



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלונית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

בפני כב' השופטת בטינה טאובר, סגנית נשיא
התובעים פלונית ואח'

נגד

הנתבעת מדינת ישראל-המרכז הרפואי רמב"ם

1

פסק דין

2

3

מבוא

4

1. ביום 24/09/19 נולדה, בניתוח קיסרי בהול, בתם של התובעים 2-3, אשר נפטרה למרבה הצער, ביום 25/09/19, פחות מיממה לאחר לידתה, כתוצאה מתשניק (להלן: "המנוחה"). התביעה הוגשה על ידי התובעים בעילה של רשלנות רפואית. נטען כי בגין ניהול מעקב ומהלך לידה רשלני על ידי הצוות הרפואי של בית חולים רמב"ם (להלן: "בית החולים") נגרמה פגיעה חמורה במנוחה עד כדי נזק בלתי הפיך שהוביל לפטירתה המצערת.

10

2. התביעה הוגשה ביום 02/05/21 על ידי הוריה של המנוחה (להלן: "התובעים") כנגד מדינת ישראל (להלן: "הנתבעת") אשר היוותה במועדים הרלוונטיים לתביעה, הבעלים החוקיים והמפעילה של בית החולים בו נולדה המנוחה.

14

3. הצדדים חלוקים הן בשאלת החבות והן בשאלת גובה הנזק.

16

4. הצדדים הגישו תצהירי עדות ראשית. מטעם התובעים הוגשו תצהירי עדות ראשית של אם המנוחה (להלן: "התובעת"), אב המנוחה (להלן: "התובע") וכן מטעם אם התובעת. מטעם הנתבעת הוגשו תצהירי עדות ראשית של ד"ר נדיר גאנם, ד"ר נעמה פרגו, ד"ר אודי ארגז וד"ר רוני אברהמי שהיו חלק מן הצוות המטפל בתובעת במהלך אשפוזו ועד הלידה.

20

21



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

5. הצדדים הגישו חוות דעת מומחים בתחום הגניקולוגי מיילדותי מטעמם. מטעם התובעים הוגשה חוות דעתו של ד"ר אליעזר הורנשטיין (להלן: "ד"ר הורנשטיין"), ומטעם הנתבעת הוגשה חוות דעתו של פרופסור רון גונן (להלן: "פרופ' גונן").
6. בנוסף, הגישו הצדדים חוות דעת פסיכיאטריות באשר למצבה הנפשי של התובעת בעקבות אירוע הלידה ותוצאותיו. מטעם התובעים הוגשה חוות דעתו של ד"ר צבי קירש ומטעם הנתבעת הוגשה חוות דעתה של ד"ר נעה קרת. במהלך ההליך הגיעו הצדדים להסכמה לפיה נכותה הנפשית של התובעת כתוצאה מאירוע הלידה תעמוד על 10% נכות לצמיתות.
7. בתיק התקיימו 3 ישיבות הוכחות בימים: 08/05/24, 05/06/24, ו-12/09/24, במהלכן נשמעו עדותם של התובעת, אם התובעת, ד"ר רוני אברהמי (מנהל חדרי הלידה) ד"ר אודי ארגז (סגן מנהל חדרי לידה), ד"ר גאנם נדיר וד"ר נעמה פרגו. כן נחקרו המומחים בתחום הגניקולוגי מטעם הצדדים ד"ר הורנשטיין ופרופ' גונן על חוות דעתם.
- התשתית העובדתית הרלבנטית**
8. התובעת ילידת 1988 והתובע יליד 1984, נישאו בחודש יוני 2018. בחודש דצמבר 2018 נכנסה התובעת להיריון ראשון.
9. מהלך ההיריון של התובעת היה תקין וללא סיכונים. התובעת ערכה את הבדיקות הנדרשות במהלך ההיריון, לרבות בדיקות גנטיות, בדיקת מי שפיר וצ'יפ גנטי, אשר היו תקינות.
10. ביום 18/09/19, בשבוע 40+0 להריון, פנתה התובעת בליווי התובע למיון יולדות בבית החולים לצורך מעקב היריון מעבר למועד המשוער להריון. במועד זה נבדקה התובעת על ידי הצוות הרפואי, ובאנמנזה נרשם כי התובעת שללה צירים, ירידת מים או דימום. חשה היטב תנועות עובר. צוואר הרחם ארוך וסגור. באולטרסאונד עובר במצג ראש. הערכת משקל 3280 גרם. כמות מי שפיר תקינה. ניטור עוברי תקין ללא צירים. לסיכום, שבוע הריון 40, ללא גורמי סיכון, ללא צורך



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1 בהתערבות בשלב זה. הומלץ לתובעת להשתחרר לביתה ולחזור לביקורת בעוד כשבוע ממועד
2 השחרור, במידה ולא תתפתח לידה ספונטנית.
3
- 4 11. ביום 23/09/19, 5 ימים לאחר הביקור הקודם (שבוע 5+40 להיריון) שבו התובעים למיון יולדות
5 בבית החולים לצורך מעקב הריון מעבר למועד. נרשם בתיעוד כי מדובר בהיריון ספונטני, תיארוך
6 טוב לפי שקיפות עורפית, מעקב היריון תקין עד אותו מועד, התובעת שללה צירים, ירידת מים או
7 דימום, חשה היטב תנועות עובר. במועד זה נבדקה התובעת על ידי הרופא המתמחה ד"ר יואב סיגלר
8 (להלן: "ד"ר סיגלר"). בתיעוד צוין כי התובעת הייתה נינוחה, לא כאובה, סימנים חיוניים תקינים,
9 בטן רכה לא רגישה וטונוס רחמי שמור. בבדיקה וגינאלית צוואר אחורי נוקשה מחוק 50%. ניטור
10 ריאקטיבי ללא האטות או צירים.
11
- 12 12. בבדיקת אולטרסאונד שביצע ד"ר סיגלר, התרשם ד"ר סיגלר כי כמות מי השפיר תקינה אך גבולית.
13 לאור זאת, ביקש ד"ר סיגלר מד"ר גאנם ששימש אז כמנהל המיון המיילדותי, לבדוק בעצמו את
14 התובעת. בבדיקת אולטרסאונד חוזרת שבוצעה על ידי ד"ר גאנם ביחד עם ד"ר סיגלר, נמצא כי
15 העוברית במצג ראש, שליה קדמית, פרופיל ביופיזיקלי תקין. כמות מים AFI:5 בגבול התחתון אך
16 עדיין בטווח התקין. לאור האמור, אישר ד"ר גאנם לשחרר את התובעת לביתה עם המלצה לשוב
17 למיון יולדות בתום שבוע 41 לצורך הפעלת לידה, במידה ולא תתפתח לידה ספונטנית.
18
- 19 13. ביום 24/09/19 בשעה 3:04 לפנות בוקר, שבו התובעים למיון יולדות בבית החולים. התובעת
20 הייתה בשבוע 40+6 להריונה, לטענת התובעים בעקבות צירים והפרשה ירוקה שנצפתה בניגוב.
21 בשעה 03:08 נבדקה התובעת על ידי ד"ר גלי לוי שהייתה אז מתמחה צעירה. מהרשומה עולה כי
22 ד"ר לוי בדקה את התובעת בדיקה וגינלית, במהלך הבדיקה עלה כי הייתה מחיקה של 50% ופתיחה
23 של 1.5 ס"מ. גובה ראש 3.5-. ד"ר לוי ביצעה בנוסף בבדיקת אולטרסאונד במסגרתה הוערכה כמות
24 המים כתקינה.
25



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

14. בשעה 03:15 חוברה התובעת למוניטור עד השעה 03:45. בניטור אלקטרוני נצפתה פעילות רחמית תקינה, (ממוצע של 5 צירים ב-10 דקות), דופק עוברי קו בסיס 120 שנחשב תקין, ורישום ריאקטיבי עם שונות תקינה, האטות קלות כנגד שיא ציר ואף האצה בשעה 03:30 לערך.
15. בשעה 05:27 נבדקה התובעת על ידי ד"ר פרגו והמיילדת ויקטוריה ביזרמן. לפי תיעוד המיילדת, צוין כי בבדיקה נרתיקית צוואר מחוק 80% עם פתיחה של 1.5 ס"מ, ראש ירד לגובה 3-. בבדיקה שבוצעה על ידי ד"ר פרגו צוין: סימנים חיוניים תקינים, כאובה, בטן רכה, טונוס רחמי שמור. שאר הבדיקה ללא ממצא פתולוגי. בבדיקה נרתיקית התקדמות לפתיחה של 2 ס"מ, מחיקה של 90%, מים מקוניאליים ברורים על הכפפה.
16. בשעה 05:55 תיעדה ד"ר פרגו את הממצאים במערכת, לרבות, האנמנוזה, הבדיקות הגופניות והנרתיקיות שבוצעו עד אותו מועד, המידע שמסרה התובעת על ההפרשה הירוקה, נוכחות מים מקוניאליים על הכפפה בעת הבדיקה עם המיילדת, וכן הניטור העוברי. לאור זאת, החליטה ד"ר פרגו להעביר את התובעת לחדר לידה.
17. התובעת הועברה לחדר לידה לאחר השעה 06:00 בבוקר. על פי התיעוד הראשון מחדר לידה, התובעת נכנסה למקלחת בשעה 06:18, ובפועל התקבלה לחדר לידה לאחר מכן.
18. בשעה 06:29 חוברה התובעת למוניטור בחדר לידה ובשעה 06:30 נלקחו לה בדיקות דם. בשעה 06:44 תיעדה המיילדת מאי דאוד כי התובעת התקבלה לחדר לידה באבחנה של ירידת מים בטווח של פחות מ-24 שעות, חוברה לניטור ונלקחו בדיקות דם. לפי תרשים המוניטור, הניטור היה תקין לחלוטין עד סביבות השעה 07:00.
19. בשעה 07:18 תיעדה המיילדת לאה טטרו, ניטור עוברי עם האטות משתנות קצרות עם התאוששות טובה ווריאביליות שמורה. לפי הרישום בכתב יד על גבי סרט הניטור, בשעה 07:10 התובעת הודרכה לשכב על צד שמאל וקיבלה נוזלים. פעולה המסבירה את ההפסקה הקצרה בניטור באותה שעה. עוד עולה מהרישום בכתב על גבי סרט הניטור כי בשעה 07:40 בוצע שינוי תנוחה לצד ימין



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1 והמשך טיפול בנוזלים. גם בשעה זו הייתה הפסקה בניטור, שלאחריה נצפה ניטור תקין עד השעה
2 08:00.
- 3
- 4 20. בשעה 07:59 עדכן ד"ר סיגלר במערכת הממוחשבת כי מזה שעה האטות משתנות קלות לסירוגין
5 על רקע ניטור עוברי תקין עם שונות שמורה. ד"ר סיגלר סיכם כי בוצעו שינויי תנוחה והוחל בהרצת
6 נוזלים, וכי כעת הניטור תקין.
- 7
- 8 21. בסמוך לאחר מכן, בצעה המיילדת מיה גרופמן בדיקה נרתיקית לתובעת, במסגרתה נמצא כי יש
9 התקדמות בממצא הצווארי, ראש בגובה 3- , מחיקה של 90%, ופתיחה 3.5 ס"מ. בניטור מאותו
10 זמן האטות משתנות ועל גבי סרט המוניטור נרשם בכתב יד בסמוך לשעה 08:00 כי ניתן חמצן.
- 11
- 12 22. בשעה 08:13 תועד במערכת הממוחשבת סיכום ביקור הרופאים בחדרה של התובעת בו נכח גם
13 ד"ר אברהמי – מנהל חדרי הלידה (להלן: "ד"ר אברהמי"). הביקור החל בסביבות השעה 08:00,
14 הרופאים בחנו את סרט המוניטור כשעה אחורה לפחות. הניטור מחדר הלידה הדגים דופק בסיסי
15 של 120 פעימות לדקה, האטות משתנות קצרות (לא יותר מ-90 שניות) עם התאוששות טובה
16 ווריאביליות שמורה.
- 17
- 18 23. לאור האמור, מאחר שהצירים היו סדירים ולאור גם ההתקדמות הקלה בממצא הצווארי (פתיחה
19 של 4 ס"מ) הוחלט בביקור הרופאים על ביצוע אמניואינפיוז'ן (עירוי נוזלים לחלל הרחם).
- 20
- 21 24. בעוד שביקור הרופאים המשיך, ד"ר אנה פטרוסב נשארה בחדרה של התובעת כדי להתחיל את
22 הטיפול במתן עירוי נוזלים לחלל הרחם יחד עם המיילדות. כפי שעולה מן התיעוד הרפואי, ניטור
23 קו בסיס עמד על 120 עם שונות תקינה. בתחילת עירוי הנוזלים לרחם הניטור החמיר. לפי סרט
24 הניטור, בשעה 08:29 החלה האטה שהתאוששה וחזרה לדופק 110. בשעה 08:31 החלה האטה
25 ממושכת עם ירידת דופק עד ל-90, עד שעה 08:33 ללא סימני התאוששות. בשלב זה, הובהלה
26 התובעת לביצוע ניתוח קיסרי בהול.
- 27



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

25. התובעת חתמה על הסכמה לניתוח בשעה 08:40, רישום המוניטור הסתיים בשעה 08:41. בשעה 08:45 התובעת הייתה בחדר הניתוח. לפי דו"ח הניתוח, בשעה 08:46 החלה ההרדמה. ובשעה 08:50 החל הניתוח. לפי התיעוד בוצעה פתיחה מהירה של דופן הבטן, היילודה הוצאה מיידית ונמסרה לרופא הילדים. צוין מיקונים סמיך. מסיכום הלידה עולה כי המנוחה נולדה עם תשניק קשה והועברה להמשך טיפול ביחידת טיפול נמרץ פגים וילודים. חרף טיפולי החיאה אינטנסיביים, המנוחה נפטרה בגיל 21 שעות. במכתב הסיכום הרפואי צוין, בין היתר, אבחנות של תשניק וחשד לתסמונת שאיפת מיקונים (MAS).

8

9

10

11

12

תמצית טענות הצדדים

13

26. התובעים טענו להתרשלות צוות בית החולים במעקב הלידה ובטיפול בתובעת במהלך הלידה. לטענתם, התנהלות הצוות הרפואי מקיימת את יסודות עוולת הרשלנות. נטען כי הצוות הרפואי שטיפל בתובעת התעלם מסימני אזהרה, לרבות: מיעוט מי שפיר, הימצאות מיקונים והאטות בדופק העוברי, שכל אחד מהם בפני עצמו, קל וחומר שילובם, היה מחייב חילוץ של המנוחה בניתוח קיסרי בשלב מוקדם יותר של הלידה. בנוסף, טענו התובעים לפגיעה באוטונומיה, לתיעוד רפואי אשר אינו משקף את מהלך הדברים והטיפול בתובעת, ולהימנעות הנתבעת מהבאת עדים חשובים שנכחו באירוע. לאור נסיבות המקרה, טענו התובעים להחלת הכלל "הדבר מדבר בעד עצמו" ולהטיל על הנתבעת את נטל ההוכחה כי היא נהגה בסטנדרט רפואי סביר וכי במקרה דנן לא ניתן היה לצפות את התוצאה והנזק מראש, ולא ניתן היה לפעול אחרת. מעבר לכך טענו התובעים לעניין הנזק שנגרם לתובעת אשר נותרה עם נכות נפשית מהאירוע המצער, עמה היא מתמודדת גם היום.

