



INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA W RAZIE WYPADKU PRZY PRACY

Marek Rotkiewicz



Redaktor naczelna
Ewa Ziętek-Maciejczyk

Redaktor merytoryczny
Iwona Dejnerowicz-Jackowska
Ewa Martyna

Redaktor techniczno-graficzny
Małgorzata Klimkiewicz

Korekta
Ilona Kalinowska

Fotoskład
„Triograf”



INFOR Ekspert Sp. z o.o.
01-042 Warszawa, ul. Okopowa 58/72
tel. (0-22) 212-12-08
www.infor.pl

Adres redakcji
03-308 Warszawa, ul. Batalionu Platerówek 3

Biuro Obsługi Klienta
tel. (0-22) 761-30-30, faks (0-22) 761-30-31(32)
e-mail: bok@infor.pl
infolinia: 0 801 626 666
www.ksiazki.infor.pl

© Copyright by INFOR Ekspert Sp. z o.o.
Warszawa 2009

Publikacja jest chroniona przepisami prawa autorskiego. Wykonywanie kserokopii bądź powielanie inną metodą oraz rozpowszechnianie bez zgody Wydawcy w całości lub części jest zabronione i podlega odpowiedzialności karnej.

ISBN 978-83-61599-44-9

Spis treści

Wstęp	4
I. Pojęcie wypadku przy pracy	6
1. Kwalifikacja zdarzenia	6
2. Wypadki osób niebędących pracownikami	11
3. Poważne wypadki	12
II. Działania podejmowane w razie wypadku przy pracy	13
1. Podstawowe obowiązki	13
2. Pierwsza pomoc poszkodowanym	15
3. Eliminacja lub ograniczenie zagrożenia	17
4. Zabezpieczenie miejsca wypadku	18
5. Powiadomienie inspektora pracy i prokuratora	19
III. Zespół powypadkowy – powołanie, skład, zadania	21
1. Powołanie zespołu	21
2. Czynności zespołu powypadkowego	22
IV. Statystyczna karta wypadku przy pracy	27
V. Wykonywanie pracy przez pracownika innej firmy	31
VI. Wypadki osób niebędących pracownikami	32
VII. Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy	36
1. Rodzaje świadczeń	36
2. Zasiłek chorobowy	37
3. Świadczenie rehabilitacyjne i zasiłek wyrównawczy	45
4. Jednorazowe odszkodowanie	47
5. Renty i dodatki	50
6. Pokrycie kosztów leczenia i wyrobów medycznych	51
7. Kiedy świadczenia nie przysługują	52
8. Odszkodowanie za utracone lub uszkodzone przedmioty	55
VIII. Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy w prawie UE	60
Wzory dokumentów	64

Wstęp

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, przytaczanych w sprawozdaniu PIP, w 2008 r. nastąpił wzrost liczby wypadków przy pracy z 99 171 w 2007 r. do 104 402 w 2008 r. Jest to o 5231, (tj. o 5,3%) osób poszkodowanych więcej niż w roku poprzednim. Porównywalny wzrost (tj. o 5,4%) liczby osób poszkodowanych odnotowano w odniesieniu do wypadków lekkich. W wypadkach śmiertelnych liczba ofiar wzrosła z 479 w 2007 r. do 523 w 2008 r., tj. o 9,2%. Natomiast liczba osób z ciężkimi obrażeniami ciała spadła o 73 (2007 r. – 975 osób; 2008 r. – 902 osoby), tj. o 7,5%.

Wzrost liczby osób poszkodowanych odnotowano w 12 sekcjach gospodarki, największy wystąpił w sekcjach: handel i naprawy, budownictwo; działalność usługowa komunalna, społeczna i indywidualna, pozostała, pośrednictwo finansowe oraz rolnictwo, łowiectwo i leśnictwo. Wzrost wypadkowości odnotowany w wymienionych sekcjach dotyczył liczby poszkodowanych w wypadkach lekkich i liczby ofiar śmiertelnych.

W budownictwie, transporcie, gospodarce magazynowej i łączności odnotowano największy wzrost liczby wypadków śmiertelnych (odpowiednio: z 92 do 122 ofiar, tj. o 32,6% oraz z 61 do 80, tj. o 31,1%).

Wzrósł wskaźnik wypadkowości, czyli liczba osób poszkodowanych w wypadkach przypadających na 1000 pracujących, w 2007 r. był na poziomie 8,82, w 2008 r. – 9,11. Nadal największa wypadkowość występowała w sekcjach: górnictwo – 17,88 (w 2007 r. – 17,54), przetwórstwo przemysłowe – 15,63 (w 2007 r. – 15,23), rolnictwo, łowiectwo i leśnictwo – 13,86 (w 2007 r. – 12,59), budownictwo – 13,09 (w 2007 r. – 12,09) oraz ochrona zdrowia i pomoc społeczna – 10,45 (w 2007 r. – 10,73).

Kontrole inspekcji pracy wykazują, że do ideału nam daleko. Co gorsza, nie dość że nie wszędzie stwarzane są warunki służące zapobieganiu wypadkom, to na dodatek, kiedy już do nich dojdzie, nie w każdym przypadku podejmowane są wymagane prawem działania. Przykładowo, dochodzenie powypadkowe rozpoczyna się z opóźnieniem, zalecenia zespołu powypadkowego nie są stosowane czy też dochodzi do zaniechania sporządzenia statystycznej karty wypadku.

Winni wypadków, jak też działań późniejszych, nie są tylko pracodawcy. Niektóre błędy wynikają także z trudności przy interpretacji przepisów, na przykład przy kwalifikowaniu tragicznego zdarzenia – czy było ono wypadkiem przy pracy, czy nie. Takie błędy mają określony skutek. Ich koszty ponoszą obie strony, poszkodowani pracownicy mogą natomiast utracić prawo do określonych świadczeń.

Procedury postępowania bezpośrednio po wypadku i później są ściśle określone w polskim prawie. Niejednokrotnie odnosił się do nich także Sąd Najwyższy. Autor niniejszej instrukcji prezentuje zarówno przepisy, jak i interpretacje SN, którego orzeczeniami kierują się niejednokrotnie w swojej praktyce sądy powszechne. Z opracowania tego Czytelnik dowie się nie tylko o tym, jak należy rozpoznać, czy określone zdarzenie można uznać za wypadek przy pracy, co należy zrobić bezpośrednio po takim zdarzeniu i później oraz w jakich przypadkach o wypadku należy powiadomić inspekcję pracy, ale także o różnorodnych świadczeniach przysługujących poszkodowanym, w tym m.in. o odszkodowaniach. Autor omawia także zasady przyznawania świadczeń z tytułu wypadków przy pracy osobom przemieszczającym się w obrębie Unii Europejskiej.

I. Pojęcie wypadku przy pracy

1. Kwalifikacja zdarzenia

Wypadkiem przy pracy jest nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które spowodowało uraz lub śmierć pracownika. Żeby można było uznać je za wypadek przy pracy, zdarzenie takie musi mieć związek z pracą. Taki związek istnieje, jeśli do wypadku doszło:

- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych;
- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy (nawet bez polecenia);
- w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

Przytoczona na początku definicja pojęcia wypadku przy pracy nie wynika z Kodeksu pracy. Wypadek przy pracy jest zdefiniowany w art. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (j.t. Dz.U. z 2002 r. Nr 199, poz. 1673 ze zm.).

Trzeba ponadto zaznaczyć, że kryterium nagłości zdarzenia przesądza o tym, czy dany przypadek można zakwalifikować jako wypadek przy pracy, czy jako chorobę zawodową. Za orzecznictwem sądowym można przyjąć, że zdarzenie jest nagłe wtedy, gdy trwa nie dłużej niż wynosi czas jednej zmiany roboczej.

Nagłości nie należy rozumieć jednak w pełni dosłownie. Może być to zdarzenie, które trwa przez pewien czas lub wywołuje skutek w postaci wypadku dopiero po kilkukrotnym wystąpieniu.

Na równi z wypadkiem przy pracy, w zakresie uprawnień do świadczeń określonych we wspomnianej ustawie, traktuje się wypadek, któremu pracownik uległ:

- w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone powyżej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
- podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,
- przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.

■ Przykład

Kierownik jednego z działów, który od lat leczy chore serce, dostał w czasie pracy zawału mięśnia sercowego. Czy takie zdarzenie można zakwalifikować jako wypadek przy pracy?

Trzeba wiedzieć, że za wspomniany wcześniej związek wypadku z pracą uznawany jest związek czasowy, miejscowy lub funkcjonalny, a nie związek przyczynowy. Wystarczy więc, że dane zdarzenie nastąpi podczas wykonywania pracy, niekoniecznie zaś w wyniku wykonywania określonej czynności pracowniczej.

Musimy się skupić na dwóch przesłankach do uznania konkretnego zdarzenia za wypadek przy pracy, mianowicie na tym, czy:

- było to zdarzenie nagłe,
- zostało ono spowodowane przyczyną zewnętrzną.

Co do tego, że zawał mięśnia sercowego jest zdarzeniem nagłym, nie ma raczej wątpliwości. Nadmienmy, że wskazanie na nagłość wypadku ma m.in. oddzielić wypadki przy pracy od chorób zawodowych będących wynikiem długotrwałego działania na organizm ludzki negatywnych czynników zewnętrznych.

Bardziej istotna jest możliwość uznania zawału za zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną.

Z określenia, że zdarzenie musi zostać wywołane przyczyną zewnętrzną wynika, iż nie może ono być wynikiem rozwoju samoistnych procesów chorobowych. Przepisy nie wymagają jednak, by czynniki zewnętrzne były wyłączną przyczyną wypadku. W przypadkach gdy czynnik zewnętrzny łączy się niejako z występującym już w organizmie czynnikiem wewnętrznym (np. chorobą serca), należy ocenić, czy czynnik zewnętrzny w sposób istotny mógł wpłynąć na pogorszenie się stanu zdrowia pracownika. Innymi słowy, czy dane zdarzenie mogłoby mieć miejsce także wtedy, gdyby ten czynnik nie działał.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego wskazuje się, że stres może zostać uznany za przyczynę zewnętrzną, na skutek działania której doszło do wypadku przy pracy (zawału serca), jeżeli jest wywołany nietypowymi okolicznościami (np. wyrok z 16 grudnia 1997 r., sygn. akt II UKN 407/97, OSNP 1998/21/644).

W naszym przykładzie mamy jednak do czynienia z osobą, która zajmuje stanowisko kierownicze. Jej pracy z zasady towarzyszy zwiększony stres. Jak stwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z 14 lutego 1996 r. (sygn. akt II PRN 2/96, OSNP 1996/17/252) praca dyrektora jest z istoty swej związana z dużą odpowiedzialnością, a występujące w jej toku stresy nie mogą być uznane za nietypowe warunki pracy w rozumieniu przyczyny zewnętrznej zdarzenia.

Tym bardziej trudno jest uznać zawał za wypadek przy pracy, jeżeli nie wynikał z wystąpienia nietypowego dla pracy tego pracownika zdarzenia, ale w zdecydowanej mierze był następstwem jego stanu zdrowia.

■ Przykład

Pracownik złamał nogę, gdy wychodził do sklepu po śniadanie. Pracodawca toleruje w swoim zakładzie pracy tego rodzaju wyjścia, o czym wiedzą wszyscy pracownicy. Czy zatem można stwierdzić, że tak niefortunny skutek wyjścia do sklepu był wypadkiem przy pracy?

Pracownik co prawda nie wykonywał czynności bezpośrednio związanych ze swoim stanowiskiem pracy, nie znajdował się też w pomieszczeniach, w których wykonuje codzienną pracę, a jednak zdarzenie opisane w przykładzie może zostać uznane za wypadek przy pracy. Miało bowiem miejsce w czasie pracy, a krótkie wyjście pracownika było akceptowane przez pracodawcę.

Jak wynika z definicji, wypadkiem przy pracy jest nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną (czyli leżącą poza pracownikiem – przyczyna zewnętrzna nie musi jednak być wyłączną przyczyną wypadku), które spowodowało uraz lub śmierć pracownika. Cechę wypadku przy pracy nadaje temu zdarzeniu związek z pracą. Musi ono bowiem nastąpić:

- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych;
- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy (nawet bez polecenia);
- w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

Nie jest wymagane, by pomiędzy wykonywaniem pracy a samym wypadkiem zachodził związek przyczynowo-skutkowy. Wystarczy, jeśli wystąpi związek funkcjonalny, czasowy lub miejscowy. Jakiś związek jednak jest konieczny i taki w przykładzie istnieje.

Związek czasowy występuje podczas dopuszczalnych przez przepisy prawa (zarówno powszechnego, jak i wewnątrzzakładowego) przerw (tzw. śniadaniowej, dodatkowej przerwy dla pracowników niepełnosprawnych itp.), które wliczane są do czasu pracy. Nie traci związku z pracą wyjście (za zgodą pracodawcy) w czasie takiej przerwy do pobliskiego sklepu po śniadanie. Zaznaczył to także Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 marca 1979 r. (sygn. akt III PR 16/79, Służba Pracownicza z 1979 r., nr 7–9). Jak stwierdził, w konkretnej sytuacji faktycznej może być uznane za usprawiedliwione udanie się przez pracownika za zgodą przełożonego do pobliskiego kiosku lub sklepu po przedmioty codziennego użytku.

Wyjście powinno jednak:

- odbywać się za zgodą przełożonego,
- być krótkotrwałe,
- wynikać z niezbędnych, codziennych potrzeb pracownika (kupno drugiego śniadania, papierosów itp., ale już nieodebranie paczki na pocztę).

Związek z pracą jest zaś ewidentnie zerwany, gdy pracownik w czasie pracy bez usprawiedliwienia nie wykonuje pracy lub wykonuje inne czynności, niezwiązane ze stosunkiem pracy (np. w czasie pracy pracownik wykonuje projekt na swoje prywatne zlecenie).

■ Przykład

Kierownik wydziału dowiedział się w czasie weekendu (w weekendy zakład nie pracuje), że w firmie włączył się alarm. Firma ochroniarska poinformowała go, że nie ma śladów włamania, wyłączyła także alarm, jednak pracownik i tak pojechał do firmy. W trakcie oględzin spadł ze schodów i złamał rękę. Czy jest to wypadek przy pracy, skoro ani nie otrzymał od przełożonego polecenia sprawdzenia, co się stało, ani nie

było chyba takiej potrzeby, bo pracownicy firmy ochroniarskiej dokonali zewnętrznych oględzin budynku?

Wypadkiem przy pracy jest nie tylko zdarzenie, do którego doszło podczas lub z związku z wykonywaniem przez pracownika poleceń przełożonego, ale także w trakcie wykonywania przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy lub w związku z nimi, nawet bez polecenia. Kierownik wyodrębnionej komórki organizacyjnej zobowiązany jest zapewne do szczególnej pieczy nad powierzonym mu mieniem, czy też mieniem, które po prostu należy do pracodawcy. Działania kierownika były jak najbardziej podjęte w interesie zakładu pracy.

W naszym przykładzie wypadek miał miejsce w zakładzie pracy. Trudno zatem nie zakwalifikować tego zdarzenia jako wypadku przy pracy – spełnia ono bowiem wszystkie cechy konieczne do takiego uznania.

■ Przykład

Pracownik wyjechał o godz. 8.00 w podróż służbową (pracuje w godzinach 8.00–16.00), na miejsce dojechał po godzinie, przez 3 godziny załatwiał sprawy służbowe, po czym wracał do zakładu pracy. Kiedy wracał, zatelefonował do niego kontrahent firmy. Z rozmowy wyniknęła pilna konieczność spotkania. Zboczył więc z trasy, by pojechać do miejscowości, do której służbowo nie jeździł, ale o tym nie powiadomił przełożonego. W trakcie jazdy miał wypadek drogowy. Czy można go uznać za wypadek przy pracy?

Stan faktyczny był taki, że wypadek drogowy zdarzył się po czasie, w którym pracownik powinien powrócić z delegacji. Pracownik pojechał do innej miejscowości nie tylko bez polecenia szefa, ale nawet bez powiadomienia przełożonego. Inne okoliczności zdarzenia pozwalają jednak uznać je za wypadek przy pracy. Przypomnijmy, że wypadkiem przy pracy jest nie tylko zdarzenie mające miejsce podczas lub z związku z wykonywaniem przez pracownika poleceń przełożonego, ale również podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia.

Na równi zaś z wypadkiem przy pracy traktuje się wypadek, któremu pracownik uległ w czasie podróży służbowej, w czasie, w którym pracownik nie wykonywał pracy na rzecz swojego pracodawcy (np. podczas przejazdu), chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań (np. pracownik nocujący w trakcie delegacji poza miejscem zamieszkania upija się w nocy i wpada pod samochód – taki wypadek nie zostanie uznany za wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy).

Przykład wskazuje, że działania podjęte przez pracownika leżały w zakresie jego obowiązków służbowych (kontakty z kontrahentami firmy), a zatem trudno byłoby zakwalifikować to zdarzenie jako niepozostające w związku z pracą. Działanie pracownika można ponadto określić jako racjonalne dbanie o obniżenie kosztów pracodawcy – skoro i tak (jak można wywnioskować z pilnej potrzeby spotkania wynikłej z rozmowy telefonicznej) musiałby z tym kontrahentem się spotkać. Lepiej było zrobić to „przy okazji” odbywanego już wyjazdu.

Aby dane zdarzenie zostało uznane za wypadek przy pracy, nie musi występować związek przyczynowy z pracą, tzn. wypadek nie musi wprost wynikać z wykonywania określonego zadania roboczego. Może to być związek funkcjonalny, czasowy lub miejscowy.

Ciekawych przykładów uznawania określonych zdarzeń za wypadki przy pracy dostarcza orzecznictwo Sądu Najwyższego.

■ Z orzecznictwa

1. Występowanie w grudniu przejawów zimowej pogody (śnieg, mróz, lód, śliska nawierzchnia itp.) jest zjawiskiem typowym w polskiej strefie klimatycznej, więc stres pracownika dojeżdżającego do pracy środkiem komunikacji publicznej związany z przemieszczaniem się z domu do przystanku autobusowego nie może być kwalifikowany jako współistotna zewnętrzna przyczyna zawału serca doznanego w trakcie odbywania drogi do pracy – wyrok z 9 lutego 2005 r. (sygn. akt III UK 192/04, OSNP 2005/17/276).
2. Okoliczność, że do zdarzenia doszło na skutek nieostrożności kierowcy samochodu i popełnionych przez niego błędów w czasie jazdy nie ma znaczenia dla oceny, że było ono wypadkiem przy pracy, jeżeli miało charakter nagły i pozostawało w związku z wykonywaną pracą – wyrok z 15 maja 2001 r. (sygn. akt II UKN 392/00, OSNP 2003/2/46).
3. Praca świadczona przez kilka tygodni z ewidentnym naruszeniem przez pracodawcę przepisów o czasie pracy (po 70 godzin tygodniowo) może stanowić przyczynę zewnętrzną doznanego przez pracownika zawału serca, jako wypadku przy pracy – wyrok z 1 grudnia 2000 r. (sygn. akt II UKN 107/00, OSNP 2002/14/342).
4. Wręczenie pracownikowi wypowiedzenia umowy o pracę i nagłe pogorszenie się z tego powodu stanu jego zdrowia nie jest wypadkiem przy pracy – wyrok z 4 października 2000 r. (sygn. akt I PKN 70/00, OSNP 2002/11/262).
5. Jeśli nagłe pogorszenie zdrowia pracownika nie będzie miało związku z doznaniem urazu podczas wykonywania swojej pracy, nie będzie możliwe zaliczenie go do kategorii wypadków przy pracy – wyrok z 9 czerwca 2009 r. (sygn. akt II PK 318/08, Wspólnota 2009/26/31).
6. Stres psychiczny pracownika wywołany uprawnionym sposobem sprawowania funkcji kierowniczych przez jego przełożonego, działającego z poszanowaniem godności pracownika (art. 11¹ k.p.) oraz respektującego ukształtowane w zakładzie pracy zasady współżycia społecznego (art. 94 pkt 10 k.p.), nie może być uznany za sprawczą współprzyczynę wypadku przy pracy w rozumieniu art. 3 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – wyrok z 26 marca 2008 r. (sygn. akt I PK 260/07, OSNP 2009/15-16/196).

2. Wypadki osób niebędących pracownikami

Przepisy nie ograniczają uznawania danego zdarzenia za wypadek przy pracy jedynie do wypadków, w których uczestniczą pracownicy, czyli osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy. Za wypadek przy pracy uważa się bowiem także nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia wypadkowego z danego tytułu w trakcie:

- uprawiania sportu w trakcie zawodów i treningów przez osobę pobierającą stypendium sportowe;
- wykonywania odpłatnie pracy na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania;
- pełnienia mandatu posła lub senatora, pobierającego uposażenie;
- odbywania szkolenia, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy przez osobę pobierającą stypendium w okresie odbywania tego szkolenia, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy na podstawie skierowania wydanego przez powiatowy urząd pracy lub przez inny podmiot kierujący;
- wykonywania przez członka rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych oraz przez inną osobę traktowaną na równi z członkiem spółdzielni w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych, pracy na rzecz tych spółdzielni;
- wykonywania pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
- współpracy przy wykonywaniu pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
- wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;
- wykonywania zwykłych czynności związanych ze współpracą przy prowadzeniu działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;
- wykonywania przez osobę duchowną czynności religijnych lub czynności związanych z powierzonymi funkcjami duszpasterskimi lub zakonnymi;
- odbywania służby zastępczej;
- nauki w Krajowej Szkole Administracji Publicznej przez słuchaczy pobierających stypendium;
- wykonywania pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło, jeżeli umowa taka została zawarta z pracodawcą, z którym osoba pozostaje w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje ona pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy;
- pełnienia przez funkcjonariusza celnego obowiązków służbowych.

3. Poważne wypadki

Przepisy wspomnianej ustawy wyróżniają szczególnego rodzaju wypadki ze względu bądź na skutki, jakie wywołują, bądź na fakt uczestniczenia w nich więcej niż jednej osoby. Są to:

- wypadek śmiertelny – wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od dnia wypadku;
- ciężki wypadek – wypadek, w wyniku którego nastąpiło ciężkie uszkodzenie ciała, takie jak: utrata wzroku, słuchu, mowy, zdolności rozrodczej lub inne uszkodzenie ciała albo rozstrój zdrowia, naruszające podstawowe funkcje organizmu, a także choroba nieuleczalna lub zagrażająca życiu, trwała choroba psychiczna, całkowita lub częściowa niezdolność do pracy w zawodzie albo trwałe, istotne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała;
- zbiorowy wypadek przy pracy – wypadek, w którym w wyniku tego samego zdarzenia wypadkowi uległy co najmniej dwie osoby. Nie ma znaczenia np. stopień uszkodzenia ciała – przy kwalifikowaniu wypadku jako zbiorowy pod uwagę brana jest tylko liczba osób, które doznały urazu w wyniku tego samego zdarzenia.

II. Działania podejmowane w razie wypadku przy pracy

1. Podstawowe obowiązki

Pracownik (lub osoba zatrudniona na innej podstawie), który uległ wypadkowi, powinien niezwłocznie powiadomić o tym fakcie pracodawcę (oczywiście wtedy, gdy jego stan zdrowia na to pozwala). Jak wskazuje art. 211 pkt 6 Kodeksu pracy, do podstawowych obowiązków każdego pracownika należy niezwłoczne powiadomienie przełożonego o zauważonym w zakładzie pracy wypadku albo zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego. Jednocześnie pracownik zobowiązany jest również ostrzec współpracowników, a także inne osoby znajdujące się w rejonie zagrożenia, o grożącym im niebezpieczeństwie. Zgłoszenie wypadku powinno wpłynąć do przełożonego osoby poszkodowanej.

Brak powiadomienia o wypadku nie wpływa jednak w żaden sposób na uznanie danego zdarzenia za wypadek przy pracy.

Ostatnie nowelizacje Kodeksu pracy znacznie uszczegółowiły obowiązki pracodawcy w zakresie ochrony pracowników.

Na podstawie art. 209¹ k.p. pracodawca jest zobowiązany:

- zapewnić środki niezbędne do udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, zwalczania pożarów i ewakuacji pracowników,
- wyznaczyć pracowników do:
 - udzielania pierwszej pomocy,
 - wykonywania działań w zakresie zwalczania pożarów i ewakuacji pracowników,
- zapewnić łączność ze służbami zewnętrznymi wyspecjalizowanymi w szczególności w zakresie udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, ratownictwa medycznego oraz ochrony przeciwpożarowej.

Działania pracodawcy w tym zakresie powinny być dostosowane do rodzaju i zakresu prowadzonej działalności, liczby zatrudnionych pracowników i innych osób przebywających na terenie zakładu pracy oraz rodzaju i poziomu występujących zagrożeń.

Liczba wyznaczonych pracowników, ich szkolenie oraz wyposażenie powinny uwzględniać rodzaj i poziom występujących zagrożeń. Wiedza posiadana przez nich w tym zakresie po przejściu obowiązkowego szkolenia bhp powinna być uznana za zdecydowanie zbyt małą do realnej możliwości udzielenia pierwszej pomocy w razie powstałego wypadku (zob. poniżej).

W przypadku możliwości wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia pracodawca jest obowiązany:

- niezwłocznie poinformować pracowników o tych zagrożeniach oraz podjąć działania w celu zapewnienia im odpowiedniej ochrony,
- niezwłocznie dostarczyć pracownikom instrukcje umożliwiające, w przypadku wystąpienia bezpośredniego zagrożenia, przerwanie pracy i oddalenie się z miejsca zagrożenia w miejsce bezpieczne.

Jeżeli mamy do czynienia z wystąpieniem bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia, pracodawca jest zobowiązany:

- wstrzymać pracę i wydać pracownikom polecenie oddalenia się w miejsce bezpieczne,
- do czasu usunięcia zagrożenia nie wydawać polecenia wznowienia pracy.

Pracodawca jest również zobowiązany umożliwić pracownikom, w przypadku wystąpienia bezpośredniego zagrożenia dla ich zdrowia lub życia albo dla zdrowia lub życia innych osób, podjęcie działań w celu uniknięcia niebezpieczeństwa – nawet bez porozumienia z przełożonym – na miarę ich wiedzy i dostępnych środków technicznych. Podkreśla się w Kodeksie pracy, że pracownicy, którzy podjęli takie działania, nie mogą ponosić jakichkolwiek niekorzystnych konsekwencji tych działań, pod warunkiem że nie zaniedbali swoich obowiązków.

W razie wypadku przy pracy pracodawca powinien kolejno:

- zapewnić udzielenie pierwszej pomocy osobom poszkodowanym,
- podjąć niezbędne działania eliminujące lub ograniczające zagrożenie,
- zabezpieczyć miejsce wypadku,
- zawiadomić właściwego inspektora pracy i prokuratora o śmiertelnym, ciężkim lub zbiorowym wypadku przy pracy oraz o każdym innym wypadku, który wywołał wymienione skutki, mającym związek z pracą, jeżeli może być uznany za wypadek przy pracy,
- powołać zespół powypadkowy w celu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku.

Najlepiej by było, gdyby dwie pierwsze z powyższych czynności zostały wykonane równocześnie. Jeżeli nie ma takiej możliwości, kolejność powinna być uzależniona od konkretnej sytuacji.

Tryb ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy reguluje obecnie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 lipca 2009 r. w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy (Dz.U. Nr 105, poz. 870).

2. Pierwsza pomoc poszkodowanym

Żaden wypadek nie może być zbagatelizowany przez pracodawcę – nawet jeżeli tylko potencjalnie mógłby on wywołać negatywne skutki w zdrowiu pracownika lub osób trzecich.

Wyobraźmy sobie, że jeden z pracowników podczas pracy na niskim rusztowaniu potknął się i spadł z wysokości 2 metrów. Pracownik stwierdził, że nic mu nie jest, jedynie lekko obił sobie nogę i może swobodnie dalej pracować. W takiej sytuacji rodzi się pytanie, czy należy pracownika odsunąć od pracy i skierować go na badania, skoro sam twierdzi, że dobrze się czuje.

Trzeba uznać, że zdarzenie to jest niewątpliwie wypadkiem, który mógł spowodować uraz (rozstrój zdrowia) pracownika. Opinia o stanie zdrowia pracownika powinna być zweryfikowana, gdyż może on działać w stanie szoku, może też obawiać się zgłoszenia urazu – np. ze względu na naruszenie przez siebie przepisów i zasad bhp. W przedstawionej sytuacji może faktycznie nic się nie stało, ale pamiętajmy o konieczności zachowania daleko idącej ostrożności i przysłowiowym „dmuchaniu na zimne”. Moim zdaniem, w takim przypadku lepiej będzie, gdy pracownika zbada lekarz.

Uszczegółowienie wyżej wskazanego obowiązku zapewnienia środków niezbędnych do udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach znajduje się w § 44 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (j.t. Dz.U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650 ze zm.). W szczególności pracodawca powinien zapewnić:

- punkty pierwszej pomocy w wydziałach (oddziałach), w których wykonywane są prace powodujące duże ryzyko wypadku lub związane z wydzielaniem się par, gazów albo pyłów substancji sklasyfikowanych jako niebezpieczne ze względu na ostre działanie toksyczne,
- apteczki w poszczególnych wydziałach (oddziałach) zakładu pracy.

Liczba, usytuowanie i wyposażenie punktów pierwszej pomocy i apteczek powinny być ustalone w porozumieniu z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, z uwzględnieniem rodzajów i nasilenia występujących zagrożeń. Obsługa punktów pierwszej pomocy i apteczek na każdej zmianie powinna być powierzana wyznaczonym pracownikom, przeszkolonym w udzielaniu pierwszej pomocy. Wynika z tego, że wśród załogi muszą być osoby posiadające odpowiednią wiedzę w zakresie zasad udzielania pierwszej pomocy. Mogą to być osoby posiadające określone wykształcenie (np. pielęgniarka) lub które przeszły szkolenie przed zatrudnieniem w zakładzie pracy. Jeżeli takich osób nie ma, pracodawca powinien skierować wybraną grupę pracowników (zależną od wielkości zatrudnienia w zakładzie pracy oraz od nasilenia występujących zagrożeń) na takie przeszkolenie. Nie może to być zwykła formalność – osoby te powinny dysponować wiedzą i umiejętnościami rzeczywiście pozwalającymi na udzielenie niezbędnej pomocy przedmedycznej.

W rozporządzeniu Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. Nr 180, poz. 1860 ze zm.) wskazano, iż w instruktarzu ogólnym w ramach szkolenia wstępnego z zakresu bhp pracownicy powinni zostać zapoznani z zasadami udzielania

m.in. pierwszej pomocy w razie wypadku. Niestety, w praktyce najczęściej omówienie kwestii pierwszej pomocy w razie wypadku dokonywane podczas szkolenia bhp nie daje pracownikom jakiegokolwiek wiedzy praktycznej z tego zakresu. Zalecać jednak można przyłożenie większej wagi do tego elementu szkolenia. Podniesienie stanu bezpieczeństwa związanego z posiadaniem takiej wiedzy (a raczej umiejętności) przez pracowników może, mówiąc brutalnie, opłacić się pracodawcy w razie nastąpienia w zakładzie pracy nieszczęśliwego wypadku.

W punktach pierwszej pomocy i przy apteczkach, w widocznych miejscach, powinny być wywieszone instrukcje o udzielaniu pierwszej pomocy w razie wypadku oraz wykazy pracowników posiadających przeszkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Punkty pierwszej pomocy i miejsca usytuowania apteczek powinny być odpowiednio oznakowane, zgodnie z Polską Normą, i łatwo dostępne.

Nie ma uniwersalnej listy zawartości apteczki (przepisy nie wymieniają podstawowej listy środków, które powinny się w niej znaleźć). Powinna ona zawierać środki dostosowane do specyfiki występujących zagrożeń. Poza tym oczywiście muszą w niej znajdować się określone podstawowe środki. Wymienić tutaj można:

- jednorazowe rękawiczki (co najmniej para), które mają chronić zarówno osobę ratowaną, jak i ratującą przed ewentualnym zakażeniem,
- maseczkę lub specjalną rurkę do sztucznego oddychania usta-usta – jej konstrukcja powinna zabezpieczać ratującego przed śliną, krwią i innymi wydzielinami,
- trójkątną chustę – może być stosowana jako bandaż, temblak,
- opaskę uciskową czy materiał opatrunkowy,
- opaski elastyczne albo półelastyczne,
- gazę jałową i gaziki,
- bandaże (kilka sztuk),
- plastry (z opatrunkiem i bez opatrunku),
- agrałki, ząbki.

Podstawowe zasady udzielania pierwszej pomocy znaleźć można np. na stronie www.ratownictwo.win.pl. Autorzy strony wskazują kilka podstawowych wskazań, którymi powinniśmy się kierować, pomagając poszkodowanemu. Mianowicie:

- ostrożnie zbadaj ofiarę; podchodząc do poszkodowanego, należy ocenić jego miejsce pod kątem bezpieczeństwa dla siebie i chorego,
- sprawdź jego reakcję. Spytaj: „Co się stało?” itp.,
- sprawdź: czy język, wydzieliny lub jakieś obce ciało nie blokuje dróg oddechowych ofiary; jeśli drogi oddechowe nie są drożne, oczyść je, delikatnie odchyl jego głowę do tyłu (często ten ruch przywraca normalny oddech),
- sprawdź, czy ranny oddycha – jeśli nie, zastosuj sztuczne oddychanie,
- sprawdź, czy ma tętno – jeżeli nie, zastosuj reanimację,
- sprawdź, czy ma krwotok – jeżeli tak, staraj się go zatamować,
- jeśli przestało pracować serce, poszkodowany nie oddycha, trzeba natychmiast wezwać pogotowie. W tym czasie druga osoba powinna rozpocząć ratowanie ofiary. Tak samo należy postąpić, kiedy mamy do czynienia z poważnym krwotokiem lub poważnym urazem głowy,
- jeśli jesteś sam, chwilę czasu na wezwanie pogotowia będziesz miał po wykonaniu pierwszych 4 serii reanimacji,
- gdy ofiara ma poważne obrażenia szyi lub pleców, nie wolno jej ruszać – chyba że ratujemy ją przed pożarem, wybuchem itp.,

- sprawdź, czy ofiara nie ma uszkodzonego kręgosłupa (takie uszkodzenie zawsze należy podejrzewać u ofiar wypadków samochodowych),
- dopilnuj, by ranny leżał i był spokojny,
- jeśli wymiotował – a masz pewność, że nie uszkodził kręgosłupa – ułóż go na boku w pozycji bocznej ustalonej, by się nie udusił,
- okryj go kocami lub płaszczami, by nie tracił ciepła,
- jeśli to konieczne, rozetnij ubranie, nie zdzieraj ubrania z poparzonych miejsc, chyba że wciąż się tli,
- uspokój ofiarę i sam zachowaj spokój. To pozwoli rannemu opanować strach, dzięki czemu nie wpadnie w panikę,
- nie podawaj płynów osobie nieprzytomnej lub półprzytomnej, jak też osobie skarżącej się na ból brzucha (obrażenia narządów wewnętrznych).

Oczywiście lektura reguł postępowania nie zastąpi wiedzy praktycznej zdobytej na odpowiednim kursie. Z powyższego katalogu widać, że do wykonania wielu z przedstawionych czynności taka praktyczna wiedza jest niezbędna.

3. Eliminacja lub ograniczenie zagrożenia

Pracodawca jest zobowiązany podjąć wszelkie działania zmierzające do wyeliminowania lub przynajmniej (jeżeli całkowite wyeliminowanie nie jest możliwe) ograniczenia zagrożenia związanego z przyczyną lub jedną z konsekwencji wypadku. Jedną z kwestii związanych z wypadkiem może być bowiem rozprzestrzeniające się zagrożenie (np. wyciekająca substancja chemiczna, pożar). W takich sytuacjach przede wszystkim (przed dokonaniem innych czynności związanych z wystąpieniem wypadku – pamiętając przy tym, że szczególnie istotne jest również udzielenie pierwszej pomocy ofiarom wypadku) należy dążyć do zminimalizowania dalszego zagrożenia.

■ Przykład

W zakładzie pracy wybuchł pożar. Tuż po jego wybuchu jeden z pracowników uległ nieznacznemu poparzeniu. W takiej sytuacji przede wszystkim pracodawca powinien dążyć do wyeliminowania poważnego zagrożenia dla życia i zdrowia wszystkich zatrudnionych osób, jakim jest pożar. Niewielkie oparzenie pracownika niekoniecznie wymaga udzielenia mu pierwszej pomocy.

Do czasu całkowitego wyeliminowania zagrożenia pracodawca zobowiązany jest wstrzymać pracę, w zależności od sytuacji: zakładu pracy, danej komórki organizacyjnej, określonego stanowiska pracy. Co istotne, pracownicy uprawnieni są do opuszczenia stanowiska pracy w obliczu grożącego im niebezpieczeństwa.

Kwestie te reguluje art. 210 k.p. Przypomnijmy, że zgodnie z nim, gdy warunki pracy nie odpowiadają przepisom bhp i stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika albo gdy wykonywana przez pracownika praca

grozi takim niebezpieczeństwem innym osobom, może on powstrzymać się od jej wykonywania, o czym musi jednak niezwłocznie powiadomić przełożonego. Jeżeli powstrzymanie się od wykonywania pracy nie usuwa zagrożenia, pracownik ma prawo oddalić się z miejsca zagrożenia, o czym również musi niezwłocznie powiadomić przełożonego.

W obu tych przypadkach pracownik nie może ponosić jakichkolwiek niekorzystnych dla niego konsekwencji z powodu powstrzymania się od pracy lub oddalenia się z miejsca zagrożenia. Pojęcie „jakichkolwiek negatywnych konsekwencji” nie może być odnoszone jedynie do kar porządkowych czy też szerzej rozumianej odpowiedzialności dyscyplinarnej. Wprowadzenie tego zwrotu w praktyce może ograniczać pracodawców np. w przenoszeniu pracowników na inne (w odbiorze pracowników – gorsze) stanowiska pracy, pomijaniu pracowników przy podwyżkach itp. W każdym przypadku w razie wykazania związku pomiędzy danym działaniem pracodawcy a wcześniejszym powstrzymaniem się od pracy pracownik będzie mógł domagać się ochrony na podstawie art. 210 § 2¹ k. p.

Zgodnie z wyrokiem SN z 11 maja 2006 r., (sygn. akt I PK 191/05, OSNP 2007/9-10/128) pracownik może powstrzymać się od wykonywania pracy tylko w przypadku łącznego wystąpienia przesłanek określonych w art. 210 § 1 k.p. (warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy oraz stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika).

W obu tych sytuacjach pracownik za czas powstrzymania się od wykonywania pracy zachowuje prawo do wynagrodzenia. Powinno to być wynagrodzenie równe temu, które otrzymałby, gdyby pracę wykonywał (w przeciwieństwie do wynagrodzenia z art. 81 k.p., przysługującego w razie przestoju, które jest należne w ograniczonej wysokości). Do jego obliczania należy kierować się rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 29 maja 1996 r. w sprawie sposobu ustalania wynagrodzenia w okresie niewykonywania pracy oraz wynagrodzenia stanowiącego podstawę obliczania odszkodowań, odpraw, dodatków wyrównawczych do wynagrodzenia oraz innych należności przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U. Nr 62, poz. 289 ze zm.).

Jak wskazuje § 5 tego rozporządzenia, przy ustalaniu wynagrodzenia za czas niewykonywania pracy, gdy przepisy przewidują zachowanie przez pracownika prawa do wynagrodzenia, stosuje się zasady obowiązujące przy ustalaniu wynagrodzenia za urlop, z tym że składniki wynagrodzenia ustalone w wysokości przeciętnej oblicza się z miesiąca, w którym przypadło zwolnienie od pracy lub okres niewykonywania pracy.

4. Zabezpieczenie miejsca wypadku

Zabezpieczenie miejsca wypadku powinno skutkować wyłączeniem możliwości:

- dopuszczenia do miejsca wypadku osób niepowołanych;
- uruchamiania bez koniecznej potrzeby maszyn i innych urządzeń technicznych, które w związku z wypadkiem zostały wstrzymane;

- dokonywania zmiany położenia maszyn i innych urządzeń technicznych, jak również zmiany położenia innych przedmiotów, które spowodowały wypadek lub pozwalają odtworzyć jego okoliczności.

Zgodę na uruchomienie maszyn i innych urządzeń technicznych lub dokonanie zmian w miejscu wypadku wyraża pracodawca, w uzgodnieniu ze społecznym inspektorem pracy. Uprzednio należy przeprowadzić oględziny miejsca wypadku oraz sporządzić w miarę potrzeby szkic lub fotografię miejsca wypadku. Jeżeli doszło do wypadku śmiertelnego, ciężkiego lub zbiorowego, zgodę wyraża pracodawca po obligatoryjnym uzgodnieniu tego z właściwym inspektorem pracy i prokuratorem (nie wystarcza dokonanie uzgodnień tylko z jedną z tych osób), a w razie zaistnienia takich wypadków w zakładzie górniczym, także po uzgodnieniu z właściwym organem państwowego nadzoru górniczego.

Dokonywanie zmian w miejscu wypadku bez uzyskania takiej zgody jest dopuszczalne, jeżeli zachodzi konieczność ratowania osób lub mienia albo zapobieżenia gromadzącemu niebezpieczeństwu. Zachodzi bowiem stan wyższej konieczności – niedopuszczalne byłoby powstrzymywanie się od akcji ratowniczej ze względu np. na możliwe utrudnienia w późniejszym ustaleniu okoliczności i przyczyn wypadku.

5. Powiadomienie inspektora pracy i prokuratora

Obowiązek powiadomienia inspektora pracy i prokuratora nie dotyczy każdego wypadku przy pracy. Odnosi się jedynie do wypadków śmiertelnych, ciężkich lub zbiorowych. Pracodawca ma bowiem obowiązek niezwłocznego zawiadomienia właściwego inspektora pracy i prokuratora o śmiertelnym, ciężkim lub zbiorowym wypadku przy pracy oraz o każdym innym, który wywołał takie skutki, i mającym związek z pracą, jeżeli może być uznany za wypadek przy pracy.

Pracodawca ma obowiązek dokonania powiadomienia niezwłocznie, czyli w najbliższym możliwym terminie (bez zbędnej zwłoki).

Przepisy nie określają zakresu informacji, jakie powinny znaleźć się w tym powiadomieniu. Należy uznać, że zawiadomienie powinno określać:

- nazwę i adres firmy, w której dana osoba jest (lub była zatrudniona),
- miejsce wypadku,
- datę i godzinę wypadku,
- nazwisko i imię, wiek i stanowisko poszkodowanego (poszkodowanych),
- krótki opis okoliczności i przyczyn wypadku,
- imię i nazwisko oraz numer telefonu kontaktowego osoby zgłaszającej wypadek.

Zaznaczmy, że niepowiadomienie w terminie właściwego organu o wypadku przy pracy (jak również niesporządzanie lub nieprzedstawienie wymaganej dokumentacji z tym związanej) jest przestępstwem z art. 221 Kodeksu karnego, zagrożonym grzywną do 180 stawek dziennych albo karą ograniczenia wolności.

Zgodnie z art. 33 k.k. wysokość stawki dziennej grzywny ustala sąd, przy czym bierze on pod uwagę dochody sprawcy, jego warunki osobiste, rodzinne, stosunki

majątkowe i możliwości zarobkowe. Stawka dzienna nie może być niższa niż 10 złotych, ani też przekraczać 2000 złotych.

Niepowiadomienie o wystąpieniu wypadku znalazło się także w katalogu wykroczeń przeciwko prawom pracownika, określonym w Kodeksie pracy (art. 283 § 2 pkt 6), zagrożonym grzywną w wysokości od 1000 do 30 000 zł. Po wejściu w życie Kodeksu karnego przepis ten nie obowiązuje jednak w stosunku do czynu popełnionego umyślnie, gdyż w takim przypadku stosujemy przepisy właśnie Kodeksu karnego. Zatem:

- umyślne niepowiadomienie o wypadku, w stosunku do którego taki obowiązek istnieje, jest przestępstwem zagrożonym odpowiedzialnością karną na podstawie Kodeksu karnego,
- nieumyślne niepowiadomienie o wypadku, w stosunku do którego taki obowiązek istnieje, jest wykroczeniem zagrożonym karą grzywny.

Zgodnie z art. 10 Kodeksu wykroczeń, jeżeli czyn będący wykroczeniem wywołuje zarazem znamiona przestępstwa, orzeka się za przestępstwo i za wykroczenie, z tym że jeżeli orzeczono za przestępstwo i za wykroczenie karę lub środek karny tego samego rodzaju, wykonuje się surowszą karę lub środek karny. W razie uprzedniego wykonania łagodniejszej kary lub środka karnego zalicza się je na poczet surowszych.

Zgodnie z art. 10 pkt 7 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz.U. Nr 89, poz. 589 ze zm.) do zadań PIP należy m.in. analizowanie przyczyn wypadków przy pracy i chorób zawodowych, kontrola stosowania środków zapobiegających tym wypadkom i chorobom oraz udział w badaniu okoliczności wypadków przy pracy, na zasadach określonych w przepisach prawa pracy.

Inspektor pracy realizujący zadanie analizowania przyczyn wypadków przy pracy i chorób zawodowych, kontroli stosowania środków zapobiegających wypadkom i chorobom oraz udziału w badaniu okoliczności wypadków przy pracy będzie kontrolował przede wszystkim prawidłowość prowadzenia postępowania powypadkowego, m.in. termin sporządzenia protokołu ustalającego okoliczności przyczyny wypadku przy pracy, szczegółowość ustaleń zawartych w protokole, a dotyczących okoliczności, w jakich wypadek miał miejsce. Poza tym inspektor pracy zawiadomiony o śmiertelnym, zbiorowym lub ciężkim wypadku przy pracy sam przeprowadza dochodzenie powypadkowe (A. Jasińska – Cichoń, Ustawa o Państwowej Inspekcji Pracy. Komentarz, Oficyna, 2008 r.).

Brak terminowego powiadomienia właściwego organu o wypadku przy pracy oraz niesporządzanie lub nieprzedstawienie wymaganej dokumentacji z tym związanej może być uznane za przestępstwo, za które grozi kara grzywny do 180 stawek dziennych albo ograniczenia wolności. Jest to bowiem przestępstwo z art. 221 Kodeksu karnego. Stawka dzienna nie może być niższa niż 10 zł ani przekraczać 2000 zł.

III. Zespół powypadkowy – powołanie, skład, zadania

1. Powołanie zespołu

Jak podkreślił NSA w Warszawie w wyroku z 25 kwietnia 2002 r. (sygn. akt II SA 3189/01, LEX nr 121876), jednym z podstawowych obowiązków pracodawcy związanym z powzięciem informacji o wypadku, jakiemu uległ pracownik, jest powołanie zespołu powypadkowego w celu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku oraz ustalenia, czy wypadek pozostaje w związku z pracą. Obowiązujące przepisy nie dopuszczają sytuacji, w której pracodawca zwolniony byłby od wykonania tego obowiązku. Przestanką takiego zwolnienia nie może nawet być oczywiste przyczynienie się pracownika do wypadku ani też oczywisty brak związku wypadku z pracą. W przypadku każdego wypadku przy pracy zespół powypadkowy musi zostać bezwzględnie przez pracodawcę powołany.

Okoliczności i przyczyny wypadków ustala, powoływany przez pracodawcę, zespół powypadkowy, w którego skład wchodzi pracownik służby bezpieczeństwa i higieny pracy oraz społeczny inspektor pracy.

Kto tworzy służbę bhp

Służba bezpieczeństwa i higieny pracy powinna być tworzona przez pracodawców zatrudniających ponad 100 pracowników. Pracodawca zatrudniający do 100 pracowników powierza wykonywanie zadań służby bhp pracownikowi zatrudnionemu przy innej pracy. W mniejszych zakładach pracy (zatrudniających do 10 pracowników albo zatrudniających do 20 pracowników i zakwalifikowanych do grupy działalności, dla której ustalono nie wyższą niż trzecia kategorię ryzyka w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych) zadania służby bhp może wykonywać sam pracodawca, o ile posiada ukończone szkolenie niezbędne do wykonywania jej zadań. W przypadku braku kompetentnych pracowników, może powierzyć wykonywanie zadań służby bhp specjalistom spoza zakładu pracy.

U pracodawcy, który nie ma obowiązku tworzenia służby bhp, w skład zespołu powypadkowego (zamiast pracownika tej służby) wchodzi pracodawca lub pra-

cownik zatrudniony przy innej pracy, któremu pracodawca powierzył wykonywanie zadań służby bhp, albo specjalista spoza zakładu pracy.

Jeżeli zaś u pracodawcy nie działa społeczna inspekcja pracy, w skład zespołu, zamiast społecznego inspektora pracy, wchodzi przedstawiciel pracowników posiadający aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, zgodnie z przepisami dotyczącymi szkolenia w tej dziedzinie.

W małych zakładach pracy, w których nie można utworzyć zespołu powypadkowego w składzie dwuosobowym, okoliczności i przyczyny wypadku ustala zespół powypadkowy, w którego skład wchodzi pracodawca oraz specjalista spoza zakładu pracy. Nie ma więc możliwości, by zadania zespołu powypadkowego wykonywał sam tylko pracodawca.

2. Czynności zespołu powypadkowego

Zespół powypadkowy musi przystąpić do ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku niezwłocznie po otrzymaniu wiadomości o nim. W szczególności powinien:

- dokonać oględzin miejsca wypadku, stanu technicznego maszyn i innych urządzeń technicznych, stanu urządzeń ochronnych oraz zbadać warunki wykonywania pracy i inne okoliczności, które mogły mieć wpływ na powstanie wypadku;
- jeżeli jest to konieczne, sporządzić szkic lub wykonać fotografię miejsca wypadku;
- wysłuchać wyjaśnień poszkodowanego, jeżeli stan jego zdrowia na to pozwala;
- zebrać informacje dotyczące wypadku od świadków wypadku;
- zasięgnąć opinii lekarza, a w razie potrzeby opinii innych specjalistów, w zakresie niezbędnym do oceny rodzaju i skutków wypadku;
- zebrać inne dowody dotyczące wypadku;
- dokonać prawnej kwalifikacji wypadku zgodnie z art. 3 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. Nr 199, poz. 1673, ze zm.);
- określić środki profilaktyczne oraz wnioski, w szczególności wynikające z oceny ryzyka zawodowego na stanowisku pracy, na którym wystąpił wypadek.

Zespół powypadkowy jest ponadto zobowiązany wykorzystać materiały zebrane przez organy prowadzące śledztwo i dochodzenie (jeżeli zostaną mu one udostępnione).

Jeżeli wypadek miał rozmiary katastrofy albo spowodował zagrożenie dla bezpieczeństwa publicznego, zespół powypadkowy wykorzystuje ustalenia zespołu specjalistów, powołanego przez właściwego ministra, wojewodę lub organ sprawujący nadzór określony w art. 237¹⁴ Kodeksu pracy, do ustalenia przyczyn wypadku oraz wyjaśnienia problemów technicznych i technologicznych.

Zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego, kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Warunkiem odpowiedzialności jest jednak to, by składająca

zeznanie osoba została poinformowana przez przyjmującego zeznanie o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie. W uzasadnieniu postanowienia Sądu Najwyższego z 21 lutego 2004 r. (sygn. akt V KK 168/03, OSNKW 2004/3/29) wskazano, że złożenie nieprawdziwych zeznań w postępowaniu powypadkowym toczącym się na podstawie przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 lipca 1998 r. (Dz.U. Nr 15, poz. 744) nie wypełnia znamienia strony przedmiotowej przestępstwa określonego w art. 233 § 1 k.k., zawężającego penalizację fałszywych zeznań tylko do postępowań prowadzonych na podstawie ustawy.

Zespół powypadkowy nie informuje świadków o odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań, bo takiej odpowiedzialności nie mogą po prostu ponosić.

Zespół powypadkowy jest zobowiązany do sporządzenia w ciągu 14 dni od dnia zawiadomienia protokołu powypadkowego (wzór ustalił Minister Gospodarki i Pracy w rozporządzeniu z dnia 16 września 2004 r. w sprawie wzoru protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy – Dz.U. Nr 227, poz. 2298). Sporządzenie go w terminie późniejszym na skutek uzasadnionych przeszkód i trudności (np. konieczności wykonania specjalistycznej ekspertyzy) wymaga podania przyczyn spóźnienia w protokole powypadkowym.

Stwierdzenie w protokole powypadkowym, że dany wypadek nie jest wypadkiem przy pracy albo zachodzą okoliczności, które mogą mieć wpływ na prawo pracownika do świadczeń z tytułu wypadku, wymaga szczegółowego uzasadnienia oraz wskazania dowodów uzasadniających to stwierdzenie.

Do protokołu powypadkowego dołącza się zapis wyjaśnień poszkodowanego i informacji uzyskanych od świadków wypadku, a także inne dokumenty zebrane w czasie ustalania okoliczności i przyczyn wypadku, w szczególności pisemną opinię lekarza lub innych specjalistów, szkice lub fotografie miejsca wypadku.

Dołączyć należy także odrębne zdanie członka zespołu (jeśli takie zostało złożone) – każdy z członków zespołu powypadkowego ma bowiem prawo do złożenia odrębnego zdania, w sytuacji gdy nie zgadza się z decyzją zespołu – oraz ewentualne uwagi i zastrzeżenia poszkodowanego. Zespół powypadkowy przed zatwierdzeniem protokołu jest zobowiązany zapoznać z jego treścią poszkodowanego, który może zgłaszać uwagi i zastrzeżenia do ustaleń w nim zawartych, o czym należy go pouczyć. Takie też uprawnienia mają członkowie rodziny zmarłego pracownika (także muszą zostać o tym pouczeni) wskazani w art. 13 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Przepis ten wymienia członków rodziny zmarłego na skutek wypadku ubezpieczonego, którzy uprawnieni są do otrzymania jednorazowego odszkodowania. Są to:

- małżonek zmarłego (jednorazowe odszkodowanie nie przysługuje jednak małżonkowi w przypadku orzeczonej separacji),
- dzieci własne, dzieci drugiego małżonka, dzieci przysposobione oraz przyjęte na wychowanie i utrzymanie przed osiągnięciem pełnoletności wnuki, rodzeństwo i inne dzieci, w tym również w ramach rodziny zastępczej, spełniające w dniu śmierci ubezpieczonego lub rencisty warunki uzyskania renty rodzinnej,
- rodzice, osoby przysposabiające, macocha oraz ojczym, jeżeli w dniu śmierci ubezpieczonego lub rencisty prowadzili z nim wspólne gospodarstwo domowe lub jeżeli ubezpieczony lub rencista bezpośrednio przed śmiercią przyczyniał się do ich utrzymania albo jeżeli ustalone zostało wyrokiem lub ugodą sądową prawo do alimentów z jego strony.

Protokół podlega zatwierdzeniu przez pracodawcę w ciągu 5 dni od jego sporządzenia. Pracodawca zwraca niezatwierdzony protokół powypadkowy w celu

wyjaśnienia i uzupełnienia go przez zespół powypadkowy, jeżeli do treści protokołu zostały zgłoszone zastrzeżenia przez poszkodowanego lub członków rodziny zmarłego wskutek wypadku pracownika albo protokół ten nie odpowiada warunkom określonym w przepisach. W takiej sytuacji zespół powypadkowy, po dokonaniu wyjaśnień i uzupełnień, sporządza w terminie nie dłuższym niż 5 dni, nowy protokół powypadkowy, do którego dołącza protokół niezatwierdzony przez pracodawcę.

Protokół powypadkowy należy sporządzić w kilku egzemplarzach:

- dla pracownika,
- dla członków rodziny zmarłego pracownika,
- dla pracodawcy,
- dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (jeśli poszkodowany wnioskuje o odszkodowanie),
- dla właściwego organu Państwowej Inspekcji Pracy.

Zatwierdzony protokół powypadkowy pracodawca niezwłocznie doręcza poszkodowanemu pracownikowi, a w razie wypadku śmiertelnego – wspomnianym członkom rodziny.

Jeżeli wypadek był śmiertelny, ciężki lub zbiorowy, protokół powypadkowy pracodawca niezwłocznie doręcza właściwemu inspektorowi pracy. Jeżeli protokół ten zawiera ustalenia naruszające uprawnienia pracownika albo nieprawidłowe wnioski profilaktyczne, może być zwrócony pracodawcy przez właściwego inspektora pracy, z uzasadnionym wnioskiem o ponowne ustalenie okoliczności i przyczyn wypadku. Pracodawca przekazuje w takim przypadku protokół zespołowi powypadkowemu, który w ciągu 5 dni powinien dokonać stosownych wyjaśnień i uzupełnień.

Przez 10 lat pracodawca musi przechowywać protokół powypadkowy oraz pozostałą dokumentację powypadkową. Dostęp do niej mogą mieć tylko osoby upoważnione.

Protokół powypadkowy wraz z pozostałą dokumentacją powypadkową pracodawca zobowiązany jest do przechowywania przez 10 lat. Dokumentacja ta powinna znajdować się w miejscu, do którego dostęp mają tylko osoby upoważnione przez pracodawcę (wykonujące czynności kadrowe, księgowe itp.), musimy bowiem pamiętać, że dokumenty te zawierają informacje stanowiące dane osobowe pracowników. Powinny zostać więc w taki sposób zabezpieczone, by uniemożliwić dostęp do nich osobom spoza kręgu tych osób. Nie musi to być bynajmniej sejf, ale zdecydowanie mebel zamykany na klucz (np. metalowa szafa na akta, a nawet zamykana na klucz zwykła szafa).

Miejsce przechowywania tych dokumentów nie musi znajdować się w wyodrębnionym pomieszczeniu. Może to być, zwłaszcza w małych firmach, np. pomieszczenie (biuro) właściciela. Oczywiście miejsce, w którym przechowujemy akta osobowe pracowników, zapewniać powinno ochronę przed ich zniszczeniem (np. na skutek wilgoci, działania środków chemicznych).

Wszelkie dokumenty o czasowym okresie przechowywania (a obejmuje to zdecydowaną większość dokumentów związanych ze stosunkiem pracy) muszą być archiwizowane. Dokonuje tego sam pracodawca bądź zleca to wyspecjalizowanej firmie – archiwum państwowemu lub podmiotowi prowadzącemu działalność gospodarczą w dziedzinie przechowywania dokumentacji osobowej i płacowej pracodawców o czasowym okresie przechowywania. Warunki przechowywania tych dokumentów przez podmioty prowadzące działalność gospodarczą w tym zakresie zostały ściśle określone w rozporządzeniu Ministra Kultury z 15 lutego 2005 r.

w sprawie warunków przechowywania dokumentacji osobowej i płacowej pracodawców (Dz.U. Nr 32, poz. 284).

Przedstawiamy rozwiązania zawarte tym rozporządzeniu, gdyż mogą być także pomocne dla pracodawcy przechowującego dokumentację we własnym zakresie. Zaznaczmy jednak, że pracodawcy nie są zobowiązani do ich stosowania.

Budynki, w których jest przechowywana dokumentacja, powinny:

- być usytuowane na gruncie:
 - suchym,
 - niegrożącym osunięciem,
 - położonym powyżej poziomu zalewowego pobliskich rzek lub innych zbiorników wodnych;
 - posiadać dogodny dojazd dla pojazdów służb porządkowych i ratowniczych.
- Pomieszczenie do przechowywania dokumentacji:
- nie może być zawilgocone oraz znajdować się w nieprzystosowanej piwnicy lub na strychu budynku;
 - powinno być:
 - wyposażone w ognioodporne drzwi i pożarową instalację sygnalizacyjno-alarmową,
 - zabezpieczone przed włamaniem za pomocą instalacji antywłamaniowej lub w inny sposób odpowiedni dla danego pomieszczenia.

Przez pomieszczenia, w których jest przechowywana dokumentacja, nie mogą być prowadzone instalacje wodociągowe, kanalizacyjne i gazowe.

W pomieszczeniach, w których jest przechowywana dokumentacja:

- nie mogą znajdować się przedmioty i urządzenia inne niż bezpośrednio związane z jej przechowywaniem;
- nie wolno stosować farb i lakierów zawierających formaldehyd, ksylen lub toluen.

W pomieszczeniach, w których jest przechowywana dokumentacja wytworzona na nośniku papierowym, należy utrzymywać warunki wilgotności i temperatury określone w załączniku do tego rozporządzenia. Warunki wilgotności i temperatury powinny być codziennie kontrolowane, a wyniki kontroli rejestrowane. Dokumentacja wytworzona na nośniku papierowym powinna być chroniona przed kurzem, infekcją grzybów pleśniowych oraz zniszczeniami powodowanymi przez owady i gryzonie.

W pomieszczeniach, w których jest przechowywana dokumentacja, jako źródła światła sztucznego należy używać świetlówek o obniżonej emisji promieniowania UV. Maksymalne natężenie światła nie może przekraczać 200 luksów. W pomieszczeniach tych należy eliminować światło słoneczne, stosując zasłony, żaluzje, szyby lub folie chroniące przed promieniowaniem UV.

Według art. 16 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (j.t. Dz.U. z 2006 r. Nr 97, poz. 673 ze zm.) archiwa państwowe mogą prowadzić działalność usługową, polegającą na przechowywaniu, kopiowaniu i konserwacji dokumentacji o czasowym okresie przechowywania, w tym dokumentacji osobowej i płacowej pracodawców.

■ Przykład

Z protokołu zespołu powypadkowego wynika, że zdarzenie, o którym poinformował pracownik jako o wypadku przy pracy, nie miało miejsca. Według zespołu pracownik doznał urazu w czasie weekendu, jednak

zataił ten fakt, aby zdarzenie to uznano za wypadek przy pracy. Czy jest to powód do zwolnienia dyscyplinarnego?

Zespół powypadkowy zobowiązany jest zapoznać poszkodowanego z treścią protokołu powypadkowego przed jego zatwierdzeniem, a pracownik, który uległ wypadkowi ma prawo zgłoszenia uwag i zastrzeżeń do ustaleń w nim zawartych. Nieuwzględnienie w protokole uwag poszkodowanego może stanowić podstawę do zaskarżenia przez niego do sądu pracy treści tego dokumentu. Poszkodowany będzie mógł opierać się na dostarczonym mu niezwłocznie po podpisaniu przez pracodawcę i zatwierdzonym już ostatecznie protokole powypadkowym.

Kłamstwo pracownika w sprawie wystąpienia wypadku przy pracy (tj. zgłoszenie wypadku, który faktycznie się nie zdarzył) może być jak najbardziej zakwalifikowane jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych. Tym samym może być przyczyną uzasadniającą natychmiastowe zwolnienie bez wypowiedzenia z winy pracownika.

IV. Statystyczna karta wypadku przy pracy

Pracodawca ma również obowiązek sporządzania statystycznych kart wypadku przy pracy. Kwestie związane z tymi dokumentami reguluje rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 stycznia 2009 r. w sprawie statystycznej karty wypadku przy pracy (Dz.U. Nr 14, poz. 80).

Statystyczną kartę wypadku sporządza się na podstawie zatwierdzonego protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy albo na podstawie karty wypadku, w których stwierdzono, że wypadek jest wypadkiem przy pracy lub wypadkiem traktowanym na równi z wypadkiem przy pracy.

Sporządza się ją w dwóch egzemplarzach, karta składa się także z dwóch części:

- część I sporządza się nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia, w którym został zatwierdzony protokół powypadkowy lub w którym sporządzono kartę wypadku,
- część II – jest to część uzupełniająca – sporządza się w terminie umożliwiającym zachowanie terminu jej przekazania.

Jeden egzemplarz statystycznej karty, z wyjątkiem części II, uzupełniającej, pracodawca przekazuje do urzędu statystycznego właściwego dla województwa, na którego terenie znajduje się siedziba pracodawcy. Musi to zrobić do 15. dnia roboczego miesiąca następującego po miesiącu, w którym został zatwierdzony protokół powypadkowy lub w którym sporządzono kartę wypadku.

Wypełnioną część II statystycznej karty wypadku pracodawca przekazuje do urzędu statystycznego nie później niż z upływem 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia protokołu powypadkowego lub od dnia sporządzenia karty wypadku. Powinna zostać przekazana w formie pisemnej.

Drugi egzemplarz statystycznej karty wypadku przy pracy pracodawca przechowuje przez 10 lat w dokumentacji dotyczącej wypadków przy pracy. Druki statystycznej karty można uzyskać w urzędach statystycznych lub ich oddziałach (wzór karty przedstawiamy w końcowej części Instrukcji).

Aby móc prawidłowo wypełnić kartę, należy bezwzględnie zastosować się do objaśnień zawartych w załączniku do wspomnianego rozporządzenia. Oto czego dotyczą.

➤ **Liczba pracujących (bez przeliczenia na pełny etat) – oznaczenia kodowe (pozycja B części adresowej formularza)**

Pracujący są to osoby wykonujące pracę przynoszącą im zarobek lub dochód. Do pracujących, w części dotyczącej badania wypadków przy pracy (pozycja A), zalicza się wszystkich pracujących wg stanu w dniu zaistnienia zdarzenia, bez względu na to, czy osoby te pracują również w innych jednostkach sprawozdawczych (bez osób pracujących na podstawie umowy zlecenia), a mianowicie:

- 1) osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy (tj. umowy o pracę, powołania, wyboru lub mianowania) łącznie z sezonowymi i zatrudnionymi dorywczo;
- 2) pracodawców i pracujących na własny rachunek:
 - a) właścicieli i współwłaścicieli (łącznie z pomagającymi członkami ich rodzin) jednostek prowadzących działalność gospodarczą (z wyłączeniem wspólników spółek, którzy nie pracują w spółce),
 - b) osoby pracujące na własny rachunek, np. osoby wykonujące wolne zawody;
- 3) agentów pracujących na podstawie umów agencyjnych i umów na warunkach zlecenia (łącznie z pomagającymi członkami ich rodzin oraz osobami zatrudnionymi przez agentów);
- 4) osoby wykonujące pracę nakładczą;
- 5) członków spółdzielni produkcji rolniczej i członków spółdzielni kółek rolniczych;
- 6) duchownych pełniących obowiązki duszpasterskie.

➤ **Zawód wykonywany (pytanie 05)**

Zawód poszkodowanego należy podać, posługując się obowiązującą klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy wprowadzoną rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. Nr 265, poz. 2644). W informacji o zawodzie (specjalności) wykonywanym przez osoby poszkodowane w wypadkach przy pracy wpisujemy pełny kod tego zawodu (specjalności), tj. 6 cyfr oraz przypisane do tego kodu określenie słowne.

➤ **Szacunkowe straty materialne spowodowane wypadkiem (pytanie 14)**

Jest to suma wartości uszkodzonych maszyn, urządzeń, narzędzi, surowców, wyrobów gotowych, budynków oraz ich wyposażenia itp.

➤ **Położenie geograficzne miejsca wypadku (pytanie 15)**

W polu tym należy podać nazwę miejscowości, na terenie której wydarzył się wypadek. W przypadku miejscowości położonej na terenie kraju kod (7-cyfrowy) dla tej miejscowości zostanie uzupełniony przez urząd statystyczny zgodnie z identyfikatorami i nazwami jednostek podziału terytorialnego kraju, określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. Nr 157, poz. 1031 z późn. zm.), obowiązującego od dnia 1 stycznia 1999 r. Dla miejscowości położonej poza granicami kraju urząd statystyczny w miejsce kodu wpisze 7 razy „z” (symbol: zzzzzzz).

➤ **Miejsce powstania wypadku (pytanie 18)**

Jest to miejsce, w którym przebywał poszkodowany w chwili wypadku (może to być zarówno pomieszczenie pracy, jak i inne miejsce).

➤ Proces pracy (pytanie 19)

To podstawowy rodzaj pracy, wykonywanej przez poszkodowanego w czasie, kiedy wypadek miał miejsce.

➤ Rodzaj miejsca wypadku (pytanie 20)

Rodzaj miejsca wypadku określa miejsce zdarzenia ze względu na lokalizację stanowiska pracy w zakładzie pracy lub poza nim.

➤ Jednostka lokalna zakładu pracy

Jest to zorganizowana całość (zakład, oddział, filia itp.) położona w miejscu zidentyfikowanym odrębnym adresem, pod którym lub z którego jest prowadzona działalność co najmniej przez jedną osobę pracującą, przy czym:

- 1) zakłady samodzielnie bilansujące zlokalizowane pod jednym adresem są odrębnymi jednostkami lokalnymi;
- 2) objęte odrębną rejestracją prawną organizacyjne części podmiotów są jednostkami lokalnymi;
- 3) jednostki prowadzące działalność w zakresie transportu są jednostkami lokalnymi według miejsc, z których są wydawane polecenia lub jest organizowana praca;
- 4) jednostki prowadzące działalność w zakresie budownictwa są jednostkami lokalnymi według miejsc, w których są przyjmowane zlecenia na wykonawstwo robót budowlanych i pomocniczych albo są wykonywane prace zarządu, albo jest prowadzona organizacja pracy budowlanej i pomocniczej; place budów (miejsca realizacji poszczególnych budów) nie są jednostkami lokalnymi;
- 5) sprzedaż obwoźna, obnośna oraz punkt sprzedaży detalicznej bez stałej lokalizacji, jak również prowadzenie usług wyłącznie u klienta jest jedną jednostką lokalną w miejscu zamieszkania osoby fizycznej, miejscu siedziby osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej niemającej osobowości prawnej.

➤ Czynność wykonywana przez poszkodowanego w chwili wypadku (pytanie 21)

To czynność wykonywana przez poszkodowanego w sposób zamierzony, bezpośrednio przed wypadkiem.

➤ Wydarzenie będące odchyleniem od stanu normalnego (pytanie 23)

Inaczej mówiąc, jest to wydarzenie niezgodne z właściwym przebiegiem procesu pracy, które wywołało wypadek. Jeżeli wypadek nastąpił w wyniku szeregu następujących po sobie wydarzeń, to powinno zostać zarejestrowane ostatnie z tych wydarzeń.

➤ Wydarzenie powodujące uraz (pytanie 25)

Opisuje, w jaki sposób poszkodowany doznał urazu (fizycznego lub psychicznego) spowodowanego przez czynnik materialny.

➤ Czynnik materialny związany z czynnością wykonywaną przez poszkodowanego w chwili wypadku (pytanie 22)

To po prostu maszyna, narzędzie lub inny obiekt, używany przez poszkodowanego w chwili, gdy uległ on wypadkowi.

➤ **Czynnik materialny związany z odchyleniem (pytanie 24)**

Czyli maszyna, narzędzie, inny obiekt lub czynnik środowiska, który ma bezpośredni związek z wydarzeniem będącym odchyleniem od stanu normalnego. Jeśli z odchyleniem jest związanych kilka czynników materialnych, to musi być wskazany ostatni z tych czynników materialnych.

➤ **Czynnik materialny będący źródłem urazu (pytanie 26)**

Czyli maszyna, narzędzie, inny obiekt lub czynnik środowiska, z którym kontakt stał się przyczyną urazu (fizycznego lub psychicznego).

➤ **Przyczyny wypadku (pytanie 27)**

Są to wszelkie braki i nieprawidłowości, które bezpośrednio lub pośrednio przyczyniły się do powstania wypadku, związane z czynnikami materialnymi (technicznymi), z ogólną organizacją pracy w zakładzie lub organizacją stanowiska pracy oraz związane z pracownikiem.

V. Wykonywanie pracy przez pracownika innej firmy

Jeżeli wypadek miał miejsce na terenie innego zakładu pracy, zespół powypadkowy powołany zostaje przez pracodawcę poszkodowanego, w obecności przedstawiciela pracodawcy, na którego terenie miał miejsce wypadek. Pracodawca, na którego terenie miał miejsce wypadek, ma przede wszystkim:

- zapewnić udzielenie pomocy poszkodowanemu,
- zabezpieczyć miejsce wypadku,
- niezwłocznie zawiadomić pracodawcę poszkodowanej osoby o wypadku,
- udostępnić miejsce wypadku i niezbędne materiały oraz udzielić informacji oraz wszechstronnej pomocy zespołowi powypadkowemu ustalającemu okoliczności i przyczyny tego wypadku.

Ważne będzie także dokonanie ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przez pracodawcę, na którego terenie miał miejsce wypadek. Powołuje on w takim przypadku zespół powypadkowy, a następnie dokumentację powypadkową przekazuje pracodawcy poszkodowanego pracownika. Pracodawca ten zatwierdza protokół powypadkowy. Taki sposób ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku możliwy jest:

- na wniosek pracodawcy zatrudniającego poszkodowanego i
- za zgodą pracodawcy, u którego miał miejsce wypadek.

Oba te warunki muszą wystąpić łącznie.

VI. Wypadki osób niebędących pracownikami

Jak wskazuje art. 5 cytowanej wcześniej ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, ustalenia okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy osób ubezpieczonych niebędących pracownikami (oczywiście dotyczy to osób, które podlegały ubezpieczeniu wypadkowemu) dokonuje w karcie wypadku:

- podmiot wypłacający stypendium sportowe – w stosunku do pobierających te stypendia;
- podmiot, na którego rzecz wykonywana jest odpłatnie praca w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania – w stosunku do wykonujących tę pracę na podstawie skierowania do pracy;
- Kancelaria Sejmu w stosunku do posłów i Kancelaria Senatu w stosunku do senatorów;
- pracodawca, u którego osoba pobierająca stypendium odbywa staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, przygotowanie zawodowe w miejscu pracy lub szkolenie, lub jednostka, w której osoba pobierająca stypendium odbywa szkolenie – w stosunku do osoby pobierającej stypendium w okresie odbywania tego stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, przygotowania zawodowego w miejscu pracy lub szkolenia na podstawie skierowania wydanego przez powiatowy urząd pracy lub przez inny podmiot kierujący;
- spółdzielnia produkcyjna, spółdzielnia kółek rolniczych – w stosunku do członków tych spółdzielni oraz innych osób traktowanych na równi z członkiem spółdzielni, w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych, wykonujących pracę na rzecz tych spółdzielni;
- podmiot, na którego rzecz wykonywana jest praca na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia – w stosunku do wykonujących te umowy;
- osoba wykonująca pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia – w stosunku do współpracujących z tą osobą;
- ZUS – w stosunku do prowadzących pozarolniczą działalność oraz współpracujących przy prowadzeniu takiej działalności w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;

- właściwa zwierzchnia instytucja diecezjalna lub zakonna – w stosunku do duchownych;
- pracodawca, u którego osoba odbywa służbę zastępczą – w stosunku do odbywających tę służbę;
- Krajowa Szkoła Administracji Publicznej – w stosunku do słuchaczy tej szkoły pobierających stypendium;
- pracodawca – w stosunku do osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowy o dzieło, jeżeli umowa taka została zawarta z pracodawcą, z którym osoby te pozostają w stosunku pracy;
- podmiot, z którym została zawarta umowa agencyjna, umowa zlecenia lub umowa o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowa o dzieło – w stosunku do osób wykonujących umowę, jeżeli w ramach takiej umowy praca jest wykonywana na rzecz pracodawcy, z którym osoby te pozostają w stosunku pracy;
- podmiot, w którym funkcjonariusz celny pełni służbę – w stosunku do tych funkcjonariuszy.

Wymienione podmioty dokonują także kwalifikacji prawnej wypadku, zgodnie z art. 3 ust. 3–6 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – czyli m.in. kwalifikują określone zdarzenie jak wypadek ciężki, zbiorowy lub śmiertelny. Szczegółowe zasady postępowania powypadkowego określa w odniesieniu do tych grup osób rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie trybu uznawania zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia wypadkowego za wypadek przy pracy, kwalifikacji prawnej zdarzenia, wzoru karty wypadku i terminu jej sporządzenia (Dz.U. Nr 236, poz. 1992).

Poszkodowani powinni zgłosić wypadek odpowiednim podmiotom spośród wyżej wymienionych. W przypadku poszkodowanych prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, w stosunku do których postępowanie powypadkowe przeprowadza Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zgłoszenie powinno nastąpić w terenowej jednostce organizacyjnej ZUS właściwej ze względu na siedzibę prowadzenia działalności.

Jak wskazuje ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (j.t. Dz.U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74 ze zm.), za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność uważa się:

- osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych;
- twórcę i artystę;
- osobę prowadzącą działalność w zakresie wolnego zawodu:
 - w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
 - z której przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych;
- wspólnika jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólników spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej.

Jednak jak wynika z przepisów dotyczących postępowania wypadkowego, zgłoszenia do jednostki organizacyjnej ZUS dokonują jedynie osoby prowadzą-

ce pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych oraz osoby prowadzące działalność w zakresie wolnego zawodu.

Zdarzenie uznaje się za wypadek przy pracy na podstawie ustalenia jego okoliczności i przyczyn, dokonanego w szczególności poprzez:

- zabezpieczenie miejsca wypadku w sposób pozwalający odtworzyć jego okoliczności,
- dokonanie oględzin miejsca wypadku, stanu technicznego maszyn i innych urządzeń technicznych, stanu urządzeń ochronnych oraz zbadanie warunków wykonywania pracy i innych okoliczności, które mogły mieć wpływ na powstanie wypadku,
- przesłuchanie poszkodowanego, jeżeli stan jego zdrowia na to pozwala,
- przesłuchanie świadków wypadku,
- zebranie innych dowodów dotyczących wypadku, uznanych za niezbędne.

Stwierdzenie, że zdarzenie nie jest wypadkiem przy pracy, wymaga uzasadnienia i wskazania dowodów stanowiących podstawę takiego stwierdzenia.

Po ustaleniu okoliczności i przyczyn wypadku (w nieprzekraczalnym terminie 14 dni od dnia uzyskania zawiadomienia o wypadku) dany podmiot sporządza kartę wypadku.

Niektóre rubryki karty wypadkowej stwarzają w praktyce pewne problemy. W punkcie piątym drugiej części wspomnianej karty (patrz wzór 6 – str. 73) podmiot powinien wpisać pełny tytuł ubezpieczenia. W przypadku osoby zatrudnionej na umowę zlecenia punkt ten będzie miał brzmienie: „ubezpieczenie z tytułu wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia”. W danym przykładzie pracodawca uzupełnia punkt czwarty w trzeciej części karty wypadku „wypadek jest/nie jest wypadkiem określonym w art. 3 ust. 3 pkt ... ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – Dz.U. Nr 199, poz. 1673” o numer 6, a więc punkt ustawy, którego pełne brzmienie to: „wykonywanie pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia”. Pozostałe punkty omawianej karty nie stwarzają zazwyczaj żadnych problemów ani nie budzą większych wątpliwości, pamiętać jednak należy o tym, by punkt 2 trzeciej części wypełnić szczególnie starannie i wyczerpująco.

Stwierdzenie, że zdarzenie nie jest wypadkiem przy pracy, wymaga uzasadnienia i wskazania dowodów stanowiących podstawę takiego stwierdzenia.

Z definicji wypadku przy pracy wynika, że jest to nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć. Przedstawiając zatem przyczyny wypadku, należy przede wszystkim opisać, wskazać lub zasugerować przyczynę zewnętrzną. Na przykład, gdy poszkodowany ulega wypadkowi, ponieważ przewrócił się w pracy, należy dokładnie opisać powierzchnię, na której się przewrócił, czy była ona śliska, zabrudzona jakąś substancją, czy też upadek był spowodowany potknięciem się o jakiś przedmiot, itp. Opisu okoliczności wypadku, można zasugerować również przyczyny wewnętrzne, takie jak złe samopoczucie pracownika, niedostateczna koncentracja, ale przede wszystkim należy opisać miejsce pracy, otoczenie, w którym poszkodowany przebywał, wraz z informacjami o świadkach wypadku oraz sposobie udzielenia przez nich pierwszej pomocy, takich jak wezwanie karetki pogotowia, poinformowanie zwierzchnika o zdarzeniu i opatrzenie ran.

Poszkodowany lub uprawniony do jednorazowego odszkodowania członek rodziny może zgłosić uwagi i zastrzeżenia do ustaleń zawartych w karcie wypadku. O uprawnieniu tym muszą zostać pouczeni przez podmiot sporządzający kartę wypadku.

Niezwłocznie po otrzymaniu wiadomości o wypadku podmioty zobowiązane do ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku powiadamiają pisemnie właściwą terenową jednostkę organizacyjną ZUS o wszczęciu postępowania powypadkowego. Ma to umożliwić wzięcie udziału w postępowaniu przez przedstawiciela ZUS. Obowiązek powiadomienia dotyczy wszystkich wskazanych powyżej podmiotów, poza oczywiście ZUS, jak również podmiotu, w którym funkcjonariusz celny pełni służbę.

Na koniec zaznaczmy, że obowiązek sporządzenia karty wypadku istnieje tylko wtedy, gdy poszkodowany był objęty ubezpieczeniem wypadkowym. Przykładowo, jeśli umowa zlecenia została zawarta z osobą, dla której jest to jedyny tytuł do ubezpieczeń społecznych i która wykonuje pracę poza siedzibą i poza miejscem prowadzenia działalności zleceniodawcy, z mocy prawa ubezpieczony taki nie podlega ubezpieczeniu wypadkowemu, a zatem pracodawca nie ma obowiązku sporządzenia karty.

■ Przykład

Zleceniobiorca zgłoszony do ubezpieczenia emerytalnego i rentowego wykonuje umowę w dowolnie wybranym miejscu na terenie Polski. W rejestrze działalności gospodarczej jego zleceniodawca ma wskazane, że prowadzi działalność na terenie całego kraju.

W tej sytuacji zlecenie stanowi tytuł do obowiązkowego ubezpieczenia wypadkowego, gdyż wykonywane jest w miejscu prowadzenia działalności przez zleceniodawcę.

Od 1 stycznia 2010 r. zleceniodawcy będą obowiązkowo opłacać składki wypadkowe od wszystkich pracujących dla nich i podlegających ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym zleceniobiorców – art. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy – Prawo bankowe (Dz.U. Nr 71, poz. 609.)

Podjęcie opłacania przez zleceniodawców składek wypadkowych za osoby wykonujące umowy zlecenia, które przed 1 stycznia 2010 r. takiemu ubezpieczeniu nie podlegały, będzie skutkowało możliwością uzyskania przez te osoby świadczeń z tytułu następstw wypadku przy pracy lub choroby zawodowej. Wszyscy zleceniobiorcy będą mogli również uzyskać zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego, jeżeli z powodu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej uzyskają zwolnienie lekarskie. Dla tych zleceniobiorców, którzy nie przystąpili do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, będzie to jedyna możliwość uzyskania zasiłku chorobowego.

VII. Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy

1. Rodzaje świadczeń

Poszkodowany ma możliwość dochodzenia określonych świadczeń związanych z wypadkiem przy pracy, któremu uległ. Wymienia je art. 6 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Katalog świadczeń obejmuje:

- zasiłek chorobowy – dla ubezpieczonego, którego niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową,
- świadczenie rehabilitacyjne – dla ubezpieczonego, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy,
- zasiłek wyrównawczy – dla ubezpieczonego będącego pracownikiem, którego wynagrodzenie uległo obniżeniu wskutek stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu,
- jednorazowe odszkodowanie – dla ubezpieczonego, który doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu,
- jednorazowe odszkodowanie – dla członków rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty,
- renta z tytułu niezdolności do pracy – dla ubezpieczonego, który stał się niezdolny do pracy wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej,
- renta szkoleniowa – dla ubezpieczonego, w stosunku do którego orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie spowodowaną wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową,
- renta rodzinna – dla członków rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty uprawnionego do renty z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej,
- dodatek do renty rodzinnej – dla sieroty zupełnej, oraz dodatek pielęgnacyjny,
- pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne w zakresie określonym tą ustawą.

Prawo do zasiłków i świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego ustalają i świadczenie to oraz zasiłki wypłacają:

- płatnicy składek, jeżeli są zobowiązani do ustalania prawa do zasiłków w razie choroby i macierzyństwa i ich wypłaty,
- ZUS – w pozostałych przypadkach.

Prawo do zasiłków określonych w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa i ich wysokość ustalają oraz zasiłki te wypłacają:

- płatnicy składek na ubezpieczenie chorobowe, którzy zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych, z wyjątkiem osób uprawnionych do zasiłków po ustaniu ubezpieczenia chorobowego,
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych:
 - ubezpieczonym, których płatnicy składek zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż 20 ubezpieczonych,
 - ubezpieczonym prowadzącym pozarolniczą działalność i osobom z nimi współpracującym,
 - ubezpieczonym będącym duchownymi,
 - osobom uprawnionym do zasiłków za okres po ustaniu ubezpieczenia,
 - ubezpieczonym podlegającym ubezpieczeniu chorobowemu w Polsce z tytułu zatrudnienia u pracodawcy zagranicznego.

W razie zbiegu uprawnień do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego z uprawnieniami do analogicznych świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z ubezpieczenia wypadkowego.

Prawo do jednorazowego odszkodowania dla członków rodziny zmarłego wskutek wypadku przy pracy ubezpieczonego prowadzącego pozarolniczą działalność przedawnia się, jeżeli zadłużenie z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne w dniu wypadku przekracza kwotę 6,60 zł i nie zostanie uregulowane w ciągu 6 miesięcy od dnia wypadku. Bieg terminu tego przedawnienia zostaje przerwany przez złożenie wniosku o wypłatę świadczenia (wyrok SN z 6 marca 2008 r., sygn. akt II UK 132/07, OSNP 2009/11-12/158).

2. Zasiłek chorobowy

Zasady przyznania zasiłku chorobowego w razie niezdolności do pracy powstałej na skutek wypadku przy pracy osoby podlegającej ubezpieczeniu wypadkowemu zostały uregulowane w szczególny sposób, znacznie odbiegający od regulacji dotyczącej zasiłku chorobowego przysługującego z ubezpieczenia chorobowego.

Przed wszystkim zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego przysługuje niezależnie od okresu podlegania ubezpieczeniu oraz od pierwszego dnia niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy. Zwykły zasiłek chorobowy przysługuje zaś po upływie tzw. okresu wyczekiwania – art. 4 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t. Dz.U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267 ze zm.). Ubezpieczony może bowiem nabyć do niego prawo:

- po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – jeżeli podlega obowiązkowo temu ubezpieczeniu,
- po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie.

Pracodawca nie ponosi zatem początkowych kosztów nieobecności w pracy pracownika, który uległ wypadkowi przy pracy. W przypadku „zwykłej” niezdolności do pracy pierwsze 33 dni (bądź 14 dni w przypadku pracownika, który ukończył 50 rok życia) nieobecności w roku kalendarzowym opłacane są przez pracodawcę – wypłaca tzw. wynagrodzenie chorobowe. Okresu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy nie wlicza się także do 33-dniowego, łącznego w danym roku okresu wypłaty wynagrodzenia chorobowego.

Zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego nie przysługuje za okresy niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy, za które ubezpieczony na podstawie odrębnych przepisów zachowuje prawo do wynagrodzenia, uposażenia, stypendium lub innego świadczenia przysługującego za czas niezdolności do pracy.

Zasiłek przysługuje niezależnie od sytuacji w wysokości 100% podstawy jego wymiaru. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego stanowi kwota będąca podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe.

Generalnie przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego w razie niezdolności do pracy wskutek wypadku przy pracy stosowane są zasady określone w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego.

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone mu za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem tego okresu, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia. Podstawę wymiaru zasiłku za jeden dzień niezdolności do pracy stanowi jedna trzydziesta część wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku.

■ Przykład

Pracownik otrzymał w styczniu znaczną podwyżkę. W tym też miesiącu stał się niezdolny do pracy na skutek wypadku przy pracy. Czy przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego bierzemy pod uwagę także podwyżkę?

Nie. Do podstawy wymiaru zasiłku wliczamy w tym przypadku wynagrodzenie sprzed miesiąca, w którym powstała niezdolność do pracy. Nie ma tutaj znaczenia to, czy w danym miesiącu (miesiącu wystąpienia choroby) wynagrodzenie to uległo zmianie. Jeżeli więc pracownik ten pracuje u Państwa przez dłuższy czas, to powinniśmy wliczać do podstawy wymiaru zasiłku wynagrodzenie otrzymane przez niego w okresie styczeń – grudzień poprzedniego roku.

Ustalając podstawę wymiaru zasiłku chorobowego, uwzględniane jest wynagrodzenie uzyskane u płatnika składek w okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, w trakcie którego powstała niezdolność do pracy.

■ Przykład

Pracownica zarabiała ostatnio miesięcznie netto 1400 zł. W ciągu ostatnich 12 miesięcy otrzymała jednak podwyżkę; przed jej otrzymaniem zarabiała 1250 zł. W tym okresie przez 4 miesiące zarabiała 1250 zł, a przez 8 miesięcy 1400 zł.

Musimy zsumować zarobki pracownicy osiągnięte przez nią w poszczególnych miesiącach tego okresu:

$$4 \times 1250 \text{ zł} + 8 \times 1400 \text{ zł} = 5000 \text{ zł} + 11\,200 \text{ zł} = 16\,200 \text{ zł}.$$

Kwotę tę dzielimy teraz przez 12 i otrzymujemy podstawę wymiaru zasiłku chorobowego: 1350 zł.

Może się zdarzyć, że niezdolność do pracy powstanie przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego. W takich sytuacjach podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi wynagrodzenie, które pracownik osiągnąłby, gdyby pracował pełny miesiąc kalendarzowy. Podstawę zasiłku w tym przypadku stanowi:

- wynagrodzenie miesięczne określone w umowie o pracę lub w innym akcie, na podstawie którego powstał stosunek pracy, jeżeli wynagrodzenie przysługuje w stałej miesięcznej wysokości;
- wynagrodzenie miesięczne obliczone przez podzielenie wynagrodzenia osiągniętego za przepracowane dni robocze przez liczbę dni przepracowanych i pomnożenie przez liczbę dni, które ubezpieczony będący pracownikiem był obowiązany przepracować w tym miesiącu, jeżeli przepracował choćby 1 dzień;
- kwota zmiennych składników wynagrodzenia w przeciętnej miesięcznej wysokości, wypłacona za miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, pracownikom zatrudnionym na takim samym lub podobnym stanowisku pracy u pracodawcy, u którego przysługuje zasiłek chorobowy, jeżeli ubezpieczony będący pracownikiem nie osiągnął żadnego wynagrodzenia.

■ Przykład

Pracownik został zatrudniony 1 sierpnia 2009 r., 11 sierpnia stał się niezdolny do pracy z powodu choroby (tego dnia nie świadczył już pracy), niezdolność do pracy trwała do końca sierpnia. Od pierwszego dnia niezdolności do pracy ma prawo do zasiłku chorobowego, gdyż u poprzedniego pracodawcy wykorzystał już w tym roku 33 dni zwolnienia lekarskiego.

Pracownikowi przysługuje wynagrodzenie zmienne. Przez pierwsze 10 dni sierpnia zarobił z tego tytułu 800 zł, co pomniejszamy o 13,71% z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne obciążających pracownika.

$$800 \text{ zł} - 13,71\% = 690,32 \text{ zł}.$$

$$690,32 \text{ zł} : 6 \text{ (liczba dni przepracowanych w sierpniu do dnia powstania niezdolności do pracy)} = 115,05 \text{ zł}.$$

$$115,05 \text{ zł} \times 20 \text{ (liczba dni pracy w sierpniu 2009 r.)} = 2301,00 \text{ zł. Tyle wynosi w tym przypadku podstawa wymiaru zasiłku chorobowego (w części wynikającej ze zmiennych składników wynagrodzenia).}$$

Jeżeli wypadek (i niezdolność do pracy) powstanie w drugim miesiącu zatrudnienia, rozróżnić musimy dwie sytuacje:

- pracownik podjął pracę z początkiem miesiąca,
- pracownik podjął pracę w trakcie miesiąca.

W pierwszym przypadku nie znajdują zastosowania zasady uzupełniania podstawy wymiaru zasiłku – będziemy posługiwać się tutaj podstawową zasadą, a mianowicie przyjęciem do podstawy wymiaru świadczeń chorobowych wynagrodzenia za pełne miesiące przepracowane poprzedzające miesiąc, w którym wystąpiła niezdolność do pracy.

Zdecydowanie bardziej skomplikowany jest drugi przypadek. Jeżeli pracownik zachorował w drugim miesiącu zatrudnienia, a rozpoczął pracę w trakcie miesiąca, nie możemy do podstawy wymiaru świadczeń za czas niezdolności do pracy przyjąć wynagrodzenia za pierwszy miesiąc pracy, gdyż nie był to pełny miesiąc ubezpieczenia.

Do podstawy wymiaru przyjmujemy w takich sytuacjach wynagrodzenie za drugi miesiąc zatrudnienia, czyli miesiąc, którym powstała niezdolność do pracy, oczywiście stosując zasady uzupełniania.

■ Przykład

Pracownica została zatrudniona 15 lipca 2008 r. 12 sierpnia miała wypadek przy pracy, niezdolność do pracy trwać będzie do końca sierpnia. Jej wynagrodzenie składa się z elementu stałego 900 zł miesięcznie oraz zmiennego. Do dnia powstania niezdolności do pracy z tytułu zmiennych składników wynagrodzenia wypracowała 1200 zł (wynagrodzenie za sierpień).

Do podstawy wymiaru świadczeń chorobowych przyjmujemy wynagrodzenie stałe (900 zł – 13,71%) oraz wynagrodzenie zmienne po uzupełnieniu.

Pracownica przepracowała w sierpniu 7 dni, a powinna przepracować 20 dni.

$1200 \text{ zł} - 13,71\% = 1035,48 \text{ zł}$.

$1035,48 \text{ zł} : 7 \text{ przepracowanych dni} = 147,93 \text{ zł}$.

$147,93 \text{ zł} \times 20 \text{ dni} = 2958,60 \text{ zł}$.

Podstawę wymiaru świadczeń chorobowych będzie w tym przypadku stanowiła kwota 3735,21 zł, na którą składa się 776,61 zł (900 zł – 13,71%) z tytułu stałego składnika wynagrodzenia oraz 2958,60 zł z tytułu zmiennych składników wynagrodzenia.

Ustalając przeciętne miesięczne wynagrodzenie, stanowiące podstawę wymiaru zasiłku chorobowego, dzielimy sumę wynagrodzeń osiągniętych przez pracownika z okresu, który bierzemy jako podstawę wymiaru zasiłku za okres, przez liczbę miesięcy, w których wynagrodzenie to zostało osiągnięte. Podstawy wymiaru zasiłku nie ustalamy na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków zarówno tego samego rodzaju, jak i innego rodzaju nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe.

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego z tytułu pracy w pełnym wymiarze czasu pracy nie może być niższa od kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę (w 2009 r. jest to 1276 zł), po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% tego wynagrodzenia. W przypadku osób, w stosunku do których można stosować przepisy o obniżonym wynagrodzeniu minimalnym (np. dla absolwentów studiów podejmujących pierwszą pracę), podstawa wymiaru zasiłku nie może być niższa (oczywiście także w odniesieniu do pełnoetatowców) od kwoty obniżonego wynagrodzenia minimalnego, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% tego wynagrodzenia.

W przypadku gdy w okresie, z którego wynagrodzenie bierzemy do podstawy wymiaru zasiłku, pracownik był nieobecny w pracy z przyczyn usprawiedliwionych przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego:

- wyłącza się wynagrodzenie za miesiące, w których przepracował mniej niż połowę obowiązującego go czasu pracy,
- przyjmuje się, po uzupełnieniu według zasad określonych w art. 37 ust. 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby

i macierzyństwa, wynagrodzenie z miesięcy, w których ubezpieczony będący pracownikiem przepracował co najmniej połowę obowiązującego go czasu pracy.

Uzupełnianie wynagrodzenia za miesiące, w których pracownik był nieobecny z przyczyn usprawiedliwionych, dokonywane jest według następujących zasad:

- wynagrodzenie przysługujące w stałej miesięcznej kwocie przyjmuje się w wysokości określonej w umowie o pracę lub innym akcie, na podstawie którego powstał stosunek pracy,
- wynagrodzenie zmienne osiągnięte za przepracowane w danym miesiącu dni dzieli się przez liczbę przepracowanych dni i następnie mnoży przez liczbę dni, które pracownik w danym miesiącu miał przepracować.

Okresu urlopu wypoczynkowego nie traktujemy jako usprawiedliwionej nieobecności, która powodować będzie konieczność uzupełniania wynagrodzenia.

■ Przykład

Pracownik zachorował w maju, w lutym wykorzystywał 10 dni roboczych urlopu wypoczynkowego.

Wliczając wynagrodzenie za luty do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, dodajemy do wynagrodzenia otrzymanego za faktycznie przepracowaną część miesiąca wynagrodzenie otrzymane za urlop.

Nie wszystkie składniki wynagrodzenia uzupełniamy, niektóre z nich przyjmujemy do podstawy wymiaru zasiłku w kwocie faktycznie wypłaconej. Decydujące znaczenie ma tutaj kwestia zasad pomniejszania tych składników wynagrodzenia – czy dokonywane jest to proporcjonalnie w stosunku do okresu nieobecności, czy nie.

Uzupełnieniu podlegają tylko te składniki wynagrodzenia, które są zmniejszane proporcjonalnie. W innym przypadku (tj. zmniejszenia, ale nieproporcjonalnego) przyjmujemy je w kwocie faktycznie wypłaconej.

Od 7 lipca 2008 r. do podstawy wymiaru zasiłku wliczamy wszystkie składniki wynagrodzenia, które stanowią podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Wyjątek stanowią tylko te składniki, do których pracownik zachowuje prawo w okresie pobierania zasiłku. Musi to jednak jednoznacznie wynikać z obowiązujących u pracodawcy przepisów płacowych. Nowe zasady w tym zakresie wprowadził Trybunał Konstytucyjny, który zakwestionował art. 41 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (wyrok z 24 czerwca 2008 r., sygn. akt SK 16/06). Artykuł ten stanowi, że przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego nie uwzględnia się składników wynagrodzenia, jeżeli postanowienia układów zbiorowych pracy lub przepisy o wynagradzaniu nie przewidują zmniejszania ich za okres pobierania zasiłku.

Pomniejszenie może wynikać także pośrednio ze sposobu wypłacania danego składnika wynagrodzenia. Tak przykładowo będzie, gdy regulamin wynagrodzenia będzie zawierał zapis, zgodnie z którym określony składnik wynagrodzenia wypłacany jest w stałym procencie faktycznie wypłaconego w danym miesiącu wynagrodzenia zasadniczego za przepracowany czas. Każda choroba skutkować będzie zatem pomniejszeniem tego składnika wynagrodzenia.

Składników wynagrodzenia przysługujących na podstawie umowy o pracę lub innego aktu stanowiącego podstawę nawiązania stosunku pracy (np. akt mianowania) tylko do określonego terminu nie uwzględnia się przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego należnego za okres po tym terminie. Postanowienie to stosujemy także odpowiednio do składników wynagrodzenia, których wypłaty zaprzestano na podstawie układu zbiorowego pracy lub przepisów o wynagradzaniu.

■ Przykład

Pracownik oprócz pensji zasadniczej miał do końca grudnia przyznany dodatek językowy (wykonywał w tym czasie częste tłumaczenia i z tego tytułu otrzymywał dodatkową kwotę), pomniejszany za okres pobierania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy. Pracownik ten zachorował 20 grudnia i był niezdolny do pracy do 10 stycznia.

W takiej sytuacji dodatek językowy powinien być wliczony do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za okres od 20 do 31 grudnia. Zaś za okres od 1 do 10 stycznia dodatek ten powinien być wyłączony z podstawy wymiaru zasiłku, gdyż przysługiwał do określonego (wcześniejszego) terminu.

Premie, nagrody i inne składniki wynagrodzenia przysługujące za okresy miesięczne wlicza się do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w kwocie wypłacanej pracownikowi za miesiące kalendarzowe, z których wynagrodzenie przyjmuje się do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku. Jeżeli przysługują one za okresy kwartalne, wliczamy je do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia przyjmowanego do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w wysokości stanowiącej jedną dwunastą kwot wypłaconych pracownikowi za cztery kwartały poprzedzające miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Z kolei, jeżeli przysługują za okresy roczne (np. premia świąteczna) wlicza się je do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w wysokości stanowiącej jedną dwunastą kwoty wypłaconej pracownikowi za rok poprzedzający miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Tak samo postępujemy przy składnikach wynagrodzenia wypłacanych za inne okresy (np. półroczne).

■ Przykład

Pracownik był niezdolny do pracy na skutek wypadku w okresie od 3 do 20 października. Osoba ta otrzymuje oprócz wynagrodzenia miesięcznego premie kwartalne (zmniejszane za niezdolność do pracy).

W tej sytuacji bierzemy pod uwagę wynagrodzenie uzyskane przez tę osobę w okresie od października roku ubiegłego do września roku bieżącego. Powinniśmy zatem w podstawie wymiaru zasiłku uwzględnić 1/12 łącznej kwoty premii wypłaconych za IV kwartał roku ubiegłego oraz za I, II i III kwartał roku bieżącego.

W sytuacji gdy pracownik nie przepracował jeszcze pełnych czterech kwartałów poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, premie kwartalne uwzględniamy w podstawie wymiaru zasiłku proporcjonalnie do pełnych miesięcy przepracowanych (pełnych miesięcy podlegania ubezpieczeniu chorobowemu) w kwartałach, z których premia podlega uwzględnieniu.

■ Przykład

Pracownik został zatrudniony z początkiem marca. W sierpniu stał się niezdolny do pracy na skutek wypadku przy pracy. Osoba ta otrzymuje oprócz pensji zasadniczej premie kwartalne podlegające wliczeniu do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego (jednocześnie wliczmy je do podstawy wymiaru wynagrodzenia za czas choroby).

Do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjmujemy w takim przy-

padku 1/4 łącznej premii wypłaconej za I kwartał (pracownik w tym kwartale pracował tylko w marcu, a więc powinna zostać odniesiona tylko do tego miesiąca) oraz premii za II kwartał.

Podstawy wymiaru zasiłku nie ustalamy na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków zarówno tego samego rodzaju, jak i innego rodzaju nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe.

Dotyczy to zarówno sytuacji, w których mamy do czynienia z zasiłkami tego samego rodzaju (np. zasiłek chorobowy po zasiłku chorobowym), jak i zasiłkami różnego rodzaju (np. zasiłek macierzyński po zasiłku chorobowym). Zasadę tę odnosić musimy również do przypadków, w których np. pewien czas po okresie pobierania zasiłku chorobowego na podstawie ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa dana osoba pobierać będzie zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego.

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku stosujemy zasady dotyczące ustalania tej podstawy w odniesieniu do pracowników z poniżej wskazanymi różnicami.

Jeżeli niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku ustala się według poniższych zasad, w zależności od tytułu ubezpieczenia. Podstawę stanowi wtedy:

- najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe – dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek;
- kwota przychodu określona w umowie przypadająca na pierwszy miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, a jeżeli kwota ta w umowie nie została określona, kwota przeciętnego miesięcznego przychodu innych ubezpieczonych, z którymi płatnik składek zawarł takie same lub podobne umowy – dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia;
- przeciętny miesięczny przychód innych członków spółdzielni – dla ubezpieczonych będących członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych;
- przeciętny miesięczny przychód osób wykonujących pracę nakładczą na rzecz danego płatnika składek – dla osób wykonujących pracę nakładczą.

W przypadku zmniejszenia przychodu w okresie 12 miesięcy poprzedzających miesiąc wystąpienia niezdolności do pracy (lub np. urodzenia dziecka) wskutek niewykonywania pracy lub działalności w okresie pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, świadczenia rehabilitacyjnego albo odbywania ćwiczeń wojskowych, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego:

- wyłącza się przychód za miesiące, w których ubezpieczony wykonywał pracę lub działalność przez mniej niż połowę miesiąca,
- przyjmuje się przychód za miesiące, w których ubezpieczony wykonywał pracę lub działalność przez co najmniej połowę miesiąca.

Jeżeli jednak w tym okresie przychód ubezpieczonego w każdym miesiącu uległ zmniejszeniu, z przyczyn wymienionych powyżej, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjmuje się przychód za wszystkie miesiące.

Odmienne uregulowana jest podstawa wymiaru zasiłku chorobowego dla poborowych odbywających służbę zastępczą. Stanowi ją kwota świadczenia pieniężnego otrzymywanego przez poborowego w miesiącu, w którym powstała niezdolność do pracy, po uprzednich odliczeniach kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o służbie zastępczej (Dz.U. Nr 223, poz. 2217 ze zm.) w trakcie odbywania tej służby poborowemu przysługuje świadczenie pieniężne w wysokości 640 zł miesięcznie.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych reguluje również sytuacje, w których niezdolność do pracy na skutek wypadku powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia wypadkowego w odniesieniu do szczególnych grup osób. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi wówczas:

- kwota otrzymanego za ten miesiąc stypendium sportowego – dla ubezpieczonych będących stypendystami sportowymi,
- kwota otrzymanego za ten miesiąc stypendium – dla ubezpieczonych będących słuchaczami Krajowej Szkoły Administracji Publicznej,
- kwota otrzymanego za ten miesiąc stypendium – dla ubezpieczonych będących osobami pobierającymi stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, na które zostały skierowane przez powiatowy urząd pracy lub inny podmiot kierujący,
- kwota otrzymanego za ten miesiąc uposażenia – dla ubezpieczonych będących funkcjonariuszami celnymi.

■ Przykład

W nowym miejscu pracy od połowy lutego zatrudniono osobę, która bezpośrednio przed podjęciem tej pracy nieprzerwanie pracowała u innego pracodawcy przez okres 4 lat. Na początku czerwca osoba ta zachorowała. Powstaje pytanie, z jakiego okresu powinno być przyjęte wynagrodzenie do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego.

Bierzemy pod uwagę jedynie pełne miesiące zatrudnienia w nowym miejscu pracy. W przedstawionej sytuacji do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego należy przyjąć przeciętne wynagrodzenie miesięczne wypłacone za pełne miesiące kalendarzowe pracy u nowego pracodawcy, tj. za marzec, kwiecień i maj. Wynagrodzenie otrzymywane w poprzedniej pracy nie zostaje wliczone do podstawy wymiaru zasiłku, gdyż podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się z uwzględnieniem wynagrodzenia uzyskanego u płatnika składek, a nie u każdego kolejnego płatnika składek w okresie 12 miesięcy poprzedzających chorobę.

3. Świadczenie rehabilitacyjne i zasiłek wyrównawczy

W odniesieniu do tych świadczeń również stosujemy odpowiednio przepisy ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Zmiana dotyczy wysokości świadczenia rehabilitacyjnego, do którego prawo powstało w związku z wypadkiem przy pracy. Wynosi ono bowiem, tak jak zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego, 100% podstawy wymiaru świadczenia. Wysokość świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia chorobowego wynosi zaś:

- 90% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego za okres pierwszych trzech miesięcy,
- 75% tej podstawy za pozostały okres,
- 100% tej podstawy, jeżeli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży.

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy. W konsekwencji przysługuje ono przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy.

Z takiego unormowania wynika, że stan zdrowia danej osoby podlega ocenie przy przejściu z zasiłku chorobowego na świadczenie rehabilitacyjne. Decyzje w tych sprawach (o konieczności przyznania świadczenia, o dalszych rokowaniach leczniczych i o okresie, na jaki świadczenie to musi zostać przyznane) orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Od jego orzeczenia ubezpieczonemu przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej ZUS w terminie i na zasadach przewidzianych w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Sięgnąć musimy do art. 14 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j.t. Dz.U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 ze zm.). Sprzeciw powinien być wniesiony w ciągu 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia lekarza orzecznika.

Jeżeli nie wniesiono sprzeciwu lub zarzutu wadliwości, orzeczenie lekarza orzecznika albo orzeczenie komisji lekarskiej ZUS stanowi podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego.

Świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub do świadczenia przedemerytalnego oraz do urlopu dla poratowania zdrowia, udzielonego na podstawie odrębnych przepisów.

Podstawę wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego stanowi wcześniej ustalona podstawa wymiaru zasiłku chorobowego. Nie dokonujemy tutaj zatem ponownego ustalenia podstawy wymiaru, a jedynie musimy dokonać waloryzacji uprzednio przyjętej kwoty stanowiącej podstawę wyliczenia zasiłku chorobowego.

Dla celów obliczenia świadczenia rehabilitacyjnego podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta do obliczenia tego świadczenia podlega waloryzacji według zasad wskazanych w art. 19 ust. 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa:

- jeżeli pierwszy dzień okresu, na który przyznano świadczenie rehabilitacyjne, przypada w I kwartale kalendarzowym danego roku, podstawa wymiaru zasił-

ku chorobowego przyjęta do obliczenia tego świadczenia ulega podwyższeniu o procent wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłaszanego dla celów emerytalnych w III kwartale w stosunku do I kwartału ubiegłego roku kalendarzowego;

- jeżeli pierwszy dzień okresu, na który przyznano świadczenie rehabilitacyjne, przypada w II kwartale kalendarzowym danego roku, podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta do obliczenia tego świadczenia ulega podwyższeniu o procent wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłaszanego dla celów emerytalnych w IV kwartale w stosunku do II kwartału ubiegłego roku kalendarzowego;
- jeżeli pierwszy dzień okresu, na który przyznano świadczenie rehabilitacyjne, przypada w III kwartale kalendarzowym danego roku, podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta do obliczenia tego świadczenia ulega podwyższeniu o procent wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłaszanego dla celów emerytalnych w I kwartale tego roku kalendarzowego w stosunku do III kwartału ubiegłego roku kalendarzowego;
- jeżeli pierwszy dzień okresu, na który przyznano świadczenie rehabilitacyjne, przypada w IV kwartale kalendarzowym danego roku, podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta do obliczenia tego świadczenia ulega podwyższeniu o procent wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłaszanego dla celów emerytalnych w II kwartale tego roku kalendarzowego w stosunku do IV kwartału ubiegłego roku kalendarzowego.

Wskaźnik waloryzacji obowiązujący w następnym kwartale ogłaszany jest przez prezesa ZUS w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, w terminie do ostatniego dnia każdego kwartału kalendarzowego.

Zasiłek wyrównawczy przeznaczony jest wyłącznie dla ubezpieczonych będących pracownikami. Świadczenie to przysługuje pracownikowi ze zmniejszoną sprawnością do pracy, który wykonuje pracę:

- w zakładowym lub międzyzakładowym ośrodku rehabilitacji zawodowej,
- u pracodawcy na wyodrębnionym stanowisku pracy, dostosowanym do potrzeb adaptacji lub przyuczenia do określonej pracy.

Warunkiem uzyskania tego zasiłku jest nieprzekraczanie określonej wysokości dochodów. Miesięczne wynagrodzenie tej osoby osiągane podczas rehabilitacji musi bowiem być niższe od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ustalonego według określonych w rozdziale 8 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłków przysługujących ubezpieczonym będącym pracownikami.

Zasiłek wyrównawczy przysługuje przez okres rehabilitacji zawodowej. Prawo do niego ustaje:

- z dniem zakończenia rehabilitacji zawodowej i przesunięcia do innej pracy, nie później jednak niż po 24 miesiącach od dnia, w którym ubezpieczony będący pracownikiem podjął rehabilitację (maksymalnie zasiłek ten można zatem pobierać przez okres 24 miesięcy),
- jeżeli z uwagi na stan zdrowia ubezpieczonego będącego pracownikiem rehabilitacja zawodowa stała się niecelowa. Uprawnionym do oceny jest lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (już nie wojewódzki ośrodek medycyny pracy).

Podobnie jak w przypadku świadczeń rehabilitacyjnych, od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS ubezpieczonemu przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej ZUS wniesiony w ciągu 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Zarzut wadliwości

orzeczenia lekarza orzecznika może zgłosić także prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Zasiłek ten nie przysługuje osobom uprawnionym do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy.

Najprościej mówiąc, zasiłek wyrównawczy stanowi różnicę między przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem ustalonym według zasad służących do określenia podstawy wymiaru zasiłków dla pracowników a miesięcznym wynagrodzeniem osiągniętym za pracę w warunkach rehabilitacji zawodowej. Jeżeli ubezpieczony, będący pracownikiem, przepracował tylko część miesiąca wskutek nieobecności w pracy z przyczyn usprawiedliwionych, zasiłek wyrównawczy za ten miesiąc przysługuje w wysokości różnicy między przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem zmniejszonym o jedną trzydziestą część za każdy dzień tej nieobecności, a wynagrodzeniem osiągniętym w tym miesiącu.

Zasiłek ten nie przysługuje osobom uprawnionym do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy.

4. Jednorazowe odszkodowanie

Ubezpieczonemu, który wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, przysługuje z tego tytułu jednorazowe odszkodowanie.

Stałym uszczerbkiem na zdrowiu jest takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy. Za długotrwały uszczerbek na zdrowiu uważa się zaś takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.

Oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu oraz jego związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową dokonuje się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji. Zastosowanie znajdują tutaj przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U. Nr 234, poz. 1974).

Wniosek o jednorazowe odszkodowanie do płatnika składek składa ubezpieczony (lub uprawniony członek rodziny w przypadku jednorazowego odszkodowania dla członków rodziny zmarłego ubezpieczonego). Wniosek zawiera następujące dane identyfikacyjne:

- płatnika składek: numery NIP i REGON, a w przypadku gdy płatnikowi nie nadano obu tych numerów lub jednego z nich – numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo paszportu;
- ubezpieczonego: numery PESEL i NIP, a w przypadku gdy ubezpieczony nie posiada tych numerów lub jednego z nich – serię i numer dowodu osobistego albo paszportu.

Po otrzymaniu wniosku płatnik składek kompletuje dokumentację niezbędną do ustalenia uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, spowodowanego wypadkiem przy pracy, w szczególności:

- protokół powypadkowy,
- prawomocny wyrok sądu pracy,

- kartę wypadku,
- zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, pod którego opieką znajduje się ubezpieczony,
- odpis aktu zgonu – w przypadku zgonu osoby, która uległa wypadkowi przy pracy.

Płatnik składek, po zakończeniu leczenia i rehabilitacji przez ubezpieczonego, przekazuje wniosek wraz ze skompletowaną dokumentacją terenowej jednostce organizacyjnej ZUS (właściwej ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego), w celu skierowania ubezpieczonego na badanie przeprowadzane przez lekarza orzecznika ZUS.

Ubezpieczony będący płatnikiem składek, osoby z nim współpracujące, a także uprawniony członek rodziny kompletują dokumentację i przekazują ją wraz z wnioskiem o jednorazowe odszkodowanie bezpośrednio do właściwej terenowej jednostki organizacyjnej ZUS. Takie postępowanie stosuje się również w przypadku:

- braku płatnika obowiązującego do skompletowania dokumentacji,
- zgłaszania przez ubezpieczonego wniosku o jednorazowe odszkodowanie w związku z pogorszeniem się stanu zdrowia w następstwie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

ZUS ustala w ciągu 7 dni od dnia otrzymania wniosku termin badania ubezpieczonego przez lekarza orzecznika.

Ocena procentowa stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu dokonywana jest przez lekarza orzecznika według wskazań określonych w załączniku do tego rozporządzenia.

Lekarz orzecznik ZUS ustala stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu oraz jego związek z wypadkiem przy pracy na podstawie bezpośredniego badania ubezpieczonego i posiadanej dokumentacji medycznej oraz przedstawionej dokumentacji dotyczącej tego wypadku przy pracy.

Jeżeli wypadek przy pracy spowodował uszkodzenie kilku kończyn, narządów lub układów, ogólny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu równa się sumie procentów uszczerbku ustalonych za poszczególne uszkodzenie, w sposób określony w ocenie procentowej, z ograniczeniem do 100%. Przy wielomiejscowym uszkodzeniu kończyny ogólny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu równa się sumie procentów uszczerbku, ustalonych za poszczególne uszkodzenie w sposób określony w ocenie procentowej, z tym że procent ten nie może być wyższy od procentu przewidzianego za utratę uszkodzonej części kończyny.

W przypadku utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, którego funkcje były naruszone przed wypadkiem przy pracy, stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się w wysokości różnicy pomiędