד שלו הוא להביא את המטופל במצב הטוב ביותר לבית החולים ולזהות כל אפשרות חריגה שקרתה בדרך, דבר שלא קרה. לדבריו יש להסתכל על החולה במהלך הנסיעה, לראות אם הוא בהכרה, לדבר אתו, לוודא שהוא מגיב (עמ' 86, ש' 21-30). פרופ' עדות לא סבר כי בנתונים שהיו מול החובש בתחילת הנסיעה ולאור מצב התובע נדרש היה לראות את הנסיעה כדחופה (עמ' 88, ש' 11).
49. פרופ' עדות הדגיש שבמהלך הנסיעה צוות האמבולנס נדרש לבדוק האם המטופל מגיב, ולזהות מצבים לא תקינים (עמ' 93, ש' 25-29) ולוודא כי המנוח שומר על הכרתו (עמ' 94, ש' 12-14). הוא הוסיף כי בנתונים בדבר מצבו של המנוח בעת שעלה לאמבולנס לא היה צורך להגדיר את הנסיעה כדחופה ולפעול כך (עמ' 94, ש' 8-10).
50. בהתייחסו לסוגיית לוח הזמנים ופרק הזמן שמצדיק את עצירת האמבולנס במהלך הנסיעה לבית החולים, פרופ' עדות השיב כי אינו מצפה שנהג האמבולנס יעצור אלא שצוות האמבולנס יבצע החייאה תוך כדי נסיעה (עמ' 87, ש' 1).
51. הערכתו של פרופ' עדות לגבי פרק הזמן שבו סביר כי המנוח היה בדום לב עד להגעתו לבית החולים הייתה כי מדובר בפרק זמן של 2-5 דקות לפני הגעתו לביקור חולים (עמ' 87, ש' 23-27).
52. פרופ' עדות נשאל באשר לאפשרות שהנתונים המלמדים על מדידת לחץ דם ומציאת חמצן רווי למנוח בשעה 18:00 הם נכונים, והוא השיב כי אינו מאמין לנתונים אלה שכן לא יתכן שהמנוח הגיע בדום לב ונמצא חמצן ברמה כזו. לדעתו של פרופ' עדות המנוח הגיע בדום לב מפני שהאישונים שלו היו אישונים רחבים (עמ' 81, ש' 24-30). הוא הבהיר כי אין כל אפשרות לכך שהמנוח הגיע ללא רוח חיים ונמצא מאוחר יותר נתון של לחץ דם ולדעתו יש לסמוך על הדברים שהרופא כתב (דום לב) ולהעדיף אותם על פני הדברים שכתבה האחות (עמ' 82, ש' 4-7).
53. חיזוק לעמדתו מצא פרופ' עדות בכך שמיד עם הגעתו של המנוח לבית החולים החלה ההחייאה (עמ' 82, ש' 16). הוא חזר על הדברים תוך שנסמך גם על כך שצוות האמבולנס דיווח כי המנוח הגיע ללא רוח חיים וזאת לצד האבחנה של הרופא שקיבל אותו (עמ' 83, ש' 5-6). גם בהמשך עדותו הוא הבהיר כי הרחבת האישונים מלמדת על כך שהמנוח היה מספר דקות ללא דופק ונשימה וכי יתכן ונגרמה פגיעה מוחית (עמ' 90, ש' 16-23) אם כי היו מצבים שבהם דובר בפרק זמן של 2 דקות ולמעלה מזה והחולה נותר בחיים (עמ' 90, ש' 29). לדבריו ככל שמדובר בפרק זמן של 5 דקות ללא דופק נגרם נזק מוחי חמור (עמ' 91, ש' 2-3).לדברי פרופ' עדות הימצאות לחץ דם בשלב כלשהו במהלך ההחייאה מלמדת על קיום זרימת דם, אך אין בכך כדי ללמד דבר מעבר לכך (עמ' 91, ש' 31), חוות הדעת של פרופ' פנחס הלפרן
54. פרופ' הלפרן הוא מומחה לרפואה דחופה והוא מנהל המחלקה לרפואה זו במרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי. בחוות דעתו הוא דן בשלבים השונים של הטיפול במנוח וכן בשתי שאלות נוספות: מהי סיבת המוות והאם תוצאת האירועים הייתה שונה אילו התגלה אירוע דום הלב בסוף הנסיעה.
55. לפי הערכתו של פרופ' הלפרן ההחלטה לשגר לבית החולים אמבולנס "לבן" הייתה סבירה בהתאם לתלונת התובעת, כפי שנרשמה בדו"ח מד"א. באשר לשלב השני והוא הערכת המצב בביתו של המנוח הוא ציין כי הצוות שבדק את המנוח כלל חובש רפואת חירום ותיק, וחובש נוסף שהינו בעל השכלה של פרמדיק. המנוח נבדק פעמיים בבדיקה קפדנית שארכה כעשרים דקות ובמסגרת הבדיקה התברר כי אינו מתלונן על כאבים או על מצוקה, הוא בהכרה מלאה ויציב המו-דינאמית ונשימתית (סימנים תקינים, מסוגל ללכת בכוחות עצמו ולהתיישב על אלונקת הפינוי של מד"א). ההחלטה לפנותו פינוי רגיל באמבולנס "לבן" בנסיבות אלה סבירה לחלוטין, בשים לב למרחק הקצר.
56. השלב הבא שאליו פרופ' הלפרן התייחס הוא שלב הפינוי לבית החולים שארך לכל היותר 8 דקות. פרופ' הלפרן העריך שהנסיעה ארכה זמן קצר יותר כי נדרשו 1-3 דקות לרישום החולה. מכל מקום, בדקות הראשונות המנוח היה בחיים שכן עלה בכוחות עצמו לאלונקה, ובמקרה החמור דום הנשימה והלב אירע דקה או שתיים קודם להגעה לבית החולים. נוכח הבלבול ברישום בבית החולים באשר להגעת המנוח והיעדר רישום של קצב הלב, פרופ' הלפרן כתב שלא ברור שהמנוח הגיע לבית החולים במצב של דום לב ובאיזה קצב חשמלי הוא הגיע ולכן לא ברורה איכות ההחייאה שבוצעה בבית החולים.
57. באשר לסיבת המוות פרופ' הלפרן כתב כי לא ניתן לדעת במדויק בשל היעדרה של נתיחה שלאחר המוות. הוא הפנה לכך שהמנוח פנה למד"א ארבעה ימים קודם לאירוע אך סירב להתפנות וכי האחות מתארת את המנוח כמי ש"נראה מוזנח, מלוכלך". בנוסף פרופ' הלפרן הפנה לכך שבעת הכנסת זונדה לקיבה יצא נוזל Coffee Grounds ולדבריו דימום מהקיבה אינו מתרחש תוך דקות אחדות של דום לב אלא מעיד על מחלה קשה הנמשכת לפחות שעה וסביר יותר ימים אחדים. מסקנתו מכך כי קיימת אפשרות סבירה ביותר שהמנוח לא סבל מדום לב ראשוני מתוך בריאות שלמה, אלא סבל ממחלה כלשהי לא ברורה במשך ימים אחדים לפחות טרם האירוע הנדון ואירוע דום הלב היה משני למחלה זו.
58. פרופ' הלפרן הסיק מהתרשמות הצוות בבית המנוח כי הוא נמצא בהיפרוונטילציה, על אפשרות לקיומה של חמצת מטבולית קשה שהביאה לנשימת Kussmaul שהינה נשימה אופיינית למצב של חמצת.
59. סיכום חוות דעתו של פרופ' הלפרן הוא כי הצוות שטיפל במנוח בביתו ובעת העברתו לבית החולים פעל בצורה מקצועית וסבירה, והעובדה שלא הבחין בדום נשימה/דום לב דקה שתיים לפני ההגעה לבית החולים אינה עולה כדי רשלנות.
60. בחקירתו הנגדית העריך פרופ' הלפרן שהליך הקליטה במיון ערך 2-4 דקות, ולכן כאשר מחסירים את פרק הזמן הזה מדובר בנסיעה של 5-7 דקות (עמ' 104, ש' 20-24). מסקנתו מלוח הזמנים הייתה כי פרק הזמן שבו המנוח היה שרוי בדום לב הוא 2-3 דקות. הוא למד זאת מהצלחת הצוות בבית החולים להחזיר למנוח דופק (עמ' 105, ש' 12-13). הערכתו באשר לפרק הזמן שחלף בין הגעת האמבולנס לתחילת ההחייאה היה כי מדובר בדקה (עמ' 114, ש' 1).
61. גם פרופ' הלפרן אמר בעדותו כי המתנדבת שישבה לצדו של המנוח הייתה צריכה להסתכל על החולה, עליו היא מופקדת ולהתרשם, תדירות המבטים הייתה צריכה להיות רוב הזמן ובלשונו "אני לא מצדיק את זה שהיא לא קלטה את האירוע כאשר הוא קרה. ברור שזה קרה לפני שהם הגיעו לבית החולים, אך אני מסביר שזה קשה תוך נסיעה, כשהחולה אינו מחובר למוניטור ואני מניח שהוא נראה נינוח" (עמ' 106, ש' 31-33).
62. אשר לאפשרות שהמתנדבת אכן הבחינה בכך שהמנוח אינו מגיב והפנתה את תשומת לבו של הנהג, אמר פרופ' הלפרן כי מדובר בהחלטה קשה. ככל שהאמבולנס מרוחק 10 דקות מחדר המיון עליו לעצור, לבדוק דופק ולהתחיל החייאה ולקרוא במקביל לאט"ן שיצטרף. ככל שהאמבולנס מרוחק דקה-שתיים מבית החולים, יש להמשיך בנסיעה ולבקש ממי שנמצא מאחור לבצע עיסוי לב, וכן להודיע לבית החולים כדי שצוות החייאה ימתין (עמ' 107, ש' 3-8). בתשובה לבקשה למקם את נקודת הזמן שבה יש להמשיך לנסוע הוא העריך כי מדובר במרחק של 4-5 דקות מבית החולים, אך אישר כי אחר יכול היה להעריך גם 3 דקות (עמ' 107, ש' 17-19). הוא הסכים כי נכון היה לחבר את המנוח לדפיברילטור (עמ' 109, ש' 6-8).
63. אף שפרופ' הלפרן לא דן בכך בחוות הדעת שלו, הוא נשאל בחקירה הנגדית האם יש לו הסתייגויות מדרך ההתנהלות של ביקור חולים (כזכור, מד"א, שפרופ' הלפרן הוא אחד המומחים מטעמה הגישה הודעה לצד שלישי נגד ביקור חולים, אך הודעה זו לא נסמכה על חוות דעתו אלא על חוות דעת אחרת). פרופ' הלפרן הבהיר כי לא עסק בכך וכי אין נתונים כדי לדעת אם ההחייאה בוצעה בצורה טובה או לא. חוות דעתו של ד"ר ערן טל-אור
64. ד"ר טל-אור הוא מומחה לרפואה דחופה ומנהל המחלקה לרפואה דחופה בבית החולים פוריה. חוות דעתו הוגשה מטעם מד"א, אף שמד"א הגישה חוות דעת אחרת של מומחה לרפואה דחופה – פרופ' הלפרן. נקודות המוצא לחוות הדעת הן כי בזמן הגעת הצוות המנוח היה בהכרה מלאה ושיתף פעולה, וכך גם בתחילת הפינוי לבית החולים. זמן הפינוי הוא קצר ועמד על 7 דקות.
65. בהתייחסו לפעולות שנעשו בבית החולים ציין ד"ר טל-אור כי אין רישום של מדד אובייקטיבי מבית החולים על כך שהמנוח הגיע במצב של דום לב וכי כבר בשעה 18:00 מתועדים בשני טפסים של בית החולים מדד לחץ דם וכן מדד של רווית חמצן שמלמדים על תפוקת לב ולכן תמוה בעיניו כי נכתב שהמנוח הגיע ללא רוח חיים לבית החולים. הוא הסיק מכך שלא נפל דופי בעבודת צוות מד"א שהרי המנוח הגיע עם לחץ דם תקין לבית החולים.
66. לחלופין, לדעתו של ד"ר טל-אור גם בהנחה שגרסת הרופא כי המנוח הגיע ללא רוח חיים תתקבל, הרי שנדרש לבחון מה המועד שבו המנוח איבד את ההכרה בטרם הגיע לבית החולים. הערכתו של ד"ר טל-אור היא כי חלון הזמן האפשרי עומד על כ- 2-3 דקות לכל היותר, וזאת לאור העובדה כי מהלך הפינוי ארך כ-7 דקות, ובמהלך הנסיעה התקיימה שיחה עם המנוח.
67. ד"ר טל-אור שלל את הטענה כי נדרש היה לעבור לנסיעה דחופה שעה שמדובר במרחק קצר וטען כי מעבר כזה היה מביא לחסכון של דקה לכל היותר. הוא נסמך על מחקרים המלמדים כי כאשר מתחילים את ההחייאה בשבע הדקות הראשונות הרי שהפרוגנוזה טובה יותר וכך היה במקרה זה.
68. בהמשך חוות הדעת התמקד ד"ר טל-אור באחריות בית החולים. הוא ציין כי לא נמצא תיעוד מהו קצב הלב שנצפה במוניטור בתחילת ההחייאה עובדה שמעלה את השאלה האם המנוח חובר למוניטור וכן בהיעדר תרשים א.ק.ג. לא ניתן לדעת האם המנוח פיתח אוטם בשריר הלב או הפרעת קצב קטלנית. בהסתמך על דברי צוות מד"א כי נעשתה החייאה ללא מוניטור ועבר זמן עד לחיבור מוניטור למנוח, סבר ד"ר טל-אור כי מדובר בדבר תמוה ולא סביר. עוד הפנה ד"ר טל-אור לרישומים לעניין מדידת לחץ דם והצביע על כך שרישומים אלה מלמדים כי למנוח היה דופק.
69. ד"ר טל-אור תהה על דרך הטיפול במנוח, ועל המינון שניתן לו - 5 מ"ג אטרופין, כאשר המינון המומלץ הוא עד 3 מ"ג וזאת מבלי שנעשו בדיקות מעבדה חיוניות. הוא הוסיף כי את המגנזיום שניתן למנוח נדרש היה לתת תחת מוניטור ואין הסבר מדוע ניתן ומדוע המנוח לא חובר למוניטור. ד"ר טל-אור העלה תהיות נוספות לגבי דרך הטיפול והיעדר התיעוד וסבר כי צוות בית החולים לא ביצע החייאה לפי הסטנדרטים המקובלים ולכן יכול להיות שתרם בכך תרומה משמעותית למותו של המנוח.
70. בחקירה הנגדית נשאל ד"ר טל-אור על חלקים מחוות דעתו שהיו זהים לחוות דעתו של פרופ' הלפרן (בבחינת "העתק הדבק"). הוא אישר כי יתכן וחלק מפרק העובדות נלקח מחוות הדעת של פרופ' הלפרן (עמ' 126, ש' 21-31).
71. באשר להתוויה כיצד לנהוג בעת שאדם סובל מדום לב במהלך נסיעה הוא הבהיר כי כאשר מישהו מאבד הכרה ונדרש להחייאה במהלך נסיעה יש להביאו למקום בו תיעשה ההחייאה במהירות המרבית. במקרה שלנו ניתן היה לעצור את הרכב, לעשות החייאה ולהמתין לאמבולנס טיפול נמרץ או לנסוע לבית החולים (עמ' 129, ש' 26-30). הוא העריך שפרק זמן של 4 דקות מצדיק שלא לעצור ולנסוע לבית החולים (עמ' 132, ש' 12-13) ולהערכתו בפרק זמן של 7 דקות כך יש לנהוג (עמ' 132, ש' 19-25). הערכתו הייתה כי דום הלב אירע למנוח במרחק של 2-3 דקות מבית החולים, ואולי דקה יותר (עמ' 132, ש' 30-32).
72. ד"ר טל-אור אישר כי המנוח הגיע לבית החולים עם דום לב, וכי הרופא אכן הרגיש שאין דופק אך לדבריו "אינני יכול להיות בטוח שלא היה באמת דופק" (עמ' 133, ש' 18). ד"ר טל-אור אישר שיש חשיבות לנתון של אישונים מורחבים (עמ' 133, ש' 21-24). הוא התבקש להבהיר מדוע לא הזכיר את הנתון הזה לאורך חוות דעתו אך לא זכר מדוע לא כתב זאת (עמ' 134, ש' 1-2). בהמשך לכך נשאל המומחה מדוע הוא השמיט בעת שציטט את דברי הרופא המטפל במסגרת חוות דעתו את האמירה המתייחסת לקיומם של אישונים מורחבים, אף שהמדובר בנתון חשוב. ד"ר טל-אור השיב לכך שאינו זוכר "מדוע הפסקתי שם כאשר כתבתי את חוות הדעת" (עמ' 134, ש' 6). חוות דעת ד"ר טובי רסין
73. ד"ר רסין, מומחה ברפואה פנימית וקרדיולוגיה הסכים עם עמיתיו שבהיעדר ממצאי נתיחה שלאחר המוות לא ניתן לדעת בוודאות מה הייתה סיבת המוות. בהסתמכו על מחקרים שונים הוא הניח כי המוות אירע עקב אירוע כלילי חד, כלומר מחלת כלי דם טרשתית כאשר סיבות אחרות הן סיבות שהסתברותן נמוכה יותר: אירוע מוחי, תסחיף ריאתי או דיסקציה של האאורטה. הוא הוסיף שלא ניתן לדעת בוודאות אך מבחינה סטטיסטית הסבירות היא למוות עקב אירוע כלילי חד והפרעת קצב חדרית על רקע זה.
74. ד"ר רסין הפנה לכך שהמנוח היה נסער משעות הבוקר, לא התלונן על כאבי חזה, וללא מחלות רקע וגורמי סיכון. המדדים הראשוניים שנמדדו על ידי צוות מד"א היו תקינים ואינם תומכים באפשרות זו אך אינם שוללים אותה. מכל מקום הפינוי לבית החולים היה קצר אך המנוח הגיע לבית החולים ללא רוח חיים.
75. ד"ר רסין סבר כי נוכח המדדים שנמדדו צוות ההחייאה פעל באופן יעיל ומיומן וביצע ניסיונות החייאה עד להידרדרות במצב המנוח.
76. בהתייחסו לכך שלא בוצעו א.ק.ג. וניטור של קצב הלב, סבר ד"ר רסין כי לא ניתן היה לצנתר חולה במצבו של המנוח ובכל מקרה ניתן היה לזהות אוטם שריר הלב אך לא להצילו ולמנוע את מותו בהתחשב במצב שבו הגיע לחדר המיון. ד"ר רסין שלל את טענות ד"ר טל-אור שכן אין כל ספק שהמנוח הגיע לחדר מיון ללא רוח חיים והדבר מתועד גם על ידי צוות מד"א וגם על ידי הרופא שקיבל את המנוח לבית החולים. בנסיבות אלה ברור שלא הגיע לבית החולים עם לחץ דם תקין. אין בכך שבהמשך נמצא לחץ כזה כדי ללמד אלא על כך שקצב הלב חזר לנורמה אך הדבר אינו שולל אפשרות לקיומו של מוות מוחי. עיקרי טענות התובעים
77. טענותיהם של התובעים בכל הנוגע למסד העובדתי מבקשות לקבל את גרסת התובעת לגבי ההתרחשויות באמבולנס, ובעיקר לכך שבמהלך הנסיעה הוברר שהמנוח אינו מגיב אך דבר לא נעשה. הם מבקשים לקבוע כי באותו שלב צוות האמבולנס לא פעל כמתחייב, לא עשה דבר, לא הפעיל אף לא אחד מהמכשירים שבאמבולנס, לא דיווח על הגעת המנוח כשהוא ללא הכרה לבית החולים; ולא ביצע פעולה כלשהי להנשמת המנוח.
78. את טענתם של התובעים לפיה יש לקבל את גרסתה של התובעת תומכים התובעים בשני כללים ראייתיים: האחד - הדבר מדבר בעדו; והשני – הנובע מהימנעות מד"א מהבאת העדים היחידים שהיו יכולים להעיד מה התרחש באותן דקות, תוך גרימתו של נזק ראייתי.
79. התובעים הבהירו עוד במהלך הדיונים כי טענותיהם ממוקדות בטיפול במנוח בעת הנסיעה לבית החולים, ואין להם טענות באשר להתרשלות כלפיו בטיפול בבית (בין היתר בשל היעדר קשר סיבתי). כך הדבר גם באשר לטענות לעניין הזמנתו של אמבולנס "לבן" ולא ניידת טיפול נמרץ. עמדת התובעים היא כי ההתרשלות באה לידי ביטוי באי איתור דום הלב שאירע למנוח במהלך הנסיעה, והפרת החובה לנטר את החולה ולבדוק שהוא יוצא מהאמבולנס חי כמו שנכנס לתוכו.
80. משכך פני הדברים התובעים מבקשים לקבוע כי מד"א התרשלה בדרך טיפולה במנוח במהלך הנסיעה. עיקרי טענות מד"א
81. מד"א חולקת על טענת התובעים להעברת נטל הראיה. לדידה אין מדובר ב"דבר מדבר בעדו", שכן לתובעת יש ידיעה באשר למה שאירע באמבולנס, היא נכחה בו ושמעה מה אירע, אף אם לא הייתה יכולה לראות. לפיכך יש לקבוע כי הייתה לתובעת שליטה על המתרחש באמבולנס ועל כן אין להחיל את סעיף 41 לפקודת הנזיקין. בכל הנוגע לטענה האחרת הנוגעת להבאת המתנדבים לעדות, מד"א שבה והסבירה כי היא בחרה במסגרת "עלות מול תועלת" שלא להביא מתנדבים נערים לעדות.
82. מד"א מבקשת לקבוע כי זמן הנסיעה הכולל היה כ-7-8 דקות, ולאמץ את גרסת התובעת, שלפיה השיחה שהתקיימה באמבולנס והייתה כאשר זה היה באזור ככר צרפת בירושלים. לטענת מד"א המדובר במקום הקרוב מאוד לביקור חולים. מד"א מבקשת לקבוע אפוא כי דום הלב התרחש כדקה או שתיים לפני ההגעה לביקור חולים.
83. מד"א מבהירה כי אין להתיר לתובעים לשנות חזית וכי נוכח הצהרתם לפיה הם ממקדים את טענותיהם בזמן הנסיעה אין לקבל טענות מאוחרות יותר המתייחסות לסוג האמבולנס ולבחירתו של הנהג שלא לנסוע נסיעה דחופה. בכל הנוגע לפעילות במהלך הנסיעה מד"א הסכימה לכך שיש לוודא בזמן הנסיעה כי המטופל מצוי בהכרה אך הוסיפה כי הדבר תלוי באורך הנסיעה ובמצבו של האדם כאשר הוא עולה לאמבולנס. עם זאת, טענת מד"א היא שלא הייתה התרשלות בבחירה להמשיך ולנסוע ישירות לבית החולים, שכן, הבחירה לעשות כן על פני עצירת האמבולנס ותחילת הטיפול בדרך היא בחירה בחלופת טיפול סבירה וראויה, וזאת בשים לב לאורך הדרך ולשלב בנסיעה שבו המידע יכול היה להתברר.
84. נוכח הסמיכות בין המקום שבו לכאורה נודע על מה שאירע למנוח לפי טענת התובעת, בכיכר צרפת, מד"א טוענת כי המדובר במקום הקרוב יחסית לבית החולים ולכן לא הייתה כל משמעות לכך שהנהג היה נוסע מהר יותר ומגיע לבית החולים דקה או דקה וחצי קודם לכן. עיקרי טענות ביקור חולים
85. ביקור חולים מבקש לקבוע כי המנוח הובא לבית החולים כשהוא מת ולכן אין עילה להודעה לצד שלישי. ביקור חולים מבהיר כי ככל שייקבע אחרת, כי המנוח הגיע לבית החולים בחיים הרי שממילא אין עילת תביעה כלפי מד"א ואין יסוד להודעה לצד שלישי. מכל מקום ביקור חולים מפנה לראיות המלמדות על מצבו של המנוח בעת שהגיע לבית החולים, וביקש שלא לייחס משקל לחוות הדעת של ד"ר טל-אור אלא לאמץ את עדותו של הרופא ואת חוות הדעת האחרות. דיון והכרעה
86. במחלוקת שנפלה בין הצדדים מצאתי לקבוע את הממצאים הבאים:
    * המנוח עלה לאמבולנס כשהוא ערני, ולמעשה "על רגליו" ויצא מהאמבולנס כשהוא ללא רוח חיים.
    * נסיעת האמבולנס החלה בשעה 17:52 והסתיימה בעת הגיע האמבולנס לביקור חולים סמוך לפני השעה 18:00 וככל הנראה כדקה או שתיים לפני השעה 18:00.
    * אובדן ההכרה של המנוח אירע בפרק הזמן של 2-5 דקות לפני הגיעו לביקור חולים.
    * במהלך הנסיעה לא ננקטה כל פעולה לטיפול במנוח, אבדן ההכרה לא אובחן על ידי מי מצוות מד"א בעת שאירע ולא סמוך לאחר מכן אלא בהגיע המנוח לבית החולים. צוות מד"א שלא איתר את אבדן ההכרה ודום הלב, לא ביצע הנשמה, לא חיבר את המנוח לדפיברילטור, והנהג אף לא החיש את הנסיעה ועבר למצב של נסיעה דחופה.
    * לא ניתן לקבוע ממצא ברור באשר לחילופי הדברים שהיו באמבולנס ובשקילת מכלול הראיות לא ניתן לקבוע שהיו חילופי דברים כאלה.
87. על יסוד הממצאים העובדתיים כפי שנקבעו לעיל הגעתי לכלל מסקנה כי מד"א אכן התרשלה כלפי המנוח בכך שצוות האמבולנס לא פעל במהלך הנסיעה לעקוב אחר מצבו, אך לא התרשלה בכל הנוגע להחלטה להסתייע בנסיעה באמבולנס "לבן", בנסיעה "לא דחופה" אלא בכך שבשל היעדר המעקב לא ננקטו פעולות שניתן היה לנקוט אותן ובהן חיבור המנוח לדפיברילטור, הפסקת הנסיעה והתחלת הנשמה, ומסירת הודעה מקדימה על הגעתו של המנוח לבית החולים.
88. להלן אפרט את הנימוקים שהביאו אותי לקביעת הממצאים העובדתיים:
    * באשר לחילופי הדברים בדבר מצבו של המנוח במהלך הנסיעה – עדותה של התובעת מצד אחד ועדותו של מר אדרי מצד שני עוררו קשיים לא מבוטלים, ואני מתקשה להסתמך עליהן לקביעת ממצאים. אשר לעדות התובעת לא ניתן הסבר מניח את הדעת מדוע לא נעשה מצדה דבר כאשר המתנדבת העירה שהמנוח אינו נושם והנהג פטר אותה באמירה שהמנוח "עושה את עצמו". אני מתקשה לקבל את גרסת התובעת בעניין זה כפי שהיא, והתרשמותי מעדותה הייתה כי היא לא הייתה מהססת להקים קול זעקה ולגרום לנהג האמבולנס לעצור או לנקוט פעולה אחרת. קושי נוסף בהיבט זה נוגע לתוספות שנוספו לתיאור השיחה בעדותה, וזאת מבלי שתוספות אלה, שאין להמעיט בחשיבותן ובמידת הרלוונטיות שלהן אינן נזכרות בתצהיר. יתירה מכך, במהלך העדות נראה היה כי התיאור הנחרץ של הדברים, כפי שהופיע בתצהיר, הפך מסויג יותר.
    * מן הצד האחר אני מתקשה לאמץ את גרסתו של הנהג, מר אדרי, כפי שהיא. מר אדרי נמנע מלהתייחס בתצהירו המפורט לטענה שהופיעה בתצהירה של התובעת בדבר קיום שיחה בינו לבין המתנדבת והתעלם מנקודה כה מהותית בתצהירה של התובעת. הוא לא אישר קיומה של שיחה ולא הכחיש אותה. לא ניתן הסבר מניח את הדעת להתעלמות זו. עדותו של מר אדרי, שהתמיד בהתעקשותו כי השעות המדויקות המפורטות בתצהירו נכתבו מתוך זכרונו הייתה בלשון המעטה בעייתית, שעה שהיה ברור לכל הנוכחים כי מקור המידע הוא ברישומי מד"א. התעקשות כזו לא מקלה על מתן אמון בגרסתו. יחד עם זאת, אני נוטה לקבל את אמירתו של מר אדרי כי אם היה נאמר לו שהמנוח אינו נושם או אינו מגיב הוא לא היה מתעלם מאמירה כזו, ודווקא הדברים שהשיח לפי תומו בעניין זה, תוך סערת רגשות, מחזקים את הנחתי כי חילופי דברים כאלה לא התקיימו. בהיבט זה איני סבור כי ההימנעות מהבאתם של המתנדבים פועלת לחובתה של מד"א, אך הדבר נוגע רק להיבט זה של השאלה האם משפט כזה או אחר נאמר.
    * לא שוכנעתי כי צוות מד"א אכן פעל כדי לבדוק מעת לעת את מצב המנוח במהלך הנסיעה ולמצער לא בתדירות הראויה ובאופן שמנע את אבחון אובדן ההכרה של המנוח ודום הלב מיד לאחר שהתרחש, בטרם הגעת האמבולנס לביקור חולים. בעניין זה, עדותו של נהג האמבולנס לא אפשרה קביעת ממצא חד משמעי בדבר עריכת בדיקות יזומות עם המנוח ביזמתו או ביזמת מי מהמתנדבים, ואיני מקבל את התיאור שניתן בתצהיר ובעדות. בנושא זה – ההימנעות מהבאתם של המתנדבים לעדות פועלת לחובת מד"א.
    * בא כוחה של מד"א הסביר אמנם כי אי הבאתם נובע ממדיניות מד"א שלא לחשוף מתנדבים צעירים לחקירה בבית המשפט, ואין להקל ראש בנימוק זה, אלא שכדי להניח תשתית עובדתית לכך נדרש יותר. מד"א לא טרחה להביא עדות של מי ממנהליה שיסביר את הרקע להחלטה, יבהיר את ה"עלות" מול ה"תועלת" בבחירה שלא להעיד את המתנדבים, וייתן מענה לקושי הנובע מכך שכיום אותו מתנדב או מתנדבת צעירים הינם בוגרים. בהיעדר הבהרה כזו, החזקה המוכרת בדבר משמעות אי הבאתו של עד רלוונטי נותרת על כנה (ע"א 548/78 שרון נ' לוי, פ"ד לה (1) 736, 760 (1980); ע"א 55/89 קופל נהיגה עצמית בע"מ נ' טלקאר חברה בע"מ, פ"ד מד (4) 595, 602 (1990), ע"א 9656/05 שוורץ נ' רמנוף חברה לסחר וציוד בניה בע"מ, פסקה 26 (27.7.2008)).
    * נראה כי מסקנה זו נובעת גם מסעיף 41 לפקודת הנזיקין [נוסח חדש], שקובע את כלל "הדבר מדבר בעדו": "חובת הראיה ברשלנות כשהדבר מעיד על עצמו בתובענה שהוגשה על נזק והוכח בה כי לתובע לא היתה ידיעה או לא היתה לו יכולת לדעת מה היו למעשה הנסיבות שגרמו למקרה אשר הביא לידי הנזק, וכי הנזק נגרם על ידי נכס שלנתבע היתה שליטה מלאה עליו, ונראה לבית המשפט שאירוע המקרה שגרם לנזק מתיישב יותר עם המסקנה שהנתבע לא נקט זהירות סבירה מאשר עם המסקנה שהוא נקט זהירות סבירה - על הנתבע הראיה שלא היתה לגבי המקרה שהביא לידי הנזק התרשלות שיחוב עליה". לצורך הוכחת תחולתו של סעיף 41 על הטוען להראות כי: א. אין לו ידיעה על הנסיבות שגרמו לאירוע בעת שהתרחש.ב. הנזק נגרם בשל נכס שלנתבע שליטה מלאה עליו.ג. האירוע מתיישב יותר עם התרשלות מצד הנתבע מאשר עם האפשרות שנקט זהירות סבירה. תנאים אלה מתקיימים בענייננו שכן אין לתובעים ידיעה על הנסיבות שגרמו למותו של המנוח, הנזק נגרם בשל דרך פעולת צוות האמבולנס, שהוא נכס שלנתבע שליטה מלאה עליו, והאירוע מתיישב יותר עם התרשלות מצדה של מד"א מאשר עם האפשרות שמד"א נקטה זהירות סבירה (ר' לפרשנות התנאים השונים: ע"א 241/89 ישראליפט (שרותים) תשל"ג בע"מ נ' הינדלי, פ"ד מט (1) 45 (1995); ע"א 377/85 רינה נעים נ' משרד החינוך והתרבות, פ"ד מב (1) 153 (1988)).
    * לא ראיתי טעם שלא לקבל את המועדים ה"קשיחים". האחד מועד יציאת האמבולנס מסמוך לבית המנוח בשעה 17:52 והשני מועד פתיחת התיק בביקור חולים בשעה 18:00. שני מועדים אלה הם מועדים שקביעתם נראית אמינה יחסית. הראשון על ידי מוקדן מד"א שתיעד דיווח על היציאה והשני של מחשב בית החולים. כך, גם מקובלת עלי הנחתם של הצדדים כי פתיחת התיק בביקור חולים מאוחרת בדקה לערך ממועד ההגעה ולכן הדעת נותנת כי מדובר בנסיעה שארכה פרק זמן של 7 דקות.
    * על יסוד עמדתם של כל המומחים נראה כי דום הלב אירע 2-5 דקות לפני ההגעה לביקור חולים. לא ניתן על יסוד הממצאים למקם את דום הלב לנקודת זמן מדויקת יותר מזו.
    * מקובלת עלי במלואה עמדת ביקור חולים כי המנוח הגיע לבית החולים כשהוא ללא רוח חיים וכי כל התסמינים שנמצאו לימדו כי באותו שלב היה מת. בעניין זה אציין כי אני מעדיף את חוות דעתו של ד"ר רסין על פני זו של ד"ר טל-אור וכך גם מקובלת עלי עדותו של ד"ר קמנצקי. חוות דעתו של ד"ר טל-אור עוררה קושי לא מבוטל בשל ההתעלמות מקיומם של אישונים מורחבים בחוות הדעת, והשמטת משפט כה מהותי וחשוב, התומך בדעה ההפוכה לדעתו מציטוט החומר הרפואי בחוות הדעת.
    * זאת ועוד, התזה שהניח ד"ר טל-אור נשענת על רישומים שונים שנעשו בביקור חולים, אלא שהוברר כי רישומים אלה נעשו בדיעבד על ידי "כתבנים" ולא על ידי הצוות הרפואי ועל כן אני מתקשה ללמוד מהם על קיומם של המדדים בנקודות הזמן המצוינות במסמכים. אוסיף כי ההסברים שנתן ד"ר קמנצקי למדדים שנבדקו ונמצאו חלף מצבו הסופי של המנוח מקובלים עלי.
89. אשר למסקנה המשפטית הנובעת ממצאים עובדתיים אלה, אחריותה של מד"א, כגוף המספק שירותי חירום, אינה דבר מובן מאליו, ויש להימנע מהטלת אחריות חמורה מדי שאינה נותנת ביטוי לתפקידה המיוחד של מד"א, לדחיפות הנדרשת במתן המענה מצדה לפניות, ולכך שהמדובר במתן שירותי רפואת חרום (השוו להבדלי הגישות בע"א 1423/19 עזבון המנוחה פלונית נ' שירותי בריאות כללית, פסקה 6 לפסק דינו של כב' השופט י' עמית (22.6.2020) (להלן: עניין פלונית) למול עמדת כב' השופט י' אלרון בדברים שהוסיף בעניין פלונית לפיהם קיימת "ציפייה לקבל ממד"א את המענה המקצועי ביותר וכי צוותיה יבחנו באופן תדיר את מצבו הבריאותי של מטופל אשר חייו מסורים בידיהם, ויוודאו, ככל הניתן, כי הוא מקבל את הטיפול הרפואי הנחוץ לו, עד להגעתו למרכז רפואי זה או אחר לצורך המשך הטיפול בו").
90. בענייננו מצאתי שצוות האמבולנס היה צריך לבדוק את מצב המנוח במהלך הנסיעה ובתדירות סבירה, ונוכח מה שנקבע לעיל אין מנוס מהמסקנה כי הדבר לא נעשה ובכך כשל הצוות. אותה התרשלות באיתור מצבו של המנוח במהלך הנסיעה, הביאה לכך שלא ננקטו צעדים שניתן היה לנקוט בהם לדעת הרופאים ובהם הנשמה תוך כדי נסיעה, חיבור לדפיברילטור, מעבר למצב של נסיעה דחופה ומסירת הודעה לבית החולים כדי שייערך לקליטת המנוח. דומה כי לפחות באופן חלקי, זו אף הייתה עמדתה של מד"א (עמ' 184, ש' 24 ואילך).
91. איני מקבל את הטענות המאוחרות יותר לכך שהנסיעה לא הוגדרה מראש כנסיעה "דחופה" וכן לכך שנעשה שימוש באמבולנס "לבן". טענות אלה לוקות בחוכמה שבדיעבד, שכן הן מבקשות ללמוד לאחור מהתוצאה הטרגית. אלא שהמבחן הוא בקשר למסד הנתונים שעמד לפני צוות האמבולנס ובעיקר החובש-נהג בעת שהחליט על דרך הפינוי ועל סוג הנסיעה. באותו זמן מצב המנוח היה תקין, לאחר שהוא הוסע כשהוא בהכרה על כיסא משרדי לאמבולנס ועלה אל האמבולנס. במצב זה, ונוכח היותו של בית החולים קרוב יחסית לבית המנוח, ובשים לב שדובר בשעות אחר הצהריים ביום שבת, איני סבור כי מדובר בהחלטות שאינן סבירות וכי נדרש היה לפנות את המנוח באמבולנס נט"ן או לנסוע תוך הפעלת סירנה וללא עמידה ברמזורים (לכך יש להוסיף את החריגה מיריעת המחלוקת כפי שהוגדרה – חריגה שבא כוחה של מד"א התנגד לה לאורך כל הדרך). מסקנה זו אף עולה בקנה אחד עם גישתו של פרופ' עדות, המומחה מטעם התובעים בעת שנחקר נגדית בבית המשפט, כפי שתיארתי לעיל. הקשר הסיבתי
92. הדיון בשאלת הקשר הסיבתי מחייב הכרעה בשאלה מה היה קורה אלמלא האיחור בזיהוי דום הלב שאירע למנוח, ליתר דיוק מה היו סיכוייו לשרוד, אם דום הלב היה מאותר על ידי צוות האמבולנס בסמוך למועד שבו אירע ואם היו ננקטות הפעולות הנדרשות.
93. כפי שציינתי לעיל נקודת המוצא העובדתית לבחינת הקשר הסיבתי היא כי הנסיעה ארכה כשבע דקות וכי אבדן ההכרה התרחש 2-5 דקות לפני ההגעה. עוד נמצא כי מד"א התרשלה בכך שלא אבחנה את אבדן ההכרה וממילא לא נקטה כל פעולה עד הגעת המנוח לבית החולים כשהוא ללא רוח חיים. חוות דעתו של פרופ' יהודה עדות
94. פרופ' עדות התייחס בחוות דעת נוספת, שלישית, לשאלת סיכויי המנוח לשרוד. בחוות הדעת הוא הזכיר כי שרשרת הטיפול של רפואת חרום בדום לב כוללת החייאת לב ריאות, דפיברילציה ואשפוז מהיר המתמקד במניעת פוטנציאל פגיעה נוירולוגית, טיפול ממוקד במחלת הלב הבסיסית וטיפול תרופתי. תוצאת ההחייאה של חולה שלקה בדום לב תלויה במהירות זיהוי המצב ובמהירות התחלת ביצוע יעיל של החייאת לב-ריאות.
95. לדברי פרופ' עדות אין בספרות הרפואית דיווחים בנושא תוצאות החייאת לב במצב שבו דום הלב התרחש באמבולנס בנוכחות רופא או צוות רפואי, ולהערכתו מצב כזה מביא לתוצאות טובות יותר מאשר הנתונים המוכרים, שמתייחסים להחייאה מחוץ לבית החולים, ומדווחים בפרסומים השונים, שכן בנסיבות אלה זיהוי המצב ותגובת הצוות מהירים יותר. פרופ' עדות עמד על כך שציוד החייאה מתקדם כמו דפיברילטור, ומהירות ההגעה של האמבולנס לבית החולים מקדמים את סיכויי השרידות.
96. פרופ' עדות הפנה למחקר שפורסם בהולנד בשנת 1999 על חולים שעברו החייאה מוצלחת מחוץ לבית החולים בין השנים 1994-1996, כאשר מתוכן שוחררו 63% בחיים מבית החולים. מחקר אחר משנת 2003 הניח שרידות של 40% מבין החולים שלקו בדום לב מחוץ לבית וטופלו מוקדם על-ידי דפיברילציה. לפי אותו מחקר מתוך 200 חולים, 72% הגיעו בחיים לבית החולים ושוחררו מבית החולים בבריאות כללית טובה ו- 40% השתחררו בחיים עם נכות כללית מבחינה נוירולוגית (79 חולים). מחקר שלישי שאליו התייחס פרופ' עדות בחוות הדעת לימד על שיעורי שרידות נמוכים יחסית: במחקר משנת 2007 שכלל 512 חולים שעברו החייאה מחוץ לבית החולים, נמצא כי שיעור השרידות של חולים לאחר 6 חודשים עמד על 12.3%. פרופ' עדות הפנה למספר מחקרים נוספים, אף שקשה לדלות מהם ממצא מדויק לגבי שיעור ההישרדות המדויק.
97. הוא סיכם את חוות הדעת המשלימה במשפט הבא: "מנתוני המחקרים שצוטטו לגבי חולה שלקה בדום לב שהתרחש במהלך הפנייתו באמבולנס לבית חולים כאשר לידו צוות מקצועי המזהה מיד את האירוע, נוכחות ציוד החייאה זמין לפעולה, ידע ויכולת מקצועית לביצוע פעולת החייאה איכותית, וקרבה מיידית (בת דקות אחדות) לאשפוז החולה בחדר מיון של בית חולים שיכול לספק סעד חיים מתקדם לאחר דום לב, שסיכויי ההישרדות של חולה כזה עולים במידה רבה לעומת סיכויי ההישרדות לאלו שדווחו לגבי החייאה בתוך בית חולים לאור העובדה ששרשרת ההישרדות של דום לב באמבולנס כמעט דומה לנתוני שרשרת ההישרדות של דום לב בתוך בית חולים".
98. בחקירתו בבית המשפט נשאל המומחה האם בכל מקרה סיכויי השרידות אינם נופלים מ-50%. הוא השיב לכך שהתוצאות של השרידות הן פונקציה של מתי התחילו וכמה זמן ארכה ההגעה לבית החולים. במקרה של המנוח מאחר והיה צעיר, ללא מחלות רקע והיה צוות שהיה יכול להגיב במהירות, סיכויי השרידות גבוהים יותר (עמ' 95, ש' 21-26). חוות דעתו של פרופ' הלפרן
99. פרופ' הלפרין סבר אחרת מפרופ' עדות. הוא התייחס בחוות הדעת להנחה שאירוע דום הלב התרחש דקה-שתיים קודם ההגעה לבית החולים, ולדעתו מהלך העניינים לא היה משתנה מהותית: הצוות היה מתחיל בעיסוי לב, שאינו יעיל ממש בעת נסיעה והיה מגיע מידית לבית החולים ומעביר את האחריות על ההחייאה לבית החולים. מכל מקום הערכתו את סיכויי ההצלחה לאחר החייאה מיטבית במתאר קדם בית החולים היא נמוכה מ-10% ולכן הוא קובע כי בכל מקרה היה סיכוי של 90% ומעלה לכך שהמנוח לא היה נשאר בחיים.
100. בחקירה הנגדית פרופ' הלפרן התבקש להסביר מהו דפיברילטור והשיב כי מדובר במכשיר הנותן הלם חשמלי ללבו של אדם דרך בית החזה, ומשתמשים בו באותם מקרים שבהם יש פעילות חשמלית של הלב, שמצד אחד גורמת לדום לב או להפרעה בתפקוד הלב, ומצד שני מגיבה לטיפול כזה (עמ' 108, ש' 10-13). הוא הוסיף כי 30% מהאנשים הלוקים בדום לב פתאומי מסוג פרפור חדרים או טכיקרדיה חדרית מגיבים למכת חשמל (עמ' 108, ש' 19-20) ולכן דפיברילטור יכול לסייע ב- 30-35% מהמקרים (עמ' 108, ש' 25-26). פרופ' הלפרן הבהיר כי צריך היה לחבר את הדפיברילטור (עמ' 109, ש' 6-8).
101. למרות זאת, פרופ' הלפרן עמד על דעתו כי סיכויי השרידות עומדים על 10% לכל היותר (עמ' 110, ש' 3-4) וסביר שאף נמוכים יותר ביחס למי שהיה חולה בארבע הימים לפני האירוע, ובהתחשב בכך שהאירוע התרחש באמבולנס, שם ההחייאה קשה יותר ויעילותה מוגבלת והצוות אינו צוות החייאה מתקדמת (עמ' 110, ש' 14-17). דעתו הייתה אפוא כי סיכוייו של המנוח לצאת בחיים מהחייאה באמבולנס היו בסדר גודל של 10-15% (עמ' 111, ש' 16-18). הערכתו זו מבטאת את ממוצע השרידות ולשיטתו בעת שהמנוח הגיע לבית החולים סיכוייו למות עלו על 90% (עמ' 118, ש' 14). חוות דעתו של ד"ר ערן טל-אור
102. עמדתו של ד"ר טל-אור היא כי בהנחה שחוסר ההכרה וחוסר הדופק היו כשתי דקות לפני הכניסה לבית החולים, ואילו היו מתגלים על ידי צוות מד"א בזמן, לא היה בעצירת האמבולנס וביצוע החייאה לפני הכניסה לבית החולים כדי להביא לשיפור התוצאה הסופית ולהצלת המנוח. לדידו עדיף במצבים אלה להכניס את החולים למרכז לרפואה דחופה שם יש את הצוות הנדרש ואת התרופות המתאימות לביצוע החייאה מתקדם.
103. בעדותו בבית המשפט ד"ר טל-אור נשאל לגבי דפיברילטור. הוא השיב כי במרחקים שבהם מדובר אין לכך משמעות, שכן הנהג נדרש לעצור את הרכב, ולחבר את המכשיר, דבר שאורך 3-4 דקות (עמ' 130, ש' 5-7).
104. גם ד"ר טל-אור העריך את סיכוי התמותה ב-90%, והסכים כי בית החולים קיבל את המנוח מראש עם סיכוי נמוך מאוד להצלה (עמ' 134, ש' 18-19) וכי סיכוי נמוך זה (פחות מ-10%) חל גם אם האירוע קרה דקה או שתיים לפני הגעת האמבולנס לבית החולים (עמ' 134, ש' 21-24) וכי גם אם המנוח היה ניצל במסגרת אותו אחוז מזערי היה נגרם לו נזק מוחי מאוד משמעותי (עמ' 134, ש' 25-26). חוות דעתו של ד"ר טובי רסין
105. ד"ר רסין העריך את סיכויי ההצלה של חולה עם פרפור חדרים כגורם לדום לב מחוץ לכותלי בית החולים בפחות מ-30% וחלון ההזדמנויות להתערבות טיפולית המונעת נזק נוירולוגי בלתי הפיך הוא 4 דקות לכל היותר. בעת הקבלה למיון, בהינתן שנמצאו אישונים רחבים ולא מגיבים, היה המנוח עם נזק נוירולוגי משמעותי.
106. בעדותו בבית המשפט הוא ציין כי סיכויי ההצלחה במקרה האופטימאלי של החייאה הם מתחת ל-30% כאשר הכוונה היא לשחרור מבית החולים ללא קשר למצב הקוגניטיבי, כאשר יש כמעט לכל החולים נזק נוירולוגי, אלא אם כן דום הלב התרחש בבית החולים, והתגובה הייתה מידית. ככל שדום הלב אירע מחוץ לבית החולים, הרי שגם במקרים שבהם אדם שאינו רופא צפה בכך, והוא יודע לעשות החייאה בסיסית עדיין הסיכוי להשתחרר מבית החולים במצב שניתן להגדירו כחי הם פחותים מ-30%, כאשר האפשרות לשחרור ללא נזק מוחי הוערכה על ידו כאפסית (עמ' 162, ש' 23-31).
107. ד"ר רסין אישר כי כל דקת עיכוב מביאה לירידה של 10% בסיכויי ההצלחה של ההחייאה (עמ' 169, ש' 31-32). הוא העריך כי נוכח מצבו של המנוח אירוע דום הלב התרחש שתי דקות ומעלה לפני הגעתו, אך לא ניתן לדעת את פרק הזמן המדויק (עמ' 170, ש' 7-11). במצב של דום לב שאירע שתי דקות לפני ההגעה מדובר על 30% סיכויי שרידות בעוד שאם האירוע היה ארבע דקות לפני ההגעה – הסיכוי הוא נמוך מ-10% (עמ' 170, ש' 12-19).
108. ד"ר רסין, העריך שאם היה נעשה שימוש בדפיברילטור, התמונה הייתה משתנה. ככל שהדפיברילציה הייתה ניתנת תוך דקה או שתיים (עמ' 171, ש' 28-31) והוא השיב בחיוב לשאלה האם סיכויי השרידות של המנוח היו "הרבה יותר טובים" אם היו עושים שימוש בדפיברילטור (עמ' 171, ש' 32-עמ' 172, ש' 1). ד"ר רסין לא נשאל ולא התייחס להיקף השיפור בסיכויים. עיקרי הטענות
109. התובעים מבהירים תחילה שהנטל להוכחת הקשר הסיבתי מוטל על מד"א ולא עליהם. הם מבקשים לקבוע כי מדובר בסיכויים גבוהים מאוד העולים על 50%, וזאת בשל הגיל הצעיר, היעדרן של מחלות רקע, הימצאות המנוח באמבולנס עם צוות מיומן בהחייאה כאשר האמבולנס מצויד בדפיברילטור. לשיטת התובעים, אף אם הסטטיסטיקה מדברת על אחוזי הצלחה של כ-30% במקרים של מוות מחוץ לבית החולים, הרי שנסיבותיו האישיות של המנוח ושל המקרה מכלילות אותו באופן מובהק באותם 30%, בהם ההחייאה הייתה אמורה להצליח, ולכן התובעים זכאים לפיצוי על מלוא נזקיהם. אין מקום להתייחס למחקרים כלליים המתייחסים להחייאה שמבוצעת מחוץ לבית החולים מבלי שנעשית הבחנה בין החייאה על ידי צוות רפואי (כמו באמבולנס) או שלא על ידי צוות כזה, ומבלי שנעשית בחינת הסיכויים לאותו אדם, בשים לב לגילו ולמצבו הרפואי הכללי.
110. לטענת התובעים בשל העברת הנטל בדבר תדירות הבדיקות הנדרשת במהלך הפינוי למד"א יש לקבוע כי לא עמדה בנטל להראות האם פעולת ההחייאה, שהייתה מבוצעת באמבולנס הייתה מצליחה או לא. התובעים הזכירו בסיכומיהם כי הם היו היחידים שהביאו לפני בית המשפט חוות דעת שהתייחסה לשאלת סיכויי השרידות של המנוח. בהתייחסם לעדויות המומחים האחרים התובעים הפנו לכך שהמחקר שפרופ' הלפרן הביא מתאר סטטיסטיקה ולפיה שיעור השרידות הוא 31.7% וכי אין בו התייחסות לנתונים נוספים שיכולים להשפיע על הסיכויים. בנוסף התובעים נשענים על דבריו של ד"ר רסין, שאף שהעריך שסיכויי הצלחת החייאה מחוץ לכותלי בית החולים עומדים על 30%, הוא הבהיר כי ביצוע דפיברילציה במהלך שתי הדקות הראשונות היה משנה את התמונה לחלוטין.
111. לסיכום, עמדת התובעים היא שסיכויי המנוח לשרוד את ההחייאה לו בוצעה מיד עם קרות דום הלב, היו גבוהים מאוד ועולים על 50%, וזאת משום גילו הצעיר, היעדר מחלות רקע, הימצאותו באמבולנס עם צוות מיומן בהחייאה וקיומו של דפיברילטור.
112. מד"א מבקשת לקבוע כי סיכויי השרידות של המנוח, אף אם היה מאובחן מצבו בעת הנסיעה היו נמוכים מאוד עד אפסיים, ונמוכים מהשיעור של 30%. לטענת מד"א כל המומחים למעט פרופ' עדות העידו על סיכויי שרידות נמוכים באופן ניכר מ-50% ולמעשה כאלה שעומדים על 30% במקרה הטוב. בסיכומיה מד"א הפנתה להליכים שונים שהתנהלו בבית הדין האזורי לעבודה ולמדה מהם על חיזוק לעמדתה. נוכח היעדרה של נתיחה לאחר המוות ובשל כך שבקיבתו של המנוח נמצא דם שחור שהתחמצן, מד"א טוענת כי סיכויי השרידות היו נמוכים מאוד עד אפסיים ועל כן אין לזכות את התובעים בפיצוי כלל.
113. בסיכומיו בעל-פה עמד בא כוח מד"א על כך שלפי עמדת כל המומחים האירוע קרה בין 2 ל-5 דקות לפני ההגעה לבית החולים, כאשר אורך הנסיעה הוא לכל היותר 8 דקות. בנוסף הוא ביקש לקבוע בהסתמך על עדות התובעת לגבי המקום שבו נשמעה האמירה שהמנוח אינו מגיב כי מדובר במקום הקרוב לבית החולים, ולכן הנסיעה הייתה במקרה הטוב יכולה להתקצר בדקה או שתיים, ועדיין יישארו כשלוש דקות שבהן היה המנוח ללא החייאה אמיתית. כאשר מוסיפים לכך את פרק הזמן עד להגעתו לעיסוי לב בבית החולים מדובר במצב שבו הטיפול ניתן למנוח לאחר 4-5 דקות. בא כוח מד"א ערך בהמשך לכך חישוב המבוסס על ההנחה שכל דקה מביאה לקיצור של 10% ולכן הניח כי ההפחתה בסיכויי ההחלמה היא מ-30% ל-24% (דהיינו 8.2%). מכל מקום עמדתו הייתה כי סיכויי השרידות לכתחילה נפלו מ-30% והיו מזעריים, באופן המצדיק את דחיית התביעה ולמצער להעריך את סיכויי ההחלמה ב-13%.
114. בא כוח ביקור חולים ציין בסיכומיו שעמדתם של כל המומחים הייתה כי מדובר על סיכוי בשיעור 10% ופחות מכך שאפשר היה להציל את המנוח עוד לפני שנכנס לבית החולים, וכאשר גם אז לא היית המחלוקת על כך שהיה נותר נזק מוחי כלשהוא. דיון והכרעה
115. לאחר בחינת טענות הצדדים הגעתי לכלל מסקנה כי אבדן סיכויי ההחלמה הוא 30% וכי התובעים זכאים לפיצוי עבור 30% מנזקיהם כגובהם של סיכויי ההחלמה.
116. למסקנה זו הגעתי בשל הנימוקים הבאים:
     * אבדן סיכויי החלמה הוכר בפסיקת בית המשפט העליון כראש נזק בר פיצוי עצמאי ומדובר בנזק שבו נעשית פסיקה על בסיס יחסי והסתברותי של סיכויי ההחלמה שאבדו. הקווים המנחים לכך נקבעו בע"א 231/84 קופת חולים של ההסתדרות נ' יוסף פאתח, פ"ד מב (3) 312 (1988), ומדובר בראש נזק החל כאשר בין היתר קיימת עמימות באשר לקשר הסיבתי (ר' ע"א 7469/03 המרכז הרפואי שערי צדק נ' זכריה כהן (17.4.2005); דנ"א 4693/05 בי"ח כרמל-חיפה נ' עדן מלול, פ''ד סד(1) 533, 552 (2010)).
     * אני ער לכך שהערכות המומחים המבוססות על המחקרים השונים לימדו על סיכויי החלמה בשיעור נמוך הרבה יותר כאשר מדובר באירוע של פרפור חדרים ודום לב מחוץ לבית החולים, ובמיוחד כאשר יש ספק באשר לפרק הזמן שהיה עד לתחילת החייאה. הנתונים שהובאו על ידי כל המומחים, למעט פרופ' עדות, היו בסדר גודל של 10-15%.
     * למרות זאת, בחרתי להעדיף את הנתון המיטיב עם התובעים בשים לב לכך שהנטל להוכיח את סיכויי ההחלמה יכול ויעבור למד"א בשל קיומו של נזק ראייתי, שמנע מהתובעים את האפשרות להוכיח את אותם סיכויים (לעניין הנזק הראייתי והנזק הראייתי "המובנה" ר' ע"א 9328/02 מאיר נ' ד"ר לאור, פ"ד נח (5) 54 (2004); ע"א 11035/07 שירותי בריאות כללית נ' שגיב אביטן, פסקה 14 (20.7.2011); ע"א 4584/10 מדינת ישראל נ' רגב שוובר, פסקה (4.12.2012)). כן ר' לעניין הפעלת דוקטרינת הנזק הראייתי בכל הנוגע למחדל שמנע מהנפגע להוכיח את הקשר הסיבתי (ע"א 1556/07, 1474, 1457 עיריית הרצליה נ' ארי כץ (14.1.2009), רע"א 2063/16 הרב יהודה גליק נ' מדינת ישראל, משטרת ישראל, פסקה כט לחוות דעתו של כב' המשנה לנשיאה א' רובינשטיין ופסקה 27 לחוות דעתו של כב' השופט י' עמית) (19.1.2017) וכן ר' הדברים שכתב כב' השופט עמית בע"א 1503/15 מדינת ישראל נ' ציפורה איבי, פסקאות 7-9 לחוות דעתו של השופט עמית (3.9.2015) וכן ר' ע"א 3900/14 ל.ד. נ' המרכז הרפואי הלל יפה, פסקה 15 (2.12.2015) (להלן: עניין ל.ד.)).
     * איני מקבל את טענת התובעים לכך שככל שהיה נעשה שימוש בדפיברילטור, סיכויי ההחלמה היו מלאים או עולים על 50%. פרופ' עדות לא התייחס באופן מובחן לסיכויים הנובעים משימוש בדפיברילטור וממילא לא נקב בנתון מדויק. ד"ר טל-אור שהתייחס לכך בעדותו סבר כי נוכח פרק הזמן שהייתה אורכת הפעלת המכשיר ממילא לא היה הדבר בעל משמעות. אשר להישענות על האמירה הסתומה משהו של ד"ר רסין בעדותו, כי הסיכויים היו טובים בהרבה, הרי שלא מצאתי את האמירה הזו מספיקה לבסס הערכת סיכויים החורגת מכל קנה מידה ביחס לנתונים שהובאו בחוות הדעת.
     * נוסף על כך, אף שבעניינים אחרים לא קיבלתי את עדותו של ד"ר טל-אור דווקא באשר להערכת הזמן שנדרש לצורך הפעלת דפיברילטור, מצאתי שיש להתבסס על עדות זו. ד"ר טל-אור היה היחיד שהתבקש להתייחס לכך, ונראה כי הוא גם בעל הניסיון המתאים ביותר להערכת הקשיים להפעלת דפיברילטור במהלך נסיעה באמבולנס.
     * איני סבור כי יש יסוד לאמירה כי נתוניו של המנוח היו הופכים אותו לאחד מאלה שמצויים בתוך אותם 30% שהיו ניצלים. כדרכם של נתונים סטטיסטיים, אלה מתייחסים לכולם, לרבות אלה המצויים באמבולנס, צעירים יותר מאחרים ומי שאין לו מחלות רקע. מכל מקום, הבחירה בנתון של 30% שהוא המיטיב ביותר נותנת מענה לנתונים העדיפים של המנוח לעומת אחרים.
     * נתתי דעתי לטענותיה של מד"א ולפיה יש לערוך את החישוב על בסיס הפחתה בסיכויי ההחלמה לעומת הנתון הבסיסי של 30% ולזקוף 10% בגין כל דקה שבה השתהתה הגעתו של המנוח (בא כוח מד"א נשען על הנוסחה כפי שפורטה בעניין ל.ד., פסקה 24), אלא שבמקרה זה המדובר בשלילה מוחלטת של הסיכויים שהיו ולא רק הפחתה בהם. הנזק
117. מאחר וענייננו בתביעת עזבון ותלויים (התובעת והמנוח הם ידועים בציבור, והתובעת היא היורשת היחידה של המנוח והתלויה היחידה בו), הרי שראשי הנזק הרלוונטיים הם הנזק הלא ממוני, אבדן השכר בשנים האבודות (שהתמיכה בתלויים מצויה במתחם חפיפה עמו), הוצאות הקבורה והמצבה וכן אבדן שירותי בעל.
118. המנוח היה בעת פטירתו בן 49. הנזק הלא ממוני
119. התובעים מעריכים את הפיצוי הראוי עבור הנזק הלא ממוני בסכום של 1,000,000 ₪ בערכי היום. מד"א מבקשת לקבוע, בשים לב לכך שהמנוח נפטר בתוך פרק זמן קצר ולא היה בהכרה לאורך כל אותו פרק זמן, פיצוי מזערי עבור כאב וסבל, שאותו היא מעמידה על לא יותר מ-50,000 ₪. אשר לקיצור תוחלת החיים מד"א טוענת כי לא ניתן לדעת מהי התוחלת בשים לב להימצאות "קפה שחור" בקיבה, לכך שהמנוח סבל מאירוע קודם, ובהיעדר מידע על מחלות אחרות. מכל מקום גם אם המנוח היה נותר בחיים, הרי שהוא היה סובל נזק נוירולוגי. בסיכומים התייחס בא כוחה של מד"א לסכום של 100,000 ₪ כ"הרבה".
120. את הנזק הלא ממוני לעיזבון, מקובל לחלק לשלושה רכיבים (כאב וסבל, קיצור תוחלת חיים, ואבדן הנאות חיים) כאשר בישראל מוכרים שני הרכיבים הראשונים. יש הסבורים כי נכון לפסוק סכום אחד בגין הנזק הלא ממוני ויש המעדיפים פסיקת סכומים נפרדים (ר' לעניין זה בחוות דעתו של כב' השופט י' עמית בע"א 8488/00 עזבון המנוחה רוננה סושרד נ' משטרת ישראל (5.6.2012)).
121. מכל מקום בענייננו, סכום הפיצוי עבור כאב וסבל הוא מתון בהינתן כי המנוח איבד את הכרתו עוד במהלך הנסיעה באמבולנס וזו לא שבה אליו עד שהוכרז מותו. אשר לפיצוי עבור קיצור תוחלת חיים, הנתון הרלבנטי הוא שהמנוח היה בעת פטירתו בן 49.
122. בהתחשב בכל אלה אני מעמיד את הפיצוי בראש הנזק הלא ממוני בסכום כולל של 450,000 ₪ נכון להיום. סכום זה נותן ביטוי לכך שעל הנזק הלא ממוני יש לצרף ריבית מיום הפטירה וכי מאז חלף פרק זמן של למעלה מעשר שנים. הפסד השכר בשנים האבודות
123. קביעת הפסד השכר של המנוח בשנים האבודות מציבה אתגר, שכן כפי שאפרט להלן, אין למעשה כל נקודת אחיזה שבה ניתן להיאחז לצורך קביעת שכרו בעבר של המנוח וכושר השתכרותו.
124. התובעת תיארה בתצהירה כי המנוח סיים תואר שני בפסיכולוגיה בהצטיינות ועמד לפני סיום עבודת הדוקטורט שלו. משפחתו הייתה עתירת נכסים, והוא ירש נכסים רבים, שמהם קיבלו תשואה חודשית מכובדת שהספיקה לצרכי המחיה. במקביל המנוח פיתח שני עסקים המבוססים על פטנטים שיזם ובהם אתר היכרויות אינטרנטי ואתר לחיפוש חדשות, שהיו, לדבריה, ראשונים מסוגם בעולם. לטענת התובעת הם התפרנסו מאותם עסקים אך בהמשך קמו מתחרים ואז המנוח הבין שעליו להגן על הקניין הרוחני שלו באמצעות רישום פטנטים.
125. המנוח החל לעסוק ברישום ובהגנת ההמצאות שלו "במשרה מלאה" ומשנת 2000 ועד ליום מותו לא עבד אלא התעסק בעריכת פטנטים, על כל שלבי העריכה ובעצם ביצע בפועל את כל הפעולות שעורכי פטנטים עורכים בעבור ממון רב ובכך חסך הוצאות נכבדות עבור רישום הפטנטים פרי המצאתו. התובעת עצמה סייעה לו בביצוע עבודות אלה.
126. לדברי התובעת מעבר לכך בני הזוג חיו בהתבסס על ההכנסות של המנוח מהנכסים המניבים שלו ושל משפחתו ומההכנסות מהאתרים שהקים. בשנים 1994-1999 המנוח הרוויח מעסקים אלה כ-17,000 ₪ לחודש אך עם המעבר לעיסוק ברישום הפטנטים ירדו ההכנסות מהאתרים והמנוח עסק בהגנת המצאותיו.
127. מנתוני ההכנסה שצורפו לתצהיר נלמד כי בשנים שלפני מותו לא היו למנוח הכנסות מדווחות.
128. התובעת משלימה בחלק האחרון של תצהירה את המידע לעניין הכנסות בני הזוג. היא מציינת כי השתכרה סכום של כ-3,300 ₪ מעבודה כסוכנת ביטוח. מאז פטירת המנוח היא מנסה לשמר את הפטנטים שהמנוח המציא תקפים אך מאחר ואין לה את היכולות והכישורים של המנוח היא נאלצה לוותר על החלק הארי של הבקשות שהגיש ולהתמקד בחלק זעיר מהן, שאותו היא מנסה לשמר, למכור או לנהל בעניינם תביעות הפרה. לצורך כך היא נעזרת בשירותיהם של עורכי פטנטים.
129. לדברי התובעת היא שילמה סכום של כ-500,000 ₪ כשכר טרחה לשימור אותם פטנטים ספורים ותחזוקתם, ועובדת מ"סביב לשעון" בניסיון להביא להצלחה של מכירת הזכויות בפטנטים, אך עד היום, למרות שהיו מספר הצעות, הן לא באו לכדי מימוש – בעיקר משום שהיא סבורה שההצעות אינן משקפות את הפוטנציאל הגלום באותם הפטנטים. במקביל היא מנסה לאכוף את זכויותיו של המנוח ועזבונו במספר הפרות פטנטים שמבוצעות על ידי גורמים מסחריים. להערכת התובעת לו המנוח היה בחיים היו מצליחים לממש רבים מבין רעיונותיו, למכור אותם, להרוויח סכומים גדולים וכי אובדנו מהווה אובדן ברור ומוחשי של הביטחון הכלכלי שמהלכיו של המנוח היו אמורים להוביל בוודאות גדולה מאוד. המנוח ידע לראות את כל התמונה של המצאותיו, ולכן היה האדם המומחה ביותר לנהל את הפטנטים שלו ולהתמודד עם תביעות הפרה, הצעות מכירה, וכל הסבר שנדרש לאורך הדרך.
130. בחקירה הנגדית היא אישרה כי היא והמנוח התפרנסו מנכסי נדל"ן שהיו בבעלותם שהניבו סכום של כ-10,000 ₪ לחודש (עמ' 18, ש' 22) ומניבים סכום של 15,000 ₪ לחודש (במועד מתן עדותה – 10.9.19, עמ' 19, ש' 18). עוד נלמד כי בשל גובה ההכנסה התובעת התקשתה בהחזקת הפטנטים ובחידושם (עמ' 20, ש' 7). מכל מקום הוברר בחקירה כי אף לא אחד מהפטנטים נמכר (עמ' 36, ש' 19-20).
131. ד"ר סוזן ליפשיץ, עורכת פטנטים, נתנה תצהיר מטעמם של התובעים. היא סיפרה שהכירה את המנוח מאז שנת 2001-2002 והוא היה ממציא מבריק עם מספר רב של המצאות במגוון רחב של תחומי המצאה, החל ממדפסות שמדפיסות את הדף בשני הצדדים וכלה במזון מחשיש, החל משיטת התאמת שידוכים לבטיחות באינטרנט וכלה בהקטנת קרינה מטלפון סלולר. היא צרפה רשימה של 27 המצאות שהוגשו בארץ ולדעתה אין ספק שהמנוח הקדים את העולם במספר תחומים. לדבריה המנוח ביצע עבודה של כמה ממציאים ועורכי פטנטים בו זמנית. היא העריכה את מספר הבקשות שהגיש תוך 8-10 שנים ב-500-600 בקשות ולדבריה רובן ננטשו בשל היעדר יכולת להמשיך בהן, אי תשלום דמי ארכה ואגרות וכישלון לספק חלקים חסרים. חלק מהבקשות ננטש בשל מותו של המנוח. העדה אינה יכולה להעריך את שווי עבודתו של המנוח בהכנת הבקשות, הרישום והתחזוקה, אך היא קובעת כי "ניתן להניח ש[המנוח] חסך עלויות גבוהות מאוד בכל הקשור בהכנת, רישום ותחזוקת הפטנטים וכי לו היה בחיים, היה חוסך עלויות משמעותיות שמוציאה כיום בת זוגו לצורך תחזוק הפטנטים". העדה העריכה את שכרו של עורך פטנטים בכיר בסכום של 45,000-150,000 דולר בחודש בארה"ב ו- 50,000-100,000 ₪ בחודש בישראל.
132. בחקירתה הנגדית היא אישרה כי עריכת פטנטים מחייבת תואר בהנדסה או מדעים (עמ' 14, ש' 1) וכי בארה"ב עליו להיות אזרח (עמ' 14, ש' 5). היא הוסיפה כי חלק מהבקשות נזנחו בשל אי תשלום אגרה או תשלום שכר עמית בחו"ל (עמ' 17, ש' 1-2), שהיה על המנוח להוציא ככל שהיה מבקש להמשיך את הטיפול באותן בקשות. היא העריכה שתחזוקת הפטנטים תעלה "הרבה מאוד כסף", וכי היא והתובעת לא ידעו, לאחר פטירת המנוח, כיצד לדרג מה נכון לתחזק ומה לא (עמ' 17, ש' 19-21).
133. עורכת הדין נעמי אסיא מסרה תצהיר מטעם התובעים. עו"ד אסיא ניהלה במשרדה את תיק הפטנטים של התובעת והיא פרטה לגבי הבקשות השונות וזניחתן. לדבריה התובעת שילמה למשרדה סכום מקורב של 230,000 ₪ עבור שכר טרחה וכן סכום מקורב של 280,000 ₪ עבור הוצאות, אגרות וחיובים של עמיתים זרים. בחקירתה הנגדית היא הבהירה שלא הכירה את המנוח, וכן אישרה כי עצם רישומו של פטנט אינו מבטיח הכנסה (עמ' 4, ש' 23) וככל שלא תיעשה פעולה אקטיבית כדי למסחר את הפטנט הוא לא יניב כסף (עמ' 4, ש' 30-31). העדה לא ידעה להעריך מהו אחוז ההמצאות המגיעות לשלב הרישום או המכירה לאחר מכן, אך מנגד אישרה כי ההוצאות בגין הטיפול בכל פטנט הן הוצאות גבוהות (עמ' 8, ש' 32-33). לדבריה המנוח "חסך" סכום של 300,000 ₪ ששולמו לאחר מותו למשרדה כשכר טרחה (עמ' 9, ש' 6-7).
134. מטעם מד"א הוגשה חוות דעתה של עורכת הפטנטים רוני פוגל. גב' פוגל תיארה בחוות הדעת את תפקידו של עורך פטנטים, והסבירה מהו פטנט ומה משמעות בקשת פטנט שלא אושרה. לדבריה בקשה כזו אינה מהווה נכס סחיר ואין לה ערך כספי. ערכה היחיד הוא בכך שהיא מהווה תקדים לבקשות פטנט מאוחרות יותר ויכולה למנוע את קבלתן, אך הממציא אינו מרוויח מכך דבר.
135. גב' פוגל העריכה את עלות שכר הטרחה של עורך פטנטים לכתיבת בקשה כנעה בין 20,000 ₪ ל-30,000 ₪. עלות הגשת בקשה נעה בין 3,000 דולר ל- 7,000 דולר בהתאם לגוף שאליו היא מוגשת. נוסף על כך נמסר מידע לגבי שכר טרחה שעתי של עורך פטנטים ישראלי (800-1,500 ₪) ואמריקאי או אירופאי (380-600 דולר). היא העריכה כי ניתוח דו"ח בחינה וניסוח תשובה לבוחן פטנטים יכול לנוע בין 5-15 שעות. להערכתה מבחינה מעשית אדם יכול להגן בעצמו על בקשותיו רק בישראל, ארה"ב ומדינות דוברות אנגלית אך לא במדינות אחרות בשל מגבלות שפה. לכן, בכל מקרה נדרש היה להיעזר בעורכי פטנטים שיכולים להגן על בקשות במדינות אלה. גב' פוגל הוסיפה כי ממציא האמצאה יכול להגן על אמצאתו עד שלב מסוים, אך יידרש לסיוע משרדים מקומיים שילוו את הבקשה.
136. בהתייחסה לפטנטים של המנוח, היא ציינה כי הוא הגיש עשרות רבות של בקשות במדינות שונות וכי היא איתרה 188 בקשות על שמו. רק 7 פטנטים אושרו והם מתוחזקים, ועוד 10 בבריטניה מתוכם 6 מתוחזקים, כאשר מרבית הבקשות שהוגשו בישראל נזנחו ו-80% מהבקשות סורבו בארה"ב וישראל כבר בשלב הבחינה. לדבריה על שמו של המנוח רשומים 17 פטנטים מאושרים אולם אלה לא נמכרו ולאור תוקפם הקצר סביר כי לא יימכרו ועל כן הם אינם בעלי משמעות כלכלית כלשהי, אלא הם מייצרים הוצאות.
137. מד"א הגישה את דו"ח רציפות הביטוח של המנוח (נ/7). הדו"ח מלמד כי החל משנת 1999 ועד לפטירתו בשנת 2009 לא הייתה למנוח כל הכנסה. בשנים שלפני כן הועסק המנוח באוניברסיטה העברית ושכרו השנתי היה אלפי שקלים בלבד.
138. התובעים מבקשים לקבוע כי המדובר באדם בעל יכולות בלתי רגילות, עם כושר השתכרות העולה על המקובל. בשל פטירתו לא ניתן להעריך את שווי הפטנטים שהמציא אך ניתן להניח כי היה צפוי להרוויח סכומים גבוהים מאוד. לדעת התובעים אין לייחס משקל לכך שבשנים שקדמו לפטירה המנוח לא השתכר ואין לגזור את כושר השתכרותו מכך אלא מפוטנציאל ההשתכרות שלו כמי שממציא ומממש את הפטנטים שהמציא.
139. אשר לחישוב הפיצוי בשיטת הידות, התובעים ביקשו לבסס את ההכנסה על זו שהתקבלה בשנים בהם המנוח עבד, הכנסה שאותה העריכו ב-30,000 ₪, הסכימו להניח כי התובעת עבדה ומשתכרת כ- 3,500 ₪ לחודש.
140. מד"א מבקשת לקבוע כי אין למנוח כושר השתכרות וכי המנוח לא עבד ולא התכוון לעבוד אלא התפרנס מהנכסים שירש ולכן אין ליצור פיקציה משפטית המזכה אותו בפיצוי על הפסד שלא הוכיח. היא הפנתה לכך שחוות הדעת שהתובעים הביאו אינן יכולות לסייע שכן הן מתעלמות מכך שהמנוח לא יכול היה לתפקד כעורך פטנטים בהיעדר השכלה במדעים. מד"א הוסיפה שהתובעים נמנעו מהבאת שותפיו של המנוח לחלק מהפטנטים. בהיעדר ראיות מד"א ביקשה שלא לפסוק כל פיצוי בראש נזק זה.
141. במחלוקת שנפלה בין הצדדים מצאתי להעריך את ראש הנזק של אבדן ההכנסות בשנים האבודות בסכום של 700,000 ₪.
142. בקביעת הסכום הבאתי בחשבון את השיקולים הבאים:
     * המנוח לא השתכר מעבודה ולו שקל אחד בשנים שלפני פטירתו.
     * אין ספק כי המנוח היה ברוך כישרונות, ובעל כושר המצאה יוצא מן הכלל, אלא שעד לפטירתו קשה לראות כי אותם כישרונות וכושר המצאה הניבו הכנסה כלשהי. ההיפך מכך, המנוח התמקד אך ורק בניסיונותיו להמציא, לרשום פטנט על המצאותיו מבלי שהצליח להביא את המצאותיו לידי מימוש כלכלי. הנחתם של התובעים כי אלמלא הפטירה הייתה התמונה בעתיד שונה איננה מבוססת על דבר ונוכח הזמן הממושך שבו התמקד המנוח בעיסוק בפטנטים ללא שהעיסוק הניב תשואה כלשהי קשה לקבל את התחזית האופטימית של התובעים.
     * לא ניתן להישען על חוות הדעת שהובאו מטעם התובעים לצורך קביעת שכר וכושר השתכרות שכן הן מבססות את השווי של עבודת המנוח כ"עורך פטנטים". המנוח לא היה "עורך פטנטים" ואף לא הייתה לו הכשירות הנדרשת להפוך כזה. אף אם בזכות כישוריו האחרים הוא יכול היה לחסוך חלק מהעלויות, מדובר בחלק בלבד שכן הוברר כי עדיין נדרש היה להסתייע בעורך פטנטים לחלק מהפעולות וכן בגורמי חוץ לפעולות הנעשות בארצות אחרות. מכל מקום, לא ראיתי כי הנתונים שהובאו בעניין זה יכולים לשמש בסיס להערכת שכר וכושר השתכרות.
     * אין מקום להישען גם על אותן שנים רחוקות שבהן המנוח עבד והשתכר (המדובר בשנת 1983 שבה המנוח עבד באוניברסיטה והשתכר 76,186 ₪ בששה חודשים). הנתונים מאותם שנים אינם יכולים לשמש בסיס מקום בו חלפה תקופה כה ממושכת, אין המדובר באותו עיסוק, ואין כל יסוד לקבוע כי המנוח היה שב לעסוק בכך.
     * למרות זאת מצאתי לנכון להניח כי היה למנוח כושר השתכרות ולקבוע על דרך של אומדנה פיצוי, גם אם מתון בשים לב לקושי בהוכחת ההשתכרות.
     * להשלמת התמונה יצוין כי תחשיב "גס" המבוסס על שכר של המנוח – 5,000 ₪, שכר של האלמנה 3,500 ₪ לעבר (גובה ההפסד לפי 4 ידות ועד הגיע המנוח לגיל 70 תוך התעלמות מתקופת הזקנה – 2,875 ₪) עד הגיע המנוח לגיל 70 (בהנחה שהאלמנה הייתה עובדת עד שלב זה) מגיע לסכום של 664,125 ₪ (לפי 136 חודשים לעבר ומקדם היוון לעתיד -95). ככל שמתחשבים גם בתקופה בה הייתה משולמת קצבת זקנה, היה הסכום גדל. אבדן השירותים
143. עמדת התובעים היא כי יש לפסוק סכום של 300,000 ₪ בראש נזק זה. מד"א טענה כי מדובר בבני זוג בשנות החמישים לחייהם, ללא ילדים ולכן אין אבדן.
144. מתחם הפיצוי עבור אבדן השירותים נקבע בע"א 9788/07 עזבון המנוחה הדיל מרמש נ' ד"ר אילנה שלזינגר (30.5.2010) ובהמשך אומץ בהזדמנויות נוספות (ע"א 4574/11 עזבון ויורשי המנוח נזאל אג'וד נ' הפניקס (19.5.2013), רע"א 975/16 פלוני נ' הפניקס (4.5.2016), רע"א 6914/14 פלונית נ' קרנית –קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים (7.12.2014)). בענייננו מדובר באבדן שירותים לבעל ובזוג בגיל 50 לערך. לפיכך אני מעמיד את סכום הפיצוי על 200,000 ₪ (נכון להיום). הוצאות הקבורה והמצבה
145. התובעים עתרו לפסיקת פיצוי ברכיב זה. מד"א טענה כי אין המוסד לביטוח לאומי נושא בהוצאה זו. אף שלא הומצאו קבלות מצאתי לנכון לפסוק לתובעים פיצוי בסכום של 10,000 ₪ (נכון להיום). סכום הנזק
146. סכום הנזק המלא עומד אפוא על 1,360,000 ₪. ניכוי קצבת שאירים
147. מד"א הגישה אישור על תשלום קצבת השארים שהתובעת מקבלת בשל פטירת המנוח. הסכום ששולם במונחי 2009 עמד על 1,396 ₪ לחודש ועלה בהתאמה עם השנים. לפי חוות הדעת האקטוארית שמד"א הגישה סכום הניכוי 582,577 ₪. התובעים הגישו חוות דעת נגדית, שבה הופחתה קצבת הזקנה שהתובעת הייתה מקבלת וכן קצבת השארים (לאחר תום תוחלת חיי המנוח). הסכום המתקבל לפי חוות הדעת הוא 417,455 ₪. מאחר וחוות הדעת מטעם מד"א לא נדרשה לניכוי מן הניכוי, נראה כי יש להעדיף את חוות הדעת של התובעים.
148. אשר לשאלה האם יש לראות בנזק כמלוא סכום הנזק ומסכום זה להפחית את תגמולי המל"ל ורק את היתרה להכפיל בסיכויי ההחלמה, או שיש להכפיל את סכום הנזק בסיכויי ההחלמה ומתוך הסכום המתקבל להפחית את תגמולי המל"ל (שבולעים את הנזק), מצאתי כי יש לבחור באפשרות הראשונה (ונראה כי הצדדים שותפים לעמדה זו). אציין כי במקרה שלפנינו שבו נמצאה הסתברות של 70% למותו של המנוח בכל מקרה, קיימת הסתברות כזו לקבלת קצבאות השארים ללא קשר לאחריותה של מד"א, ולכן נכון יותר לנכות את הגמלאות כולן מסכום הנזק המלא ולהכפיל את היתרה בגובה סיכויי ההחלמה.
149. לפיכך יש לפסוק לתובעים פיצוי לפי החישוב הבא: 30% X (1,360,000-417,455) – 283,000 ₪. סיכום
150. על יסוד כל האמור אני פוסק לתובעים סכום של 283,000 ₪.
151. אני מחייב את מד"א לשלם לתובעים שכר טרחת עורך דין בסכום של 66,000 ₪ (כולל מע"מ). מד"א תחזיר לתובעים את ההוצאות שבהן נשאו לתשלום אגרה, והתשלום עבור חוות דעתו של פרופ' עדות ועבור עדותו בבית המשפט. בהינתן כי לא היה צורך ממשי בתצהירן ועדותן של גב' ליפשיץ ועו"ד אסיא איני סבור כי יש לחייב את מד"א להשיב לתובעים את סכומים שנדרשו לקבלת התצהירים והבאתן לעדות.
152. ההודעה לצד שלישי שהגישה מד"א נגד ביקור חולים נדחית. מד"א תשלם לביקור חולים ולכלל שכר טרחת עורך דין בסכום של 58,500 ₪ (50,000 ₪ בצירוף מע"מ) וכן תשיב לביקור חולים ולכלל את כל ההוצאות עבור חוות הדעת של ד"ר רסין, עדותו בבית המשפט ותשלום לעדים ולאיסוף חומר רפואי ככל שנעשה. ניתן היום, כ"א אלול תש"פ, 10 ספטמבר 2020, בהעדר הצדדים.

|  |
| --- |
| Picture 1 |
| ארנון דראל, שופט |