24

27. הנתבעת טענה כי לפי כלל "המוציא מחברו עליו הראיה" על התובעים להוכיח את כל רכיבי תביעתם, לרבות קיומו של קשר סיבתי עובדתי ומשפטי בין הרשלנות הנטענת כלפי צוות בית החולים לבין התוצאה הטראגית והנזקים הנטענים, ובנטל זה לא עמדו התובעים. לטענת הנתבעת, בנסיבות



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

1 המקרה, לא היו כל סימני אזהרה שחייבו חילוץ מוקדם של הילודה. עוד נטען כי אף לא אחת
2 מהאינדיקציות להן טענו התובעים הצדיקה ביצוע ניתוח קיסרי, לא לבדה ולא בשילוב כל
3 הפרמטרים יחדיו, שכן מדובר היה בשילוב של נתונים שכיחים שמופיעים בלידות רבות וההיריון
4 נוהל בהתאם לפרקטיקה המקובלת. בנוסף, טענה הנתבעת, כי יש לדחות את טענת התובעים לפגיעה
5 באוטונומיה שכן לצוות בבית החולים אין חובה להציע ליולדת ניתוח קיסרי מבלי שיש כל
6 אינדיקציה רפואית לניתוח כזה. לעניין אי הבאת עדים, טענה הנתבעת כי לא היה כל צורך להעיד
7 מי מאנשי הצוות שהתובעים ציינו בכתב התביעה, כדי להניח את התשתית הראייתית המלאה.
8 הנתבעת העידה את הגורמים הבכירים ביותר שנטלו חלק באירועים נשוא התביעה וקיבלו את
9 ההחלטות לגבי הטיפול בתובעת. לבסוף, טענה הנתבעת, כי טענת התובעים כי הרישום הרפואי אינו
10 משקף את מהלך הדברים והטיפול בתובעת, דינה להידחות גם היא, לאחר שהונחה בפני בית המשפט
11 הרשומה הרפואית המלאה.

חוות הדעת הרפואיות מטעם הצדדים

- 12
13
14
15 28. כאמור הצדדים הגישו חוות דעת רפואיות בתחום הגינקולוגי מיילדותי מטעמם.
- 16
17 29. ד"ר הורנשטיין אשר ערך את חוות הדעת מטעם התובעים עמד בחוות דעתו על תיאור המקרה.
18 ציין כי מדובר בתובעת שהייתה בשבוע 41 להריונה הראשון אשר הסתיים בניתוח קיסרי בהול
19 שבוצע בבית החולים רמב"ם בשל ירידת מים מקוניאליים ומצוקת עובר. לעמדת ד"ר הורנשטיין
20 ניתן היה למנוע את פטירת המנוחה, אילו הצוות הרפואי המטפל של התובעת היה מתייחס בחשיבות
21 רבה יותר לאינדיקציות שחייבו ביצוע ניתוח קיסרי בשלב מוקדם יותר של הלידה, לרבות העובדה
22 כי מדובר בהיריון מעבר למועד, מיעוט מי שפיר, הימצאות מיקוניום והאטות בניטור העוברי.
- 23
24 30. לעניין "היריון מעבר למועד": ד"ר הורנשטיין ביסס את עמדתו על נייר עמדה מספר 3 שעודכן ביום
25 10/05/11 העוסק בניהול היריון שלאחר המועד, לפיו עליה חדה בשיעור סיבוכי ההיריון הכוללים
26 תמותה פרינטלית חלה משבוע 40. ד"ר הורנשטיין הפנה לספר הלימוד של Gabbe מהדורה



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1 שישית משנת 2012, וטען כי ההגדרה שהייתה קיימת בעבר להיריון מעבר למועד שונתה. צוין כי
2 הנתונים החדשים העוסקים בתמותה הסב לידתית ומבוססים על הריונות שתועדו בצורה מדויקת
3 יותר, מצביעים על כך כי יש להתייחס להיריון משבוע 41 כמשמעותי מבחינת הסיכון לעובר ולא
4 42 כפי שהיה נהוג בעבר.
- 5
- 6 31. לעניין מיעוט מי שפיר: ד"ר הורנשטיין ציין כי בפנייתה השנייה של התובעת לבית החולים מיום
7 23/09/19 בהמשך למעקב היריון מעבר למועד, גיל היריון התובעת היה 40+6 ועל פי הנתונים
8 בבדיקה ובגיליון, לא הייתה בשלה ללידה. ד"ר הורנשטיין ציין כי התובעת נבדקה על ידי ד"ר סיגלר
9 ובבדיקת US שבוצעה עם ד"ר גאנם, תוצאת כמות מי השפיר הייתה 5 – AFI, ערך שלעמדת ד"ר
10 הורנשטיין מצביע על מיעוט מי שפיר, בעוד שתוצאה זו פורשה כתקינה על ידי ד"ר סיגלר וד"ר
11 גאנם. ד"ר הורנשטיין ביסס עמדתו על נייר העמדה מספר 8 של האיגוד הישראלי למיילדות
12 וגניקולוגיה בו נכתב:
- 13
- 14 **"כשיש רושם של מיעוט או ריבוי מי שפיר מומלץ להשתמש באחת השיטות**
15 **המקובלות להערכה כמותית של המים. מתחת אחוזון 2.5 או מעל אחוזון 97.5, או**
16 **מדידת כיס מים מתחת 2 ס"מ או AFI מעל 8 ס"מ".**
- 17
- 18 עוד ציין ד"ר הורנשטיין כי בטבלה של moore and cayle משנת 1990 המופיעה בספר הלימוד
19 של Callen מהדורה חמישית משנת 2008 מוצגת הצורה בה יש למדוד את ה-AFI. צוין כי בעוד
20 שרוב הבדקים מתייחסים לערך של 5-AFI ס"מ כערך הסף להגדרת מיעוט מי שפיר, רבים
21 משתמשים בערך של 5 ס"מ כמגדיר מיעוט מי שפיר. לעמדת ד"ר הורנשטיין הפחתה בכמות מי
22 השפיר בשילוב היריון מעבר למועד מהווים שני גורמי סיכון נפרדים לתחלואה ותמותה של עוברים.
23 על כן, סבר ד"ר הורנשטיין כי בשלב זה היה על הצוות הרפואי לשקול לסיים את ההיריון, והדבר
24 לא נעשה.
- 25
- 26 32. לעניין הימצאות המיקונים: ד"ר הורנשטיין ציין כי בלידות בהן מופיע מיקונים חשוב ביותר למנוע
27 מצב של סבל עובר כתוצאה מתשניק במהלך הלידה, כלומר למנוע התפתחות היפוקסיה וחמצת.



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1 לעמדת ד"ר הורנשטיין הופעת מיקונים מצריך ניטור רציף של העובר כדי לזהות מצוקה עוברית
2 דרכו. במקרה הנדון, טוען ד"ר הורנשטיין כי בעת קבלת התובעת לבית החולים בפנייתה השלישית
3 צוין כי קיימת עדות למי שפיר עם מיקונים צמיג. שהינו גורם סיכון עצמאי ובלתי תלוי לחמצת של
4 הילוד. לעמדת ד"ר הורנשטיין, נוכח העובדה כי מדובר במקרה של היריון מעבר למועד, מיעוט מי
5 שפיר עם מיקונים צמיג ובהיעדר צפי ללידה קרובה, צריך היה לדון עם התובעים על הסיכון הנשקף
6 לעובר בשל הנסיבות האמורות לעיל ולהסביר להם את האפשרויות העומדות בפניהם: המשך לידה
7 לדנית תוך ניטור אלקטרוני רציף, וסיום היריון במידה ויופיעו שינויים בדופק העובר. השנייה,
8 הימנעות מכל סיכון לעובר וביצוע ניתוח קיסרי כבר בשלב זה. לעמדת ד"ר הורנשטיין, לו התובעים
9 היו מקבלים את ההסבר הנכון, הם היו מבקשים או מסכימים לסיים את הלידה כבר בשלב זה.
10
11 33. לעניין האטות בניטור העוברי: לפי ד"ר הורנשטיין, בניטור החלו להירשם האטות משתנות. בשעה
12 06:35 דופק הבסיס היה 120-125 פעימות לדקה בנוכחות 3 צירים בעשר דקות. בשעה 06:58
13 (במקטע 51464) נרשמה ירידה ממושכת שנמשכה כ-6 דקות עד שעה 07:04 של דופק העובר
14 עד 90-100 פעימות לדקה. לעמדת ד"ר הורנשטיין לפי נייר העמדה מספר 20 של האיגוד הישראלי
15 למיילדות וגניקולוגיה תבנית ניטור עוברי שכזה מוגדר כדופק פתולוגי שמעלה את הסיכון של
16 העובר לשאיפה של מיקונים. צוין כי למרות האמור, הצוות הרפואי המשיך במתכונת לידה רגילה
17 וביצוע פעולות של "החייאה תוך רחמית" הכולל השכבה על הצד, שינוי תנוחה, הרצת נוזלים ומתן
18 חמצן לאם. בשעה 08:29 נרשמה התחלה של ירידה ממושכת שנייה בדופק העוברי בדופק בסיסי
19 של 125 ל-90-100 פעימות לדקה. צוין כי הירידה נמשכה לפחות 9 דקות, כאשר הניטור העוברי
20 הופסק בשעה 08:40, ולאחר הניתוח הסתבר כי בשל האטה ממושכת בדופק העוברי עד 90-100
21 פעימות לדקה בפתיחה של 4 ס"מ ובנוכחות ירידת מים מקוניאליים סמיכים בוצע ניתוח קיסרי
22 בהול.
23
24 34. על רקע האמור, סיכם ד"ר הורנשטיין וקבע כי במקרה הנדון שילוב האינדיקציות לעיל חייב סיום
25 ההיריון בניתוח קיסרי בשלב מוקדם יותר. בנוסף, קבע ד"ר הורנשטיין, כי לא הוסבר לתובעת
26 אודות הסיכון הגלום במיעוט מי השפיר בשילוב של הימצאות מיקונים צמיג בלידה ממושכת אצל
27 מבכירה עם תנאים צוואריים לא מבשילים ולא טובים ללידה, ולא הוסבר לה גם על האפשרות של



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1 מניעת סיכון נוסף לתינוקת על ידי חילוץ בניחוח קיסרי. לעמדת ד"ר הורנשטיין הכשל בטיפול
2 גבר עם הרישום של ההאטה הממושכת במשך 6 דקות בשעה 06:58, לגביו, שגה הצוות הרפואי
3 שבחר להתעקש על ניסיון לידה לדנית תוך רחמית וטיפול באמניואינפוז'ן במקום לבצע ניתוח
4 קיסרי לחילוץ העוברית. לעמדת ד"ר הורנשטיין המחזלים בטיפול בתובעת הביאו במישרין ללידה
5 של תינוקת במצב קשה ביותר עם פגיעה תשניקית קשה כאמור לעיל, אשר נפטרה למרות מאמצי
6 טיפול בפגיעה.
7
8 35. הנתבעת הגישה כאמור חוות דעת נגדית שנערכה על ידי פרופ' גונן. פרופסור גונן חלק במסגרת
9 חוות דעתו על מסקנותיו של ד"ר הורנשטיין. לעמדתו, צוות סביר של חדר לידה היה נוהג כפי שנהג
10 הצוות של בית החולים במקרה הנדון.
11
12 36. בכל הנוגע לגיל ההיריון כאינדיקציה לניתוח קיסרי (היריון מעבר למועד), ציין פרופ' גונן כי ד"ר
13 הורנשטיין בחוות דעתו יצא מהנחה כי במועד הלידה התובעת הייתה בשבוע 41 להיריון, כאשר
14 בפועל התובעת הייתה בשבוע 40+6. פרופ' גונן ציין כי הספרות הרפואית וניירות העמדה אליהן
15 הפנה ד"ר הורנשטיין בעצמו בחוות דעתו מלמדים כי לפער הזמנים הנ"ל משמעות ביחס לאופן
16 הטיפול. עוד צוין כי חוות דעתו של ד"ר הורנשטיין מטעם התביעה מתבססת על נוסח לא מעודכן
17 של נייר העמדה (נייר עמדה מס' 3 של האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה). בפועל נייר העמדה
18 הרלוונטי למועד הלידה הינו הנוסח שעודכן ביום 10/05/17 ואשר מגדיר הנחיות ופרוטוקולים
19 שונים, ולפיו מבחינה רפואית אין כל המלצה לבצע ניתוח קיסרי כדבר שבשגרה לסיום ההיריון, אלא
20 ההמלצה היא לבצע השראת לידה (זירוז) בתום 41 שבועות במטרה להפחית סיכונים פרינטליים,
21 כפי שפעל הצוות הרפואי במקרה הנדון. בהתאם לאמור ציין פרופ' גונן כי צוות בית החולים נהג
22 בהתאם להמלצות נייר העמדה משנת 2017 והזמין את התובעת להשראת לידה ביום 25/09/19
23 קרי שבוע 41+0 להריונה, ואולם, הלידה התפתחה באופן ספונטני קודם לכן ולא היה צורך
24 בהשראת לידה, ובוודאי שלא היה צורך בניתוח קיסרי בשלב מוקדם יותר של הלידה.
25



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

37. לעניין מיעוט מי שפיר: ציין פרופ' גונן כי בניגוד לעמדתו של ד"ר הורנשטיין, ערך של AFI-5 1
- (אינדקס כמות מי השפיר) הינו ערך תקין ולא מחייב סיום היריון. צוין כי ד"ר הורנשטיין ביסס 2
- טענותיו בנושא על הטבלה של moore and cayle משנת 1990 המופיעה בספר של Callen 3
- משנת 2007. ואולם, לפי פרופסור גונן, הטבלה האמורה אינה פרקטיקה מקובלת ובפועל הערכה 4
- של מי השפיר נעשית לפי מספרים אבסולוטיים. כך ניתן לראות במהדורה השישית של Gabbe 5
- שפורסמה בשנת 2016, המאוחרת למהדורות של callen. על כן, ציין פרופ' גונן כי הדיון במיעוט 6
- מי שפיר נעשה לפי השיטה האבסולוטית, לפיה מיעוט מי שפיר הינו ערך הנמוך מ- 5 ס"מ בהערכה 7
- לפי שיטת AFI. בהינתן האמור, סבר פרופ' גונן כי כמות מי השפיר של התובעת במועד הרלבנטי 8
- הייתה תקינה, ולא הצביעה על אינדיקציה להשראת לידה. 9
- 10
38. לעניין הימצאות המיקוניום: פרופ' גונן ציין בחוות דעתו כי צביעת מי שפיר במיקוניום קיימת בכ- 11
- 20% מהלידות במועד. צוין כי במרבית המקרים הפרשת מיקוניום הינו תהליך פיזיולוגי ואינו כרוך 12
- בסיבוכים לילוד. ממצא זה אינו דורש התייעצות עם רופא בכיר ואין בו בכדי לשנות מניהול הלידה. 13
- לפיכך, ציין פרופ' גונן כי בניגוד לנטען על ידי המומחה מטעם התובעים לא קיימת אינדיקציה ואף 14
- לא פרקטיקה להעדיף ניטור פנימי של דופק לב העובר על פני ניטור חיצוני בעקבות מים 15
- מקוניאליים. לעמדת פרופ' גונן הצוות הרפואי נקט בצעדים מקובלים לטיפול "בתבנית הביניים 16
- במוניטור" לרבות השכבה על צד שמאל, מתן חמצן ועירווי נוזלים. בכל הנוגע לטיפול 17
- באמניואינפוזן, ציין פרופ' גונן כי מטרת הפעולה הייתה למנוע או להפחית לחץ על חבל הטבור 18
- הגורם להאטות משתנות ולא לדלל את המקוניום כפי שסבר ד"ר הורנשטיין. 19
- 20
39. לעניין הניטור העוברי: ציין פרופ' גונן כי בניגוד לנטען בחוות דעתו של ד"ר הורנשטיין, השונות 21
- לא הייתה ירודה אלא תקינה וההאטה לא הייתה האטה ממושכת. ההגדרה של שונות תקינה כפי 22
- שהיא מופיעה בנייר העמדה הינה שונות בטווח של 25-5 פעימות לדקה. לעמדתו, המונח "האטה 23
- ממושכת" בו משתמש ד"ר הורנשטיין אינו מקובל. בנייר העמדה הגדרתה של האטה ממושכת הינה 24
- "האטה בקצב לב העובר של יותר מ-15 פעימות לדקה הנמשכת בין 10-2 דקות. צוין כי במקרה 25



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1 הנדון דופק הבסיס היה 120, ההאטה הייתה הדרגתית והגיעה ל-90, כעבור דקה וחצי הדופק חזר
- 2 ל-110. לאחר מכן האטה משתנה קצרה וחזרה לדופק בסיס 120. פרופ' גונן ציין כי בניגוד לעמדתו
- 3 של ד"ר הורנשטיין, מדובר בהאטה של 90 שניות שאינה עומדת בהגדרה של האטה ממושכת.
- 4 לפיכך לא ניתן לקבל את עמדתו של ד"ר הורנשטיין לפיה מדובר בתבנית ניטור פתולוגי.
- 5
- 6 40. לבסוף, ציין פרופ' גונן כי בנסיבות המקרה, כאשר תבנית המוניטור לא מצביעה על מצוקה עוברית
- 7 ובמרבית המקרים הצפי הוא ללידה וגנילית, לא מקובל וגם לא נכון רפואית להציג בפני בני הזוג
- 8 אפשרות לבחור בניתוח קיסרי. מכל מקום, ציין פרופ' גונן כי הוסבר לתובעים על האפשרות שיהיה
- 9 צורך לסיים בניתוח קיסרי במידה והטיפול באמניופיוז'ן לא יביא לתוצאה הרצויה. צוין כי לאחר
- 10 שבשעה 08:31 החלה האטה נוספת, שלא התאוששה עד השעה 08:37 הוחלט על ניתוח קיסרי
- 11 דחוף. צוין כי העיכוב הנוסף של 2-3 דקות נגרם עקב התנגדות בני הזוג לחתום על הסכמה לניתוח
- 12 הקיסרי, ועדין משך הזמן "מההחלטה עד לחתך" היה קצר ביותר, כ-10 דקות, מה שמצביע על
- 13 חילוץ מהיר של הילודה. על רקע האמור, סבור פרופ' גונן כי צוות חדר לידה סביר היה נוהג בזמן
- 14 אמת כפי שנהג הצוות בבית החולים במקרה הנדון.
- 15
- 16 41. בטרם אכריע בטענות הצדדים בשאלת החבות, אתייחס תחילה לטענות התובעים ביחס לתיעוד
- 17 הרפואי ולהעברת נטלים.
- 18
- 19 **התיעוד הרפואי והטענה להעברת נטלים**
- 20
- 21 42. התובעים טענו כי התיעוד הרפואי שהוצג הינו חלקי, אינו משקף את מהלך הלידה של התובעת והוא
- 22 עומד בסתירה להצהרות הרופאים מטעם הנתבעת. לטענת התובעים, בהיעדר תיעוד רפואי מלא
- 23 כאמור לעיל, קיים נזק ראייתי שמחייב העברת נטל השכנוע לידי הנתבעת, שכן החסר בתיעוד, עלול
- 24 להקשות על התובעים להוכיח את תביעתם על פי מאזן ההסתברויות.
- 25
- 26 43. מנגד, טענה הנתבעת כי בניגוד לטענות התובעים, הוכח כי הרשומה הרפואית משקפת את מהלך
- 27 הלידה כמקובל בחדרי לידה. בהקשר זה ד"ר ארגז הסביר בעדותו כי במציאות האינטנסיבית של



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1 חדרי לידה לא ניתן לכתוב כל דבר בזמן אמת (עמ' 74 לפרוטוקול) וכי יש פערי זמן גם בהזנת
2 הנתונים בטבלאות ובמלל. עם זאת, כל המידע הדרוש קיים ברשומות הרפואיות ובסרט הניטור.
3 בנוסף, נטען כי במועד בו בדקה ד"ר פרגו את התובעת לא היה כל תיעוד על הפרשה ירוקה
4 ומהרשומה עולה כי הפנייה לבית החולים הייתה בגין צירים.
5
- 6 44. אין חולק כי על מוסדות רפואיים מוטלת חובה חקוקה לנהל רשומות רפואיות מלאות מדויקות ובזמן
7 אמת. חובה זו מעוגנת בסעיף 17 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן: "חוק זכויות החולה").
8 הרשומה הרפואית נועדה לשרת תכליות שונות, לרבות: מתן טיפול רפואי ראוי, מיטבי ועקבי; ניתוח
9 מושכל של ממצאים; קבלת החלטות בהתאם לממצאים; מניעת טעויות, ובו בעת לאפשר לעקוב אחר
10 האפשרויות הטיפוליות העומדות בפני הצוות המטפל ולשקף את האוטונומיה של המטופל בבחירת
11 הטיפול. באותה מידה, נועד התיעוד הרפואי לאפשר למטופל להוכיח את תביעתו במקרים של טיפול
12 רפואי רשלני. על כן, נקבע בפסיקה כי חסר או ליקוי ברשומה רפואית עלול להוות מעשה רשלנות
13 בפני עצמו ולגרום לתובע "נזק ראייתי המחייב את העברת הנטל. ראה: ע"א 8684/11 אלקיים נ'
14 עיזבון המנוח ניב יבור (25/06/14); ע"א 8842/08 עיזבון המנוח גידעון לב ארי נ' אריה
15 (20/01/11).
16
- 17 45. ברע"א 326/24 המרכז הרפואי העמק נ' פלוגי (17/03/25) התייחס בית המשפט העליון לסוגי
18 הנזק הראייתי, כדלקמן:
19
- 20 "[...] נזק ראייתי להוכחת קשר סיבתי יכול להיגרם בשני אופנים. האופן הראשון,
21 המכונה לעיתים 'נזק ראייתי נפרד', נגרם על ידי פגיעה בראיות שהיא נפרדת
22 ומובחנת מהמעשה שנטען כי גרם לנזק הישיר (למשל, הימנעות מתיעוד רפואי
23 שהקשתה על הוכחת קשר סיבתי בין טיפול רפואי כושל לנזקים להם גרם). האופן
24 השני, המכונה 'נזק ראייתי מובנה', מתאפיין בכך שאותה התנהגות עוולתית
25 שגרמה לנזק ישיר, גרמה גם לנזק ראייתי להוכחת הקשר הסיבתי שבינה לבין
26 אותו נזק ישיר; כלומר, "ההתרשלות הראייתית וההתרשלות שיצרה את הנזק חד
27 הן" [...]"
28



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

46. בנוסף, נקבע בע"א 7416/12 קופת חולים מאוחדת נ' פלוגי (04/11/14) כי לא כל חוסר ברשומה הרפואית מביא להחלת דוקטרינת הנזק הראייתי והעברת נטל הראייה, ובהקשר זה עמד על סוגי הנזק הראייתי והשלכתם, ולשוננו:

"[...]
מכאן, שלא כל חוסר ברשומה הרפואית מביא מיניה וביה להחלת דוקטרינת הנזק הראייתי והעברת נטל הראייה. אציין כי לעיתים קיימת מחלוקת לגבי עצם השאלה אם קיים חוסר ברישום, ופשיטא כי במקרה כזה החוסר ברישום אינו מעביר את הנטל (המשנה לנשיא נאור בע"א 2886/05 אשכנזי נ' קופת חולים כללית, פסקה 57 (8.11.2010) (להלן: עניין אשכנזי)).
17. מכאן, שיש להבחין בין שלוש קטגוריות: חוסר ברישום אשר מעביר את נטל הראייה מכוח דוקטרינת הנזק הראייתי; כאשר השאלה אם קיים חוסר ברישום שנויה במחלוקת, שאז אין להעביר את הנטל; וחוסר ברישום המשקף את טענת התובע ומהווה ראיה התומכת בגרסתו, שאינו מעביר את הנטל. קטגוריה זו מכנה המלומד גיא שני כ"נזק הראייתי האינדיקטיבי" (גיא שני "הנזק הראייתי ו'עונשו': בשבחי מעבר מהמודל הקיים של העברת הנטל למודלים של מידתיות ואינדיקטיביות" משפטים מא 315, 376-371 (2011); גיא שני חזקת הרשלנות: העברת נטל ההוכחה בדיני נזיקין 395-399 (2011) (להלן: שני)).
'כך, למשל, במקרים מסוימים היעדרו של רישום מלמד על היעדרו של טיפול. טלו מקרה שבו נעדר מן הרישומים הרפואיים תיעוד של בדיקה שאמורה הייתה להיערך, ומן החומר המוצג לבית המשפט עולה שהנהג הוא לתעד את הבדיקה כאשר היא נערכה. במקרה כזה אפשר להסיק מהיעדרו של הרישום כי הבדיקה לא נעשתה. הפסיקה אכן קבעה כך לא אחת, תוך התייחסות להיעדר הרישום כאל 'נזק ראייתי'. אלא שתכופות אין כאן נזק ראייתי, ואין כאן בהכרח 'התרשלות ברישום הרפואי', אלא מדובר בהתרשלות בטיפול המשתקפת במרשם' (שני, בעמ' 396, ההדגשה במקור – י"ע).
במילים אחרות. לא כל חוסר ברישום הוא בגדר נזק ראייתי אשר מעביר את נטל הראייה. יש חוסר ברישום המשקף את עילת התביעה ותומך בה, בבחינת מה שלא נרשם גם לא נעשה. הטיפול הנטען לא נרשם – לפנינו ראיה התומכת בגרסת התובע כי הטיפול לא ניתן. ההסבר הנטען לא נרשם – לפנינו ראיה התומכת בגרסת התובע כי לא ניתן הסבר".

47. בענייננו, טענו התובעים כי התיעוד בתיקה של התובעת אינו משקף את מהלך הדברים בלידה והוא בבחינת "רב הנסתר על הגלוי". כך נטען כי התיעוד היה חסר דיווח בזמן אמת של התובעת אודות הפרשה ירוקה; אין תיעוד כי הצוות הרפואי שיקלל את כל האינדיקציות בעניינה של התובעת וכיו"ב.



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1
- 2 48. עיון ברשומה הרפואית שהוגשה לבית משפט מלמד כי מדובר ברשומה אוטנטית שנרשמה עד כמה
- 3 שניתן בזמן אמת, וזו משקפת את מהלך הלידה כמקובל בחדרי לידה. לעניין ההפרשה העידה ד"ר
- 4 פרגו כי מהרשומה אפשר ללמוד שהתובעת פנתה לבית חולים עקב צירים ולא דיווחה על ההפרשה
- 5 עד למועד בדיקתה על ידי ד"ר פרגו בשעה 05:55 (עמ' 11 לפרוטוקול). דבריה של ד"ר מקובלים
- 6 עלי ומהימנים בעיני. חזקה כי אם התובעת הייתה מדווחת על הפרשה ירוקה במועד קבלתה היה
- 7 הדבר בא לידי ביטוי ברשומה.
- 8
- 9 49. בכל הנוגע לטענות התובעים כי לא ניתן ללמוד מהתיעוד כי הצוות הרפואי שקל את מכלול
- 10 האינדיקציות בעניינה של התובעת, גם היא אין בה כדי להצדיק העברת נטל השכנוע. גם אם הרשומה
- 11 חסרה תיעוד כזה או אחר, או שתיעוד מסוים נרשם בדיעבד, מקובלים עלי בעניין זה הסבריהם של
- 12 הצוות הרפואי כי הדבר נובע מהדינאמיות של מהלך הלידה. די בהקשר זה להפנות לעדותו של ד"ר
- 13 ארגז אשר הסביר כי במציאות האינטנסיבית של חדרי הלידה לא ניתן תמיד לבצע רישום בזמן אמת
- 14 (עמ' 74 לפרוטוקול). על כך חזרה ד"ר פרגו בעדותה במסגרתה הבהירה כי הדיווח הראשון אודות
- 15 הפרשה ירוקה היה בזמן בדיקתה את התובעת וכי בתיעוד הקודם נרשם כי הפנייה לבית חולים
- 16 נעשתה בשל צירים (עמ' 12 לפרוטוקול). דברי העדים מקובלים ומהימנים בעיני ואין מקום להטיל
- 17 בהם דופי. בכל מקרה ניתן ללמוד אודות מהלך הלידה מעיון ברשומה ובסרט הניטור, ואין בחסר
- 18 עליו מצביעים התובעים כדי להוות נזק ראיתי המצדיק את העברת נטל השכנוע אל הנתבעת.
- 19
- 20 50. התובעים טענו גם כי יש להעביר את נטל הראייה גם בשל קיומו של הכלל "הדבר מדבר בעד עצמו"
- 21 הקבוע בסעיף 41 לפקודת הנזיקין ואשר מקים חזקה בדבר רשלנותה של הנתבעת ומחייב את היפוך
- 22 נטל הראייה. סעיף 41 לפקודת הנזיקין קובע כדלקמן:
- 23
- 24 "בתובענה שהוגשה על נזק והוכח בה כי לתובע לא היתה ידיעה או לא היתה
- 25 לו יכולת לדעת מה היו למעשה הנסיבות שגרמו למקרה אשר הביא לידי הנזק,
- 26 וכי הנזק נגרם על ידי נכס שלנתבע היתה שליטה מלאה עליו, ונראה לבית
- 27 המשפט שאירוע המקרה שגרם לנזק מתיישב יותר עם המסקנה שהנתבע לא
- 28 נקט זהירות סבירה מאשר עם המסקנה שהוא נקט זהירות סבירה – על הנתבע
- 29 הראייה שלא היתה לגבי המקרה שהביא לידי הנזק התרשלות שיחוב עליה."



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

1

2 51. כדי להחיל את הכלל הדבר מדבר בעד עצמו מכוח סעיף 41 לפקודת הנזיקין, על התובעים להוכיח
3 התקיימותם של שלושה תנאים מצטברים: הראשון, אי ידיעתם של התובעים אודות הנסיבות שהביאו
4 לנזק; השני, הנזק הנגרם התקיים בנכס שהיה בשליטתה המלאה של הנתבעת; והשלישי, הנסיבות
5 שגרמו לנזק מתיישבים יותר עם המסקנה כי הנתבעת התרשלה, מאשר עם המסקנה שהיא נקטה
6 זהירות סבירה. ראה: בע"א 1146/99 קופת חולים כללית נ' מוטי סולן פ"ד נה(4) 898.

7

8 52. בענייננו, התנאי הראשון לפיו התובעים לא ידעו את הנסיבות שהביאו לקרות הנזק, לא מתקיים,
9 שכן התובעים הציגו גרסה עובדתית ברורה לעניין הנסיבות שהובילו לנזק. בית המשפט העליון
10 הבהיר בע"א 1071/96 עזבון המנוח אמון פואד אלעבד נ' מדינת ישראל (06/02/06) כי לא
11 ניתן בנשימה אחת להציג גרסה עובדתית בדבר נסיבות המקרה ובו בעת, להסתמך על "הכלל מדבר
12 בעד עצמו". אין המדובר במקרה בו קיימת עמימות עובדתית. ראה: ע"א 8650/08 רפאלוב נ'
13 מדינת ישראל (17/07/13). זאת ועוד, לא עלתה טענה כי הנזק נגרם כתוצאה מהניתוח הקיסרי
14 מקום בו התובעת הייתה מורדמת במהלך הניתוח ולא הייתה לה היכולת לדעת מה הנסיבות שהובילו
15 לנזק. אלא שהתובעת דווקא טענה בעיקר לאי קיומו של ניתוח קיסרי בשלב מוקדם יותר של תהליך
16 הלידה, בעוד היא הציגה תשתית עובדתית מלאה ותמכה את טענותיה בחוות דעת של מומחה מטעמה
17 אשר הצביע על תמרורי אזהרה שהיו אמורים להוביל, לטענתה, לניתוח קיסרי בשלב מוקדם. יתר
18 על כן, אין המדובר במקרה בו הנסיבות שאפפו את האירוע הינן עמומות ומצדיקות את החלת הכלל.
19 ראה: ע"א 7276/18 עזבון המנוחה פלוגית נ' מדינת ישראל המרכז לבריאות הנפש "מעלה
20 הכרמל" (02/03/21)

21

22 53. לאור האמור, אין מקום לקבל את טענות התובעים לענין נזק ראייתי, ואין מקום להעביר את נטל
23 ההוכחה אל הנתבעת.

24

25 דיון בשאלת האחריות

26



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלונית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

54. העילה המרכזית של תביעת התובעים מבוססת על עוולת הרשלנות המעוגנת בסעיפים 35-36 לפקודת הנזיקין [נוסח חדש] (להלן: "פקודת הנזיקין"). כדי שתקום עילת תביעה בגין רשלנות על פי הסעיפים הרלבנטיים בפקודת הנזיקין יש להוכיח שלושה יסודות עיקריים: קיומה של חובת זהירות (מושגית וקונקרטית); הפרה של חובת הזהירות (התרשלות); נזק שנגרם כתוצאה מההתנהגות הרשלנית (קשר סיבתי עובדתי ומשפטי בין ההתרשלות והנזק). ראה: ע"א 145/80 ועקנין נ' המועצה המקומית בית שמש, פ"ד לז(1) 113 (1997). כיום, אין עוד מחלוקת בדבר קיומה של חובת זהירות מושגת ביחסים שבין רופא-מטופל. המחלוקת נוגעת לשאלת קיומה של חובת זהירות קונקרטית והאם זו הופרה. כידוע, חובת הזהירות הקונקרטית נבחנת על פי מבחן הצפיות, הן במישור הטכני והן במישור הנורמטיבי, ולא על דרך של חוכמה בדיעבד. ראה: ע"א 4484/11 פלוני קטין נ' משרד הבריאות (18/02/13).
55. קביעת חובת הזהירות הקונקרטית בין רופא למטופל תלויה בנסיבות המקרה. במקרים כאלה, נדרש בית המשפט לבחון האם הרופא סטה מרמת הזהירות הנדרשת מרופא סביר. המבחן הוא אובייקטיבי נורמטיבי. לפיכך, לא כל טעות מהווה רשלנות. לעתים טעות יכולה לנבוע מטעות בשיקול הדעת של הרופא, שאינה עולה כדי התרשלות. לפיכך, נקבע בפסיקה כי יש להיזהר מלקבוע התרשלות בכל מקרה של נזק שנגרם במסגרת טיפול רפואי, על-מנת שלא ליצור רפואה הפועלת מתוך צורך להתגונן מפני תביעות. עוד נקבע בפסיקה כי פעולת רופא לא תיחשב כרשלנית, אם התבססה על העדפת תפיסה של אחת מבין האסכולות הרפואיות המוכרות. ראה: ע"א 3139/99 מוקה מוקה-פלקוביץ נ' קופת-חולים של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל, פ"ד נו(2) 241 (2001).
56. מנגד, רופא אינו פטור מחובתו לקבל החלטה ההולמת את הממצאים הגלויים שבפניו, והוא אף נדרש לברר אחר ממצאים נוספים הנדרשים לצורך קבלת ההחלטה, בשקידה ובמאמץ סביר. בעניין זה נקבע בפסיקה כי קבלת החלטה על-סמך נתונים חסרים, שהיה ניתן וצריך לקבלם, עלולה להיות החלטה בלתי-הולמת המבססת את התרשלותו של הרופא. ראה: ע"א 5586/03 ד"ר פרימונט נ' פלוני (29/03/07).



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

57. בענייננו, ממקרא סיכומי הצדדים עולה כי הצדדים חלוקים למעשה ביחס לשאלת הפרתה של חובת הזהירות הקונקרטית על ידי הצוות הרפואי שטיפל בתובעת במעקב הלידה ועד תום הלידה. לטענת התובעים, הצוות הרפואי שטיפל בתובעת התעלם מסימני אזהרה שחייבו כל אחד לגופו, לא כל שכן שילובם יחד, את הבהלת התובעת לניתוח קיסרי בשלב יותר מוקדם לחילוף העוברית, ובכך התרשל. להלן אבחן את טענות הצדדים.

היריון מעבר למועד

58. התובעים טענו כאמור כי אחת האינדיקציות שחייבה חילוף מוקדם יותר של הילודה הייתה העובדה כי מדובר בהיריון מעבר למועד. במסגרת חוות דעתו התייחס המומחה מטעם התובעים, ד"ר הורנשטיין להגדרה של היריון מעבר למועד ולנייר העמדה מס' 3 (עדכני נכון ליום 10/05/11) ביחס לניהול היריון מעבר למועד, וכך ציין בחוות דעתו:

"1. כמקובל משך הריון נורמלי הינו 280 יום (יש הגורסים 283 ימים). 280 יום מוכרים כ-מועד או EDD - Expected Delivery datey.

בעבר היה מקובל לראות בהריון מעבר ל-294 ימים כהריון מעבר למועד Post Dates או Postterm Pregnancy. שם נוסף ששימש לתאור מצב כזה הינו הריון מתארך prolonged pregnancy.

[...]

3. בנייר העמדה הישראלי מס' 3 העוסק בניהול הריון שלאחר המועד מ-1997 שעודכן בתאריך 10.5.11 נכתב כי הריון מעבר למועד "מוגדר כהריון הנמשך מעבר ל-294 יום.

בהתייחסות לסיכון העוברי בהריונות כאלה, נכתב: (ההגדשה אינה במקור א.ה.). "סיכונים לעובר":

הסיכונים והסיבוכים בהריון שלאחר המועד הינם תהליכים הדרגתיים, המתרחשים החל מהמועד המשווער ללידה ושיעורם הולך ועולה עם המשך ההריון. סיבוכי הריון שלאחר המועד כוללים עליה בשיעור התמותה הפרינטלית לעומת שבוע 40. PNM (תמותה סב לידתית א.ה.) עליה חדה מתוארת החל משבוע 40 כאשר בשבוע 42 נצפתה עליה של פי 2 ב-PNM לעומת שבוע 40. הגורמים העיקריים לכך הינם תשניק-אספקסיה, שאיפת מיקוניום וזיהומים תוך רחמיים".



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

וכן:

"הריון שלאחר המועד תואר כגורם סיכון בלתי תלוי לאנצפלופתיה שלאחר הלידה ולמוות בשנה הראשונה לחיי היילוד".
4. עמדת האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה בקשר לטיפול במקרים כאלה, היא כי בהרות בסיכון נמוך, מעבר לשבוע 40, ניתן לאפשר השגחה וניטור דו שבועי. עם אפשרות לגרימת לידה החל משבוע 41 והמלצה להשראת לידה בהריון עודף מעבר לשבוע 42".

59. אין מחלוקת כי הריונה של התובעת נמשך מעבר לשבוע 40. בין הצדדים נתגלעה מחלוקת אודות המועד בו החלה הלידה באופן ספונטני. ד"ר הורנשטיין הניח בחוות דעתו כי הלידה התרחשה בשבוע 41+0, ולכן סבר כי מדובר היה בהריון עודף שחייב התייחסות שונה מזו שניתנה לתובעת על ידי הצוות הרפואי של בית החולים וזאת בהסתמך על נייר עמדה 3 לעיל. מהרשומה הרפואית הוכח כי גיל ההיריון במועד הלידה היה 40+6, ואף במהלך עדותו הסכים ד"ר הורנשטיין להגדרה של בית החולים ביחס לגיל ההיריון במועד הלידה, אולם, טען כי אין לכך כל חשיבות מאחר ומדובר בהפרש של יום אחד בלבד, ומאחר ואין בכך כדי לשנות מן העובדה כי מדובר היה בהיריון עודף (עמ' 5 לפרוטוקול).

60. נייר העמדה עליו מסתמך ד"ר הורנשטיין ממליץ על השגחה וניטור עוברי במקרים של הריון מעבר לשבוע 40, עם אפשרות לגרימת לידה החל משבוע 41 והמלצה להשראת לידה מעבר לשבוע 42. בענייננו, על פי הרישום הרפואי שלא נסתר, במועד הלידה, התובעת טרם הגיעה לשבוע 41 להיריון, משכך, ועל פי נייר העמדה מס' 3 עליו מסתמך כאמור ד"ר הורנשטיין, די היה בהשגחה וניטור דו שבועי, ולא היה בגיל ההיריון משום אינדיקציה לסיום ההיריון בניתוח קיסרי כבר במועד זה.

61. זאת ועוד, גם אם ניתן היה לקבל את עמדת ד"ר הורנשטיין ביחס לגיל ההיריון ולהיותו הריון עודף, עדין לא היה בכך כדי להביא למסקנה כי גיל ההיריון היווה אינדיקציה לסיום ההיריון בניתוח קיסרי במועד מוקדם יותר. נייר העמדה מס' 3 עליו מסתמך ד"ר הורנשטיין עדכני כאמור ליום 10/05/11. אולם, הנתבעת הפנתה במסגרת סיכומיה לנוסח עדכני יותר של נייר העמדה, אשר עודכן ביום 10/05/17 ואשר עליו נסמך פרופ' גונן והינו נייר העמדה הרלבנטי למועד הלידה של התובעת



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1 (להלן: "נייר העמדה העדכני"). נייר העמדה העדכני, מגדיר היריון לאחר המועד כהיריון הנמשך
- 2 מעבר ל-42 שבועות, וזה קובע כי בהיריון עודף של מעבר ל-294 ימים מומלץ לבצע השריית
- 3 לידה, וכי בהיריון מעבר ל-280 ימים (40 שבועות) מומלץ ליילד רק במידה וקיים סיכון ספציפי
- 4 לאם וליילוד, וניתן להשרות לידה אם קיימים תנאים צוואריים מתאימים. בנוסף, נרשם בנייר עמדה
- 5 העדכני כי הנתונים העכשוויים מצביעים על יתרון בהשראת לידה החל מסיום 41 שבועות, כאשר
- 6 יש תיארוך מדויק של ההיריון וללא קשר לתנאים הצוואריים, ואולם עדין ניתן להמתין עד סיום
- 7 שבוע 42, מאחר שהעלייה בסיכון האבסולוטי לסיבוכים השונים נמוכה יותר.
- 8
- 9 62. במקרה הנדון, אין חולק כי הצוות הרפואי של בית החולים הזמין את התובעת להשראת לידה ביום
- 10 25/09/19, שבוע 41+0 להיריון כמתחייב מנייר העמדה העדכני. בפועל הלידה התפתחה באופן
- 11 ספונטני קודם לכן כשהתובעת הייתה על פי התיעוד הרפואי מבית החולים שנרשם בזמן אמת בשבוע
- 12 40+6 להיריון. בכל מקרה, נייר העמדה מס' 3 אינו כולל כאמור המלצה/חיוב לביצוע ניתוח קיסרי
- 13 בשל כך שהיולדת הגיעה לשבוע 40 להיריון ואף לא לשבוע 41 ו-42 להיריון. כאמור במקרים
- 14 של היריון עודף, ההמלצה היא לבצע השראת לידה (זירוז). במקרה הנדון, הלידה החלה באופן
- 15 ספונטני ללא צורך בהשראת לידה.
- 16
- 17 63. מסקנה זו עולה גם מן הספרות המקצועית הנוספת אליה נפנה ד"ר הורנשטיין מטעם התובעים. די
- 18 בהקשר זה להפנות למקור 26 בחוות דעתו של ד"ר הורנשטיין שעוסק בהיריון מעבר למועד ומגדיר
- 19 אותו כהריון שעבר שבוע 41, וכן למקור 27 לחוות הדעת אשר מגדיר היריון מעבר למועד כהיריון
- 20 בו הושלמו 42 שבועות. מקור זה מתמקד בסיכונים שיש לאם ולעובר בהריונות מעבר ל-42
- 21 שבועות, והדרכים המומלצות לניהול הריונות כאלה. כאמור בענייננו, התובעת החלה את שלב
- 22 הלידה הספונטנית בשבוע 40+6 שעל פי ספרות זו עדין אינו מוגדר כהיריון עודף המחייב
- 23 התייחסות מיוחדת או סיום היריון בניתוח קיסרי.
- 24
- 25 64. לאור האמור, אין מקום לקבל את טענת התובעים כי גיל ההיריון, כגורם בודד, היווה אינדיקציה
- 26 לביצוע ניתוח קיסרי במועד מוקדם יותר, ודין טענה זו להידחות.
- 27



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

מיעוט מי שפיר

1

2

3 65. התובעים טענו כי ביום 23/09/19 סבלה התובעת ממיעוט מי שפיר בעטיו היה צריך להמליץ כבר

4 בשלב זה על ניתוח קיסרי. לטענת התובעת, בחזרתה לבית חולים יום לאחר מכן, ד"ר פרגו רשמה

5 "בפניה חוזרת משעות אתמול אז הייתה במעקב PD או AFI היה 5 ס"מ, שאר ההערכה תקינה".

6 לעמדת התובעת עצם העובדה כי ד"ר פרגו מציינת את הנתון AFI היה 5 ס"מ לעומת שאר הבדיקה

7 שהייתה תקינה, מעידה על כך שבדיקת כמות מי השפיר לא הייתה תקינה או לכל הפחות גבולית

8 באופן שדורש התייחסות.

9

10 66. ד"ר הורנשטיין מטעם הנתבעת ציין כאמור בחוות דעתו כי הנתון של כמות מי שפיר חייב התייחסות

11 שונה מזו שניתנה על ידי הצוות הרפואי שטיפל בתובעת. בקביעותיו בעניין זה מסתמך ד"ר

12 הורנשטיין על ספר הלימוד של Gabbe. ד"ר הורנשטיין ציין בעניין זה בחוות דעתו כי:

13

14 "1. בספר הלימוד של Gabbe בפרק 12 העוסק בהערכה טרום לידתית של מצב

15 העובר ברחם, התייחסו למיעוט מי השפיר כתוצאה של תשניק כרוני (בעמ'

16 :253)

17 On the other hand, AFI should provide information about the
18 presence of chronic fetal asphyxia."

19

20 ובהמשך:

21

22 ד. Moore and Cayle פרסמו ב-1990 את העקומה הנורמלית של AFI בהתבסס

23 על כ-800 היריונות ללא סיבוכים[...]. בין שבועות 16 עד 40 הערכים הממוצעים

24 נעו בין 12-15 ס"מ. בטבלה מתייחסים לאחוזונים בהתאם לגיל ההיריון, וברור ממנה

25 כי בשבוע 40 ו-41 אחוזון 2.5 הוא 6.3 ס"מ, ואחוזון 5 הוא 7.1 ו-7 ס"מ.

26 ובאותו מקור (ספר הלימוד של ויליאמס) בעמ' 199 כתוב כי בהתאם לקביעה של

27 AIUM (2013a), כיס ורטיקלי בודד הינו באופן נורמלי בין 2-8 ס"מ והתחום

28 הנורמלי של ה-AFI הינו בין 8-24 ס"מ.

29 ה. בנייר העמדה מס' 8 של האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה "הנחיות

30 לביצוע בדיקת אולטרסאונד בהריון נכתב:



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1 'כשיש רושם של מיעוט או ריבוי מי שפיר מומלץ להשתמש באחת השיטות
- 2 המקובלות להערכה כמותית של המים. מתחת אחוזון 2.5 או מעל אחוזון 97.5, או
- 3 מדידת כיס מים מתחת 2 ס"מ או AFI מעל 8 ס"מ'.
- 4 ה. מאחר שבמהלך השליש השלישי להיריון ערך AFI של 8 ס"מ הינו מתחת
- 5 לאחוזון 5 בנומוגרם של מור, לא יכולה אם כן להיות מחלוקת כי ערך של AFI
- 6 שהינו 5 ס"מ בשבוע 40-41, אינו תקין.
- 7
- 8 67. הנתבעת, מנגד סבורה כי כמות מי השפיר שהתקבלה בבדיקת התובעת הייתה תקינה ולא חייבה
- 9 המלצה על ניתוח קיסרי.
- 10
- 11 68. אין חולק כי ביום 23/09/19, שבוע 5+40 להיריון, הגיעה התובעת למעקב היריון מעבר למועד.
- 12 אין גם חולק כי במועד זה נבדקה התובעת על ידי ד"ר יואב סיגלר, אשר בין היתר, ערך בדיקה של
- 13 כמות מי שפיר ברחם ובדיקתו העלתה תוצאה של AFI-5. ד"ר סיגלר סבר כי מדובר בתוצאה
- 14 שמחייבת התייעצות ולכן ביקש כי ד"ר גאנם שעבד באותה העת בבית החולים כרופא בכיר יבדוק
- 15 את התובעת. ד"ר גאנם, ערך בדיקה חוזרת של כמות מי שפיר אשר הראתה תוצאה דומה. במסגרת
- 16 חקירתו הנגדית, השיב ד"ר גאנם כי התוצאה שהתקבלה הייתה תקינה ולא הייתה גבולית, ולכן הוא
- 17 נתן אישור לשחרור התובעת לביתה (עמ' 9-10 לפרוטוקול).
- 18
- 19 69. נייר עמדה מס' 37 של האיגוד הישראלי למיילדות ולגניקולוגיה "ניהול ומעקב היריון בנוכחות
- 20 ריבוי או מיעוט מי שפיר" קובע מדידת כמות מי השפיר לפי שיטת AFI. נפח מי שפיר תקין הינו 5
- 21 ס"מ עד 24 ס"מ ואילו מיעוט מי שפיר מוגדר עד 4.9 ס"מ. נייר עמדה זה פורסם אמנם בחודש
- 22 ינואר 2020, מספר חודשים לאחר הלידה נשוא התביעה, אולם, הוא מלמד על הלך הדברים ביחס
- 23 למדידת כמות מי השפיר ועל מה נחשב מיעוט מי שפיר. העמדה המוצגת בנייר העמדה הנ"ל
- 24 מתיישבת גם עם העמדה שעולה מן הספרות הרלבנטית בתחום זה. בעניין זה הפנה פרופ' גונן
- 25 למהדורה השביעית שפורסמה בשנת 2016 שהיא יותר עדכנית מהמהדורה אליה הפנה ד"ר
- 26 הורנשטיין בחוות דעתו (מהדורה 6 משנת 2012).
- 27
- 28 70. במהדורה העדכנית משנת 2016 דן Gabbe בהגדרה של במיעוט מי שפיר, והוא מציין כדלקמן:



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

1

2 "In clinical practice an MPV less than 1 to 2 cm or an AFI less than
3 5cm are commonly used as a criteria for diagnosis of
4 oligohydramnios".
5

6 71. גם Williams עליו מסתמך ד"ר הורנשטיין בחוות דעתו (מקור 29 לחוות הדעת) מתייחס לערכים

7 התקינים של מי שפיר והוא מציין כדלקמן (עמ' 233):
8

9 The normal range for AFI that is most commonly used is 5 to 24
10 cm, with values above and below this indicating hydramnios and
11 oligohydramnios".
12

13 72. מן האמור עולה כי בניגוד לעמדת התובעים והמומחה מטעמם, ערך של AFI השווה ל- 5 ס"מ נחשב

14 אמנם בתחום הנמוך של הנורמה, אולם, עדיין זה נחשב ערך תקין. ד"ר הורנשטיין נשאל במסגרת

15 חקירתו הנגדית, מדוע הוא לא התייחס במסגרת חוות דעתו לאותם עמודים בספרו של Gabbe

16 בהם דובר על הערכים התקינים של מי שפיר ובהם נרשם במפורש שערך של 5 ס"מ נחשב ערך

17 תקין, אולם, המומחה לא השיב עניינית לשאלה ותשובתו אינה מתיישבת עם האמור בספרו של

18 Gabbe ובלשונו (עמ' 17 לפרוטוקול):
19

20 "ש: בסדר, אז עדיין, עדיין שאלתי אליך מדוע אתה לא מפנה אותנו לגבי,

21 שאומר ברחל בתך הקטנה שפחות מ-5 ס"מ מוגדר כמי שפיר בכל הדיון

22 הארוך שקיימנו כאן, כרגע, לא היה מתקיים

23 ת: הדיון הארוך, מכיוון שאתה עוסק בזוטות, בדברים שהם לא רלוונטיים,

24 אני מצטער שוב להגיד לך את זה, תבין שוב שזה לא משנה אם היה

25 חמש שתיים, אפילו או אם היה ארבע תשע, ההתייחסות פה זה למיעוט

26 מי שפיר מתחת ל-5%, כשאתה הולך ל-5 ס"מ, אתה הולך למתחת

27 לאחוזון אחד בסטיסטיקה, כמו שאולי אתה יודע, כשמגדירים תוצאה

28 לא נורמלית, מגדירים אותה כשתי סטיות תקן מתחת או מעל ה, מעל

29 הנורמה מעל הממוצע הנורמלי. אם אתה בוחר את השתי סטיות תקן,

30 שתי סטיות תקן פה, מגיע לאחוזון 2.5 בערך, 2 פסיק 3, אז זה מתחת



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

1 לאחוזון אחד זה לכל הדעות גם מבחינה סטטיסטית חריג, ברור ויש פה
2 מיעוט מי שפיר, אז אם אחר מגדיר את זה כ-5 ס"מ שווה וארבע תשע,
3 כבר מיעוט בסדר, הבאנו את כל הדעות, אני הבאתי בצורה הכי נכונה
4 את כל הדעות, את מגוון הדעות לא טענתי שדעתי ממוקדת רק בנקודה
5 אחת, תקרא את חוות הדעת שלי, היא מפרטת הכל
6 איפה כל מה שאמרת כרגע כתוב בגבי, שאין ספק שזה ספר שאתה סומך
7 עליו כי אתה, אני מפנה אליו הרבה מאוד פעמים בתוך חוות הדעת שלו,
8 הספר הרלוונטי למועד שלנו שמה כתוב בצורה מפורשת שמיעוט מי
9 שפיר מוגדר כפחות מ-5 ס"מ
10 עניתי על זה, אני לא אחזור על זה".
11 ת:

12 73. לעומת זאת, פרופ' גונן, המומחה מטעם הנתבעת עמד במסגרת חוות דעתו על כך כי ערך $AFI=5$

13 הינו ערך תקין. במסגרת חקירתו חזר פרופ' גונן על עמדתו זו ושב וציין כי ערך ה- AFI שהתקבל
14 בבדיקתה של התובעת היה תקין בתחום הנמוך של הנורמה, ובלשונו (עמ' 49 לפרוטוקול):
15

16 "ש: תראה, נכנסתי אתמול לגבי, לאתר קופת חולים, חיפשתי מה הם אומרים
17 על נתון האפי, כי זה אחת המחלוקות פה, אני רוצה לצטט, בהכללה ניתן
18 לומר, שתוצאה שפחותה מ-9 ס"מ מעידה על מיעוט יחסי במי שפיר
19 ותוצאה שפחותה מ-5 ס"מ מעידה על מיעוט משמעותי של מי השפיר
20 אתה מסכים עם הקביעה הזו?
21 ת: אני מעדיף להתבסס על גבי, על וילאימס, על אקוג, על נייר עמדה, ולא
22 על מה שכותב בקופת חולים, בכל המקורות שאני הזכרתי, מדברים על
23 כמות מי שפיר תקינה בין חמש לעשרים וחמישה AFI

24 ש: אוקיי

25 ת: ובMVP מעל שניים

26 ש: אז תראה, אני לא שאלתי תקין או לא תקין, שאלתי האם נכון שבנתונים
27 שהם מתחת לתשע, בטווח של בין 9 ל-5, אפשר להגיד שזה מיעוט, לא
28 אמרתי שזה לא תקין זו כמות מועטה

29 ת: כן, אבל אני אומר עוד פעם ברפואה, ברפואה, במקורות הרפואיים, אין
30 מונח כזה

31 ש: אוקיי

32 ת: יש טווח, עכשיו שוב, זה ברור שאם הטווח הוא בין חמש לעשרים
33 וחמש, אז אני יודע שחמש זה

34 ש: בטווח הנמוך

35 ת: בתחום הנמוך של הנורמה, כן

36 ש: או-קיי



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1 ת: (לא ברור) אנחנו רופאים אנחנו חושבים שיקול דעת, אנחנו לא
2 אוטומטיים".
3
- 4 74. כאשר נשאל פרופ' גונן אם מקובל לעשות שימוש בטבלה שפורסמה על ידי Morre להערכת כמות
5 מי שפיר, עליה הסתמך ד"ר הורנשטיין, המומחה מטעם התובעים, השיב פרופ' גונן בשלילה "לא,
6 ממש לא" בלשונו (עמ' 49 לפרוטוקול) והסביר כי בפרקטיקה משתמשים בערכים אבסולוטיים
7 ולא באחוזונים להערכת כמות מי שפיר כיוון שקל לזכור ערכים אבסולוטיים, כאשר בעניין זה
8 נקבע בספרות המקצועית כי ערך $AFI=5$ נמנה על הערכים התקינים של כמות מי שפיר (עמ' 49-
9 50 לפרוטוקול). עמדה זו של פרופ' גונן לא נסתרה על ידי התובעים, ואין מקום להטיל בה דופי.
10
- 11 75. נייר העמדה מס' 8 של האיגוד הישראלי למיילדות ולגניקולוגיה "הנחיות לביצוע בדיקת אולטרה-
12 סאונד בהיריון" משנת 2007 אליו מפנה ד"ר הורנשטיין בחוות דעתו עוסק בנפח מי השפיר בבדיקת
13 אולטרה-סאונד להערכת גודל העובר בשליש השלישי, וזה אינו כולל המלצות כלשהן במקרה של
14 מיעוט מי שפיר, לרבות לא המלצה לביצוע ניתוח קיסרי בשל מיעוט מי שפיר. בהקשר זה יצוין עוד
15 כי נייר עמדה זה אליו הפנה ד"ר הורנשטיין בחוות דעתו כאמור אינו נייר העמדה העדכני, שכן
16 קיימת מהדורה עדכנית מיום 17/10/12. לא ברור מדוע ד"ר הורנשטיין בחר כמעט לאורך כל חוות
17 דעתו להפנות לניירות עמדה שאינם עדכניים, למרות קיומם של ניירות עמדה עדכניים יותר ואשר
18 הינם רלבנטיים למועד הלידה נשוא התביעה.
19
- 20 76. בכל מקרה, וגם אם הייתי מקבלת את עמדת המומחה מטעם התובעים כי ערך $AFI=5$ נחשב מיעוט
21 מי שפיר, עדין אופן הטיפול במקרה של מיעוט מי שפיר אינו מחייב בהכרח סיום ההיריון בניתוח
22 קיסרי. על כך ניתן ללמוד מנייר עמדה מס' 37 שמפרט את ההמלצות במקרה של מיעוט מי שפיר,
23 וקובע כי במקרים של מיעוט מי שפיר, ללא סימנים של אי ספיקה שילייתית, שיקול הדעת מסור
24 לרופא המטפל לבחור בין יילוד למעקב שמרני הכולל ביצוע ניטור עוברי ואולטרה-סאונד לפרופיל
25 ביופיזיקלי פעמיים בשבוע, שקילת יילוד בשבוע 41 ומעלה. בהקשר זה, הסביר פרופ' גונן בחקירתו



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

1 הנגדית כי הפרקטיקה המקובלת במקרים כאלה היא ביצוע השראת לידה ולא ניתוח קיסרי (עמ' 50
2 לפרוטוקול) ועמדתו לא נסתרה.

3

4 77. לאור האמור, סבורני אין בערך ה- AFI שהתקבל בבדיקתה של התובעת כדי להוות כשלעצמו

5 אינדיקציה לסיום ההיריון בשלב מוקדם יותר מזה שבוצע בפועל. משכך, דין טענות התובעים בעניין
6 זה להידחות.

7

8 **הימצאות מקוניום**

9

10 78. התובעים טענו כי ביום 24/09/19 הגיעה התובעת יחד עם התובע בפעם השלישית לבית החולים,

11 בשעה 03:04. במועד זה סיפרה התובעת לרופאה שבדקה אותה כי היא הבחינה בהפרשה ירוקה

12 סמיכה בניגוב. עוד נטען כי גם במסגרת הבדיקה הידנית שבוצעה בבית החולים הודגמה על הכפפה

13 של הרופאה הפרשה ירוקה. לעמדת ד"ר הורנשטיין, המומחה מטעם התובעים, אותה הפרשה סימנה

14 קיומו של מקוניום צמיג. ד"ר הורנשטיין ציין כי בנסיבות אלה היה על הצוות הרפואי להסביר

15 לתובעים אודות הסיכון הנשקף לעובר בשל מקוניום צמיג, היריון מעבר למועד ומיעוט מי שפיר,

16 וכן להסביר להם כי עומדות בפניהם שתי אפשרויות טיפוליות: המשך ניסיון ליילוד לדני תוך ניטור

17 אלקטרוני רציף, וסיום ההיריון בניתוח בכל מקרה שיופיעו שינויים בדופק העובר או הימנעות מכל

18 סיכון לעובר וביצוע ניתוח קיסרי כבר בשלב זה (סעיף 8 לחוות הדעת).

19

20 79. בענייננו, עיון בתיעוד הרפואי שהוצג מלמד כי עניין הימצאות מיקוניום עלה לראשונה במסגרת

21 בדיקתה של התובעת על ידי ד"ר פרגו ביום 24/09/19 בשעה 03:04, אז סיפרה התובעת לד"ר

22 פרגו כי הפרשה ירוקה סמיכה הופיעה בשעה 01:30, ומאז נשנית בניגוב. אין גם חולק כי במסגרת

23 בדיקתה של התובעת על ידי ד"ר פרגו הודגמו מים מיקוניאליים, כאשר המחלוקת בין הצדדים

24 נוגעת לשאלה אם אותם מים שהודגמו בבדיקת התובעת היו מים מיקוניאליים רגילים, או מיקוניום

25 סמיך.

26



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

80. מחקירתו של ד"ר הורנשטיין עולה כי ההנחה שלו בחוות דעתו כי מדובר היה במיקוניום סמיך מבוססת על התיאור הסובייקטיבי של התובעת (עמ' 20 לפרוטוקול). מהתיעוד הרפואי שנרשם על ידי ד"ר פרגו לאחר בדיקת התובעת עולה כי בבדיקתה של התובעת ניתן היה להבחין בהימצאותם של מים מיקוניאליים ברורים, אולם, לא נרשם כי מדובר במים מיקוניאליים סמיכים. בהקשר זה, מקובלת עלי טענת הנתבעת כי יש לתת עדיפות לממצאי בדיקתה של ד"ר פרגו, שלה הידע הרפואי והמקצועי להבחין בין מים מיקוניאליים רגילים למיקוניום סמיך.
81. ערה אני לכך, כי בדו"ח הניתוח הקיסרי נרשם דבר קיומו של מיקוניום סמיך, אולם לא ניתן לקבוע על יסוד ממצאי הניתוח הקיסרי מסקנות בקשר להימצאותו של מיקוניום סמיך במי השפיר במועד בדיקתה של התובעת על ידי ד"ר פרגו, חמש שעות וחצי עובר למועד הניתוח הקיסרי.
82. זאת ועוד, שני המומחים מטעם הצדדים מסכימים כי הימצאות מיקוניום היא תופעה שכיחה בלידות. ד"ר הורנשטיין ציין בעניין זה כי תופעת הימצאות מיקוניום במי השפיר מגיעה לעד 25% מהלידות בשבוע 42 להיריון ואילו פרופ' גונן ציין כי תופעה זו מגיעה לעד 20% מהלידות במועד. פרופ' גונן אף עמד במסגרת חקירתו הנגדית על כך כי גם במצב של הימצאות מיקוניום, לא היה בכך כדי לשנות ממהלך הלידה והצוות הרפואי עדין היה נוהג באותה דרך בה נהג בפועל, ובלשונו:
- "ש: תסכים איתי שאין תיעוד במסמכים הרפואיים שבו כתוב, היא מתלוננת על מיקוניום סמיך, בפועל זה לא סמיך, אנחנו חולקים עליה, אין מקום שבו כתוב שהם לא מקבלים את מה שהיא אומרת נכון?
- ת: אנחנו ככלל באנמנזה מצטטים את מה שהמטופלת אומרת, AS IS אנחנו לא, היא אומרת שירדו מים בשעה 01:00 בלילה אנחנו לא צריכים להביא שני עדים שאשרו את זה, אנחנו עושים מה שהיא אומרת הרבה פעמים אנחנו רושמים לדבריה, כן? לא (לא ברור)
- ש: לא, אבל אם
- ת: בסופו של דבר יש את ה, אנחנו לא, לא בבית משפט, בבית חולים, אנחנו כרגע מטפלים במטופלת שהמטרה שלנו לטפל בה לעזור לה להביא את התוצאות הכי טובות ואנחנו רושמים מה שהיא אומרת ואחר כך רושמים את הבדיקה שלנו, כן? במקרה הזה בכלל, זה לא כל כך, זה לא כל כך משנה לצורך העניין, כיוון שגם אם היה מיקוניום סמיך, עדיין היינו נועדים באותה, באותה דרך



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1 ש: הבנתי, אבל למשל הדוגמה שאתה נתת של אישה עם ירידת מים ניקח
2 לדוגמה לא ירידת מים מסיבית של כל המים, אלא ירידה מסוימת של המים.
3 האישה בלידה ראשונה יכולה לטעות ולחשוב שזה שתן ולהגיג שזו ירידת
4 מים אם בבית החולים יבינו שלא הייתה ירידת מים, הם יכתבו טוענת שירדו
5 המים בפועל אנחנו רואים שלא, זה ייכתב נכון?
6 לא, זה ברור שיש לזה, שיש לזה, משמעות של
7 ש: אוקיי, אוקיי, כן וגם בחוות הדעת שלך אתה לא, לא מקבל את זה שהיא
8 אומרת שיש מים מקוניאליים סמיכים?
9 ת: אני אף פעם, אני אף פעם לא מתווכח עם המטופלת
10 ש: או-קיי
11 ת: כיוון שאני לא חוקר אותה, אני מקבל את מה שהיא אומרת ואין לה שום
12 סיבה להגיג משהו שהוא לא נכון, יכול להיות שאין לה את היכולת לעשות
13 האבחנה הרפואית, אבל ודאי שהיא אומרת אמת, הרי היא רוצה את טובתה
14 ואנחנו רוצים את טובתה, אין לנו ויכוח איתה אף פעם."
15
- 16 83. דבריו של פרופ' גונן לא נסתרו על ידי התובעים, ואלה אף נתמכו בעובדה כי הניטור שבוצע
17 בקבלתה של התובעת הדגים שונות תקינה, ולא הצביע על מצוקה עוברית כלשהי. בהינתן האמור,
18 מקובלת עלי טענת הנתבעת כי בשלב זה עדין לא היה הכרח לסיום ההיריון בניתוח קיסרי, ודין
19 טענות התובעים בעניין זה להידחות.
20
- 21 **האטות בדופק העוברית שהודגמו בניטור**
22
- 23 84. בין הצדדים, לרבות המומחים מטעמם, ניטשת מחלוקת באשר לסיווג תבנית הניטור של העוברית
24 במהלך הלידה. ד"ר הורנשטיין ציין בחוות דעתו כי בשעה 06:58 נרשמה ירידה ממושכת בדופק
25 העוברית שנמשכה כ-6 דקות עד השעה 07:04, דופק שנע בין 90-100 פ"ד ולכן היה על הצוות
26 הרפואי לסווג את תבנית הניטור כתבנית פתולוגית.
27
- 28 85. לעומתו, פרופ' גונן ציין כי הירידה בדופק העוברית הייתה רק למשך דקה וחצי וזו לא יכולה להיות
29 מוגדרת כהאטה מתמשכת (המוגדרת בספרות המקצועית כשתי דקות ומעלה), ובשלב זה תבנית
30 הניטור ענתה על ההגדרה של תבנית ביניים. המומחים מתבססים בעניין זה על נייר עמדה מס' 20
31 של האיגוד הישראלי למיילדות ולגניקולוגיה "ניטור דופק לב העובר בזמן הלידה".
32



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

86. מטרת נייר עמדה מס' 20 היא להגדיר נהלים לשימוש נכון בניטור האלקטרוני של הדופק העוברי בזמן הלידה. ברי כי פענוח נכון של הממצאים במוניטור הוא תנאי הכרחי לניהול תקין של הלידה. כיוון שדופק העובר הוא דינמי במהלך הלידה נייר העמדה קובע מספר תבניות ניטור כדי להעריך את תקינות הניטור במהלך הלידה. באבחון תבניות הניטור השונות, יש להתייחס לקצב הבסיסי, לשונות, להאצות ולהאטות. בהקשר זה מקובל לחלק את תבניות הניטור לשלושה סוגים:
- תבנית תקינה – תבנית שבה הקצב הבסיסי 110-160 פעימות בדקה, השונות בטווח 6-25 פעימות בדקה ואין האטות משתנות או מאוחרות. תבנית זו מעידה על מצב חומצי-בסיסי תקין של העובר וכלל אינה מצריכה התערבות.
- תבנית ביניים – תבנית שאינה עונה להגדרה של תבנית תקינה או של תבנית פתולוגית. תבנית זו אינה מנבאת מצב חומצי-בסיסי בלתי תקין, אולם היא מחייבת הערכה של מצב העובר, תוך התחשבות במכלול הנתונים הקליניים, על דרך שימוש בתבחינים נוספים, להערכת מצבו, ובחינת תגובתו להחייאה תוך רחמית של העובר, הכוללת: שינוי תנוחת היולדת, הזלפה תוך ורידית של נוזלים ועוד. פעולות אלה מאפשרות הערכה מחודשת של המצב וקביעת העיתוי לילוד. כאמור, לעמדת פרופ' גונן, המומחה מטעם הנתבעת, תבנית הניטור של התובעת עונה להגדרה זו.
- תבנית פתולוגית בלתי תקינה – היא תבנית עם ניטור סינוסואידלי או תבנית עם היעדר שונות המלווה בהאטות מאוחרות נישנות או האטות משתנות נישנות. תבנית זו עלולה להעיד על מצב חומצי-בסיסי בלתי תקין של העובר, ומחייבת היערכות מיידי לילוד העובר ככל שלא יהיה שיפור. כאמור, לעמדת ד"ר הורנשטיין, המומחה מטעם התובעים, תבנית הניטור של התובעת עונה להגדרה זו.
87. פרופ' גונן הציג בחוות דעתו כי לפי סרט הניטור השונות הייתה תקינה לחלוטין לפני ואחרי ההאטה שהחלה בסביבות השעה 07:00. לכך הסכים מומחה התובעים במהלך חקירתו הנגדית, ובלשונו (עמ' 30 לפרוטוקול):



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1 "ש: נכון, בכל מקום שכתוב השכבה על הצד לצד ימין, לצד שמאל זה כתוב
2 במוניטור, הכל מופיע במוניטור, ולכן השאלה שלי היא, האם זה יכול להיות
3 גם שיש פה בעצם מוניטור שהוא מוניטור תקין בחלק הזה?
4 ת: כן, אבל שאתה אומר יכול להיות, יכול להיות גם הפרעה טכנית, זה נראה
5 כמו הפרעה טכנית, של הרישום, זה רישום חיצוני
6 ש: (לא ברור) ואז לאחר מכן יש כאן שוב האטה וירידה, אבל מיד יש לנו עליה,
7 רגע, דקה
8 ת: עד 120
9 ש: עליה עד 120 שהיא לחלוטין עם שונות תקינה, זאת אומרת העובר לחלוטין
10 מתאושש בנקודת הזמן הזה
11 ת: נכון, אז אם הוא התאושש, אתה עכשיו צריך להתאמץ כדי להרוג אותו עוד
12 פעם."
13
- 14 88. בהינתן האמור, אין מקום לקבל את עמדת התובעים כי כבר בשלב זה היה על הצוות הרפואי להגדיר
15 את תבנית הניטור כתבנית פתולוגית. זאת ועוד, אין גם מקום לקבל את עמדת התובעים והמומחה
16 מטעמם לפיה ההאטה שהייתה בסביבות שעה 07:00 הייתה האטה ממושכת שעה שעולה מהתבנית
17 כי כעבור זמן קצר הייתה התאוששות וחזרה לדופק בסיס.
18
- 19 89. נייר עמדה מס' 20 מגדיר האטה ממושכת כ"האטה בקצב לב העובר של יותר מ-15 פעימות לדקה
20 הנמשכות 10-2 דקות". פרופ' גונן הסביר כי האטה כזו אינה מודגמת בשעה 07:00, שכן דופק
21 הבסיס בניטור עמד על 120 פעימות, ההאטה האמורה הייתה הדרגתית והגיעה ל-90 כעבור דקה
22 למשך 30 שניות ולאחר מכן הדופק עלה ל-100 ובהמשך ל-110 למשך 15 שניות. לאחר מכן,
23 המוניטור מדגים האטה משתנה קצרה ושוב חזרה לדופק הבסיס. אין ספק כי התיאור האמור, שלא
24 נסתר על ידי התובעים, אינו עונה על ההגדרה של האטה ממושכת.
25
- 26 90. בנוסף, לא עלה בידי התובעים לסתור את עמדתו של פרופ' גונן כי האטות משתנות נצפות במעל
27 ל-80% מהלידות (עמ' 48 לפרוטוקול). בהינתן האמור, מקובלת עלי קביעתו של פרופ' גונן כי
28 השילוב של האטות משתנות עם שונות מזערית אינו מהווה ניטור פתולוגי, ונדמה כי זה עומד
29 בהגדרה של "תבנית ביניים" כמשמעה בנייר עמדה מס' 20. תבנית ביניים אינה מחייבת חילוץ מידי
30 של העובר, כאשר ההמלצה בהקשר זה בנייר העמדה 20 היא להעריך את מצבו של העובר ואת
31 תגובתו לפעולות החייאה תוך רחמית, לרבות על דרך שינוי תנוחת היולדת, הזלפה תוך ורידית של



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

1 נוזלים, הזלפת נוזלים לחלל הרחם (amnioinfusion). פרופ' גונן הסביר בחקירתו כי פעולות
2 אלה נעשות על מנת לשפר את המצב (עמ' 52 לפרוטוקול).
3
4 91. במקרה הנדון, אין חולק על פי הרשומה הרפואית כי הצוות הרפואי שטיפל בתובעת נקט בצעדים
5 המקובלים לטיפול על פי תבנית הביניים מרגע הצפייה בהאטות לצורך הערכת המצב. בהקשר זה,
6 הצוות הרפואי ביצע שינויי תנוחה, הרצת נוזלים, וניסיון להזלפת נוזלים לחלל הרחם שנעשה בשעה
7 08:00 בזמן ביקור הרופאים, אולם פעולה זו לא הושלמה בשל ירידה פתולוגית בניטור שחייבה
8 בשלב זה הבהלת התובעת לניתוח קיסרי בהול. לאור האמור, דין טענות התובעים לעניין פענוח
9 הניטור להידחות.

10

11 האם שילובם של הממצאים חייב הקדמת הניתוח הקיסרי

12

13 92. לצד האמור העלו התובעים את הטענה כי גם אם לא היה בכל אחד ואחד מן הממצאים כשלעצמו
14 להצדיק הקדמת ניתוח קיסרי, שילובם של אלה חייב את הקדמת הניתוח הקיסרי. לתמיכה בטענה
15 זו נסמכים התובעים על האמור בחוות דעתו של ד"ר הורנשטיין כמפורט לעיל. בחקירתו הנגדית
16 חזר ד"ר הורנשטיין על עמדתו וציין כי היה על הצוות הרפואי להעריך את קיומם של הממצאים
17 יחד, ולא להסתכל על כל ממצא וממצא בנפרד, ובלשונו של המומחה (עמ' 11 לפרוטוקול):
18

19

20 "ש: בסדר, אתה, אני אמרתי לך שקיל, שקאלן כותב בספר שקייל וומר,
21 מדבר, מדברים על זה שמיעוט, מי שפיר זה פחות מ-7, 8 ס"מ ואתה
22 אומר לי כתבתי את זה ואז אני מבקש שתראה לי איפה כתבת את זה
23 בחוות הדעת?

24

25 ת: כתבתי כי זה כתוב שהמשתמשים בערך של 5% כמגדיר למיעוט מי
26 שפיר, סעיף ו', ובסעיף ח' הוספתי גם את נייר העמדה מספר 37
27 המאוחר להריון שעוסק בזה, וכתבתי גם כערך, הם מציינים, בחרו
28 בנייר עמדה ברב תחתון לאפי של 49, ואישרו למעשה כערך של אפי
29 שווה או 5, שווה או קטן מ-5 הוגדר ברוב מקרים כקובע מיעוט מי
30 שפיר, אז יש ככה ויש ככה באותו מסמך, ובסך הכל מה שאני רציתי
31 להביא לידיעת והבנת הקורא זה שהיה פה שינוי בכמות מי השפיר,
שהיא על סף של כמות קטנה מאוד מתחת לאחוזון אחד, וכל אדם
שעוסק במיילדות ולא קורא את הספר ולא מבין מה הוא קורא שם,



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

יבין שאם הגיעה אישה והיא מוגדרת כפוסט דייט ואני מגדיר אותה כהריון מעבר למועד שיש לו השלכות ופעילות לא-תקינה שיכולה להיות פעילות לא-תקינה של השליה כבר בחמצון, ויש לו השלכות מבחינת התמותה והתחלואה של העובר, מבחינת סיבוכים בזמן הלידה, ומבחינת מקוניום אספיריישן סינדרום, אז אם מופיע מיעוט מי שפיר שהוא בפני עצמו גורם בלתי תלוי לסיכון בהריונות, קל וחומר בהריונות, מעבר למועד, אני צריך להעריך את זה ביחד, אתה לא יכול לקחת כל גורם וגורם בפני עצמו ולהגיד אה זה פה, בסדר, עכשיו אני הולך לגורם שני בסדר, אדוני תסתכל על התמונה, תסתכל, אני עונה עכשיו.

ש: אני לא שאלתי, סליחה גברתי
כב' השופטת: עו"ד זאואר, המומחה ישיב ואתה תוכל לשאול עוד שאלה ועוד מעט גם החקירה תסתיים, אז הכל
ת: על המומחה, על המומחה אחראי לקחת בחשבון את כל הגורמים שמצטרפים, ואת הדינמיות של השינויים בגורמים האלה לאורך ציר הזמן ואם בשבוע ב-20 ושלישי לחודש כמות מי שפיר הייתה תקינה ובעשרים וחמישי, ובעשרים ורביעי היא כמות קטנה יותר, אז הוא צריך לקחת את זה לחשבון

93. לעומת זאת, פרופ' גונן בחקירתו הנגדית שלל את הטענה כי הצוות הרפואי בחן כל ממצא בנפרד ולא הסתכל על הממצאים כמכלול, ולדבריו (עמ' 56-57 לפרוטוקול):

ש: כן. תראה אתה בחוות הדעת שלך לוקח כל גורם בנפרד ומתייחס אליו אתה לוקח את האפי 5 ואומר זה אינדיקציה למעקב, אתה לוקח את המים המקוניאליים בלי אותם סמיכים ואומר זה למעקב את הPD זה למעקב, אבל בסופו של דבר אצל יולדת (לא ברור) על המכלול והמכלול הוא שהיא גם הייתה בהריון מעבר למועד וגם כמות מים אנחנו אומרים לא-תקינה, אתה אומר, על הגבול התחתון, על הגבול התחתון, עדות המקוניום סמיך, ולידה שלא התקדמה הרבה, הייתה עדיין בשלב הלטנטי והיו האטות בדופק שהצריכו חמש פעמים לעשות החיאה תוך רחמית, ועדיין חיכו לקטסטרופה, כדי להתחיל לפעול?

ת: ממש לא
ש: איך?
ת: לא, ממש לא, לגבי הטכניקה של הכתיבה לצורך בשבילכם ולצורך לבית המשפט, מטבע הדברים אני מסביר ומגדיר כל פרמטר בנפרד, זה לא אומר שככה אנחנו מנהלים את הלידה כפי שאני אמרתי לכל אורך הדרך, אנחנו לא אולי AI יחליף אותנו איזה יום בינתיים לא,



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1 אנחנו עושים אינטגרציה של כל הנתונים וכל הדברים ועל פי זה
2 מקבלים את ההחלטות ומנהלים את הלידה.
3 [...]
4 ואיפה בחומר הרפואי עצמו בזמן אמת כתוב שבפני הצוות הרפואי
5 ברמב"ם, עמדה התייחסות לאינטגרציה של המכלול של הנתונים
6 ששקלו את הכל יחד והחליטו בכל זאת להמשיך בלידה רגילה?
7 ת: בהנחה, בהנחה שהרופאים של רמב"ם הם לא פחות מיומנים וחכמים
8 ממני, אז מה שאני אמרתי לגבי עצמי, גם לגביהם אנחנו מראש רואים
9 את כל הדברים יחד
10 כב' השופטת: שאלו אותך איפה זה תועד? מה, למה אתה לא, אני אולי
11 השאלה הייתה האם ראית תיעוד לשקילת השיקולים בתיק
12 זה מה שהיא שאלה.
13 ת: אבל, אבל כל הדברים שכל אחד מהפרמטרים, רשומים אז, זאת אומרת
14 זה לא דברים נדירים. כן? זה לא משהו נדיר, הקומבינציה של הדברים
15 האלה היא מאוד שכיחה, הריון ראשון זה חמישים אחוז (לא ברור)
16 כב' השופטת: אמרת את זה, כבר, שאלו אותך רק אם נשקל התיעוד, אם
17 במסגרת התיעוד ראית שנשקלו הפרמטרים ובאיזושהי שלב?
18 או שאתה חושב שלא היה צריך אף פעם לשקול את זה?
19 ת: זה מובנה, כמו שאני אומר בוקר טוב, אני לא צריך להגיד שהשמש
20 זורחת".
21
22 94. מחוות דעתו ועדותו של ד"ר הורנשטיין עולה כי הוא יוצא מנקודת הנחה כי בעניינה של התובעת
23 התקיימו כל אותן אינדיקציות נטענות, קרי: התובעת הגיעה ללידה בהיריון עודף, מיעוט מי שפיר,
24 הימצאות מיקונים סמיך ודופק עובר הכולל האטות מתמשכות, אשר חייבו את הקדמת ביצועו של
25 ניתוח קיסרי. יתר על כן, נטען על ידו כי שילובם של ממצאים אלה חייב את הקדמת הלידה. ואולם,
26 לאחר שהנחתו זו נשללה, עדיפה בעיני עמדתו של פרופ' גונן אשר הבהיר כי משלא התקיימו אצל
27 התובעת ולו אחד מגורמי הסיכון המחייבים את הקדמת הלידה אף שקילתם של כל הממצאים יחדיו
28 לא חייבה את הקדמת ביצועו של ניתוח קיסרי. יתר על כן, מעדותו של פרופ' גונן עלה כי גורמים
29 אלה, מתקיימים בלא מעט לידות. לגופו של עניין דבריו של פרופ' גונן מלמדים כי הצוות הרפואי
30 בחן את הממצאים כמכלול והתווה את הטיפול הרפואי הנדרש בהתאם לשיקול דעתו הרפואי ועל
31 פי האסכולות המקובלות. בנסיבות אלה, לא ניתן לקבל טענת התובעים כי הצוות הרפואי לא הביא
32 בחשבון את שילובם של הממצאים במהלך הלידה ולא נקט בפרקטיקה רפואית מקובלת עת לא
33 הביא לסיום הלידה בשלב מוקדם יותר.
34



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

סיכום ביניים

1
2
3 95. בהביאי בחשבון את מכלול העדויות והראיות השונות שהובאו בהליך, לא ניתן לקבוע כי התובעים
4 עמדו בנטל הראייה כי הנתבעת התרשלה בטיפול הרפואי ובמעקב הלידה שקיבלה. וכאמור, פעולת
5 רופא לא תיחשב כרשלנית, אם התבססה על העדפת תפיסה של אחת מבין האסכולות הרפואיות
6 המוכרות.

7
8 96. כך גם אינני סבורה כי הוכח ששילובם של הפרמטרים והממצאים ובכלל זה: גיל ההיריון, מיעוט מי
9 שפיר, הימצאות מיקוניום והאטות בדופק העוברי, אכן חייבו את חילוזה של המנוחה בניתוח קיסרי
10 בשלב מוקדם של הלידה.

11
12 97. לאור האמור, סבורני כי הטענה בדבר התרשלות הצוות הרפואי ביילוד המנוחה לא בוססה. בכל
13 מקרה וגם אם הייתי מקבלת את טענת התובעים להיפוך נטלים, סבורני כי עלה בידי הנתבעת להוכיח
14 כי הטיפול הרפואי שקיבלה היולדת הלם סטנדרט טיפולי סביר, תאם את הפרקטיקה המקובלת, ולא
15 הייתה התוויה רפואית שהצדיקה יילוד מוקדם יותר של המנוחה בניתוח קיסרי.

פגיעה באוטונומיה

16
17
18
19 98. יחד עם זאת, בנסיבות המקרה, עולה השאלה האם שילובן של האינדיקציות לעיל יחדיו, חייב את
20 הצוות הרפואי להסביר לתובעים בזמן אמת את משמעות הממצאים שתועדו, קרי, גיל ההיריון, כמות
21 מי שפיר, הימצאות מיקוניום והאטות שנצפו בניטור העוברי ואת דרכי הטיפול העומדות על הפרק
22 לאור אותם ממצאים: המשך לידה לידנית בהינתן הנתונים הידועים, או ביצוע ניתוח קיסרי בשלב
23 מוקדם יותר לאור אותם נתונים. שאלה זו עולה על רקע טענת התובעים לפגיעה באוטונומיה.

24
25 99. התובעים טענו כי הצוות הרפואי כשל בכך שלא הסביר לתובעת אודות הסיכונים באי ביצוע ניתוח
26 קיסרי. הנתבעת טענה מנגד כי לא הופרה זכותה של התובעת לאוטונומיה. נטען כי התובעת לא
27 ביקשה מיוזמתה ללדת בניתוח קיסרי, ולו הייתה מבקשת ניתן להניח שבקשתה הייתה נענית, גם
28 אם לא הייתה לכך אינדיקציה רפואית (ראה: עדותו של ד"ר אברהמי, עמ' 89 לפרוטוקול).

29



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

100. אין חולק כי רופא נדרש לספק למטופל מידע הדרוש לו באורח סביר, כדי לאפשר לו לגבש החלטה בדבר הטיפול הרפואי המוצע. ראה: סעיף 13(ב) לחוק זכויות החולה. בין היתר, נדרש הרופא המטפל למסור למטופל מידע על סיכונים אפשריים הכרוכים בטיפול. הסיכונים לגביהם יש למסור מידע הינם אותם סיכונים מהותיים שאדם רגיל היה נוטה לייחס להם חשיבות במסגרת גיבוש החלטתו בדבר קבלת הטיפול. על פי הפסיקה, כאשר לא נמסר למטופל המידע הדרוש, יכול מחדל זה כשלעצמו להוות עילה להכרה בראש נזק של פגיעה באוטונומיה, ללא קשר לשאלת הנזק שנגרם מאותו טיפול. הפיצוי במקרה זה נובע מן ההכרה כי בביצוע פרוצדורה רפואית בגופו של אדם שלא בהסכמתו המודעת ישנה פגיעה בכבודו ובזכותו לאוטונומיה, שכן, לחולה זכות לבחור אם לקבל טיפול רפואי ואיזה טיפול רפואי יינתן לו. ראה: ע"א 2781/93 מיאסה עלי דעקה נ' בית החולים "כרמל" חיפה ואח', פ"ד נג(4) 526 (1999) (להלן: "עניין דעקה"). בכל הנוגע להיקף המידע הרפואי שעל המטפל למסור, על מנת לאפשר הסכמה מדעת של המטופל, נקבע בפסיקה כי זה יעשה על בסיס שקלול חיוניות הטיפול וסיכויי הצלחתו, מצד אחד, עם תדירות הסיבוך האפשרי ומידת חומרתו, מצד אחר. ראה: ע"א 8126/07 עזבון המנוחה ברוריה צבי נ' בית החולים ביקור חולים (03/01/10).
101. ראש הנזק של פגיעה באוטונומיה נועד על פי הפסיקה לתת מענה לכל אותם מקרים בהם קיימת התנהגות עוולתית מוכחת של הרופא שמתבטאת בהפרת חובת הגילוי ומתן הסבר, אך לא מתקיים הקשר הסיבתי הדרוש בין התנהגות זו לבין קרות הנזק. הפיצוי במקרה כזה ניתן בגין הפגיעה ברגשותיו ובכבודו של המטופל, ובשל שלילת חופש הבחירה שלו ולא בגין עצם נזק הגוף שנגרם לו כתוצאה מהטיפול הרפואי. יצוין, כי בדעת המיעוט בעניין עלי דעקה (כב' השופטת (דאז) ד. ביניש) נקבע כי יש לעשות שימוש זהיר ביותר במתן פיצוי בגין פגיעה באוטונומיה כראש נזק עצמאי, וכי השימוש יעשה רק לעיתים נדירות, בהן ישנה פגיעה מובהקת באוטונומיה של הפרט.
102. עוד נקבע בפסיקה כי הפגיעה באוטונומיה היא ראש נזק ולא עוולה עצמאית, וזו נובעת מזכותו של המטופל לבחור ולקבל החלטות הנוגעות לו; מזכותו של האדם שלא יתערבו בגופו ללא הסכמתו; ומעצם חובתו של המטפל לנהוג במידת זהירות במטופל שלפניו. עם השנים תחמה הפסיקה את זכות הפיצוי בגין פגיעה באוטונומיה במספר היבטים. בהקשר זה נקבע כי יינתן פיצוי בגין פגיעה



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

1 באוטונומיה כאשר הפגיעה הייתה בליבת הזכות; וכאשר שלילת כוח הבחירה של הנפגע גרמה לנזק
2 תוצאתי סובייקטיבי המתבטא בתחושות של כעס, תסכול, ועוד תחושות שליליות שמעוררת התנהגות
3 המזיק. עוד נקבע כי הפיצוי בגין פגיעה באוטונומיה הוא חלק מהנזק הלא ממוני. לכן, למעט במצבים
4 של הולדה בעוולה, אין לפסוק פיצוי בגין פגיעה באוטונומיה בנוסף לפיצוי שנפסק בגין נזק לא
5 ממוני בעילה של הסכמה שלא מדעת או התרשלות בטיפול. ראה: רע"א 1081/21 פלוגית נ' שריתי
6 בריאות כללית (01/09/21).

7
8 103. בע"א 8126/07 עזבון המנוחה ברוריה צבי נ' בית החולים ביקור חולים (03/01/10) נקבע
9 בדעת רוב (מפיו של השופט א' רובינשטיין ובהסכמתו של המשנה לנשיאה א' ריבלין) כי ידיעה
10 כללית של מטופל לגבי הסיכונים שבהליך הרפואי אינה פוטרת את הרופא מלחזור ולהציג בפני
11 המטופל את מכלול הסיכונים. השופט רובינשטיין ציין בפסק דינו כי אין בחוק זכויות החולה סייג
12 הפוטר רופא מלמסור מידע רפואי בהנחה שהמטופל יודע את הסיכונים. לדעתו, "החוק הוא גורף
13 לכאורה ואין בו הבחנה בין מטופל למטופל או בין מינונים שונים של הטיפול" (פסקה י'). נקבע כי
14 אמנם המידע אינו צריך לכלול סיכונים רחוקים או נדירים, אולם בנסיבות העניין, בית החולים לא
15 נהג על פי אמות המידה שהותוו בחוק. במקרה זה נפסק פיצוי בסך של 100,000 ₪ בגין ראש הנזק
16 של פגיעה באוטונומיה.

17
18 104. בעניינינו, הגם שאין בממצאים שעמדו בפני הצוות הרפואי, כל אחד לחוד, ושילובם יחד, כדי לחייב
19 הבהלת התובעת לניתוח קיסרי במועד מוקדם יותר. אולם, משאין חולק כי הצוות הרפואי היה ער
20 כאמור לכלל הממצאים בעניינה של התובעת (היריון מעבר למועד, כמות מי שפיר תקינה אולם
21 גבולית, הימצאות מים מיקוניאליים והאטות משתנות בניטור), היה עליו להעניק לתובעת הסבר
22 אודות הממצאים הגבוליים ואודות הסיכונים הגלומים בהם, ולהבהיר לה את האפשרויות העומדות
23 בפניה, המשך לידה לדנית או ביצוע ניתוח קיסרי, ולתת לתובעת להחליט. טענת הנתבעת כי התובעת
24 לא ביקשה בשום שלב לבצע ניתוח קיסרי הינה מוקשית, שעה שאין חולק והנתבעת אינה מכחישה,
25 כי הסבר כאמור לא ניתן לתובעת.

26



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

105. הנתבעת טענה כי גם כאשר הוחלט על יילוד התובעת בניתוח קיסרי, לאחר ההאטות המתמשכות שחייבו ניתוח, חל עיכוב בהבהלת התובעת לניתוח בשל סירוב התובעים לחתום על הסכמה לניתוח. אין בידי לקבל טענה זו, ודי בהקשר זה להפנות לעדות התובעת (עמ' 2-3 לפרוטוקול):

כ. שהסיטואציה הזאת מאוד הלחיץ אותך ולא ידעת מה קורה איתך, הכל היה כל כך מהיר. ואם אני אומר לך ש-, לפחות לפי מה שאני הבנתי, ההתנגדות הובאה בעיקר מהצד של אמא שלך וגם מצד של [REDACTED] לא כל כך אולי מהצד שלך, כי את, כמו שאת היית אומרת, היית באיזושהי סיטואציה בלתי אפשרי, אבל הם בעצם אלה שהביעו את ההתנגדות או את האי רצון לביצוע ניתוח קיסרי. זה שקר מוחלט. מאיפה אמא שלי [REDACTED] או אני, מאיפה אנחנו יודעים? זו לידה ראשונה, מאיפה אנחנו יודעים? מי אנחנו שנחליט דברים? מי אנחנו שנבין בכלל מה קורה? אף אחד לפני זה לא אמר לנו מה המצב, אמרו לנו כל הזמן זה בסדר, אף אחד לא הלחיץ אותנו, לא סיפר לנו, לא עדכן אותנו, באותו רגע שהייתה את ההאטה המשמעותית, פשוט קפצו עליי מכל כיוון, אמא שלי הורידה לי את התכשיטים, בעלי עזר לי להוריד את החזייה, הכל היה כל כך מהיר, כל כך, אני לא ידעתי מה קורה איתי, פשוט זה שקר כי הרופאים רוצים להגן על עצמם וזה שקר מוחלט".

הדברים קיבלו חיזוק בעדות אם התובעת (עמ' 8 לפרוטוקול):

הבנתי. עכשיו תאמרי לי, את גם מציינת שבאחד הביקורים של רופא בכיר, זה בהמשך בסעיף 12, נאמר שייתכן ויהיה צורך בניתוח קיסרי. את יכולה לספר לנו, לעדכן אותנו באיזה ביקור מדובר?

ת. כן.

ש. מתי זה היה?

ת. היה ביקור רופאים ואברהמי אפילו, אברהמי? המנהל חדרי לידה, הוא עמד, עמד אפילו לידי ואמר שיכול להיות שזה יגיע ל-, לניתוח קיסרי, אמרנו בסדר, מה שצריך.

ש. עכשיו תראי, לפי, לפחות לפי המידע שאנחנו קיבלנו, שאני קיבלתי, אז בעצם באותה נקודת זמן שבה החליטו על ניתוח קיסרי, הייתה איזושהי התנגדות בעיקר שלך, גם של [REDACTED] אבל בעיקר שלך, זאת אומרת את היית הגורם העיקרי שבעצם העלה תרעומת כנגד ההחלטה ואמרת בואו נראה איך אנחנו יכולים, מאיפה הם הביאו את זה? סליחה שאני אומרת, מאיפה הם הביאו את זה? זה לא היה ולא נברא, ברגע שהוא אמר פעם אחת אברהמי, יכול



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

- 1 להיות שזה יגיע ל-, לניתוח קיסרי ואמרנו בסדר ויותר מזה לא דובר
2 על זה עד שבאמת המוניטור הראה ש-, הראה שיש בעיה, מצוקה ל-
3 , לתינוקת ואז כולם התנפלו עליה וזהו, לא דובר על זה יותר בכלל".
4
- 5 106. הנתבעת בחרה שלא לחקור חקירה נגדית את התובע על תצהירו. עדויות התובעת ואמה בעניין זה
6 מקובלות ומהימנות בעיני, ולא מצאתי מקום להטיל בהן דופי.
7
- 8 107. אשר על כן, אני מקבלת את טענתם החילופית של התובעים לפגיעה באוטונומיה ופוסקת לתובעים
9 פיצוי בגין ראש נזק זה בסך של 250,000 ₪.
10
- 11 **אי העדת עדים רלבנטיים**
12
- 13 108. התובעים טענו כי מטעם בית החולים לא הובאו למתן עדות עדים רבים שהיו יכולים לשפוך אור
14 על מהלך הלידה של התובעת, כמו גם על השתלשלות האירועים, לרבות: ד"ר אנה פטרוסב, רופאה
15 בכירה בחדר לידה אשר נכחה בביקור רופאים ואשר החלה לבצע את הטיפול באמניווינפיוז'ן ואף
16 נכחה בניתוח עצמו; ד"ר סיגלר – המתמחה שבדק את התובעת והגיע למסקנה כי בבדיקת כמות מי
17 השפיר התוצאה של AFI:5 ס"מ הינה תוצאה תקינה אך גבולית; ד"ר לוי והמיילדת – אשר בדקו את
18 התובעת בעת קבלתה לחדר הלידה והיו הראשונות לשמוע מהתובעת על ההפרשה הירוקה שהבחינה
19 בעת ניגוב; המיילדת מיה גרופמן – שהייתה בחדר הלידה ותייעדה את התקדמותה; המיילדת אורית
20 ויליאמס – אשר נכחה בחדר הלידה של התובעת והייתה אקטיבית בניסיון של ד"ר אברהמי וד"ר
21 ארגז להסביר ו"לשכנע" את התובעת להסכים לניתוח קיסרי.
22
- 23 109. הנתבעת טענה מנגד כי היא העידה מטעמה את הגורמים הבכירים ביותר שנטלו חלק באירועים
24 נשוא התביעה וקיבלו את ההחלטות באשר לטיפול בתובעת. כמו כן, באמצעותם הונחה התשתית
25 הראייתית המלאה הדרושה להכרעה במחלוקת בין הצדדים. עוד טענה הנתבעת כי ככל שהתובעים
26 סברו כי עדות אנשי צוות זוטרים יותר שלא הובאו לעדות, עשויה לתמוך בטענותיהם, אזי יש לזקוף
27 לחובתם את העובדה כי נמנעו מלבקש להעיד אנשי צוות אלה כעדי תביעה ולכלל הפחות כעדי הזמה.
28



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

110. הלכה היא, כי הימנעות בעל דין מלהציג ראיה רלוונטית המצויה בהישג ידו, ללא שניתן לכך הסבר סביר, מחייבת את המסקנה כי אילו הובאה הראיה הייתה זו פועלת כנגדו. בתביעות נזיקין ובפרט בטענה לרשלנות רפואית, להימנעות מהבאת עד מרכזי יש נפקות ראייתית משמעותית העשויה להקים חזקה עובדתית שהימנעות הנתבעת מהבאת העד נובעת מרצון להתחמק מגילוי האמת העלולה להזיק לו. עם זאת, חזקה זו ניתנת לסתירה, וייתכנו מקרים בהם הימנעות מהבאת עדים לא תיזקף לחובת בעל הדין. ראה: ע"א 8151/98 ביאטריס שטרנברג נ' ד"ר אהרון צ'צ'יק, נו(1) 539 (2001); ע"פ 4844/09_האתם מסעאד נ' מדינת ישראל (31/05/10).
111. בענייננו, סבורני כי אין לייחס משקל ניכר להחלטת הנתבעת שלא להעיד את העדים שנטענו על ידי התובעים. הנתבעת העמידה בפני בית המשפט תשתית ראייתית מספקת, בין היתר, על ידי עדים המהווים גורמים בכירים שנטלו חלק משמעותי הן בטיפול הרפואי והן בקבלת ההחלטות בהקשר לטיפול הרפואי שקיבלה התובעת. יתר על כן, לתובעים הייתה האפשרות לבקש להעיד את אנשי הצוות שנזכרו לעיל כעדי תביעה או עדי הזמה, ככל שסברו עדותם חשובה להכרעה, ומשלא עשו כן, אין לתובעים להלין אלא על עצמם. משכך, אני דוחה כאמור את טענת התובעים להימנעות הנתבעת מהבאת עדים.
- סוף דבר**
112. סיכומי של דבר, אני מקבלת את התביעה בחלקה, ומחייבת את הנתבעת לשלם לתובעת פיצוי בגין פגיעה באוטונומיה בסך של 250,000 ₪.
113. בנוסף, הנני מחייבת את הנתבעת בתשלום שכר טרחת עו"ד התובעים בשיעור של 20% מן הסכום שנפסק בתוספת מע"מ.
114. הסכומים האמורים ישולמו על ידי הנתבעת תוך 30 ימים מהיום, שאם לא כן יישאו הפרשי הצמדה וריבית מהיום ועד התשלום המלא בפועל.



בית המשפט המחוזי בחיפה

ת"א 2518-05-21 פלוגית ואח' נ' משרד הבריאות (בית חולים רמב"ם)

115. בשל הנסיבות הטרגיות שתיק זה מעלה, ניתן בזאת פטור מתשלום יתרת אגרה.

2

3

116. המזכירות תמציא העתק פסק הדין לצדדים.

4

5

ניתן היום, ג' טבת תשפ"ו, 23 דצמבר 2025, בהעדר הצדדים.

6

7

בטינה טאובר, שופטת, סגנית הנשיא

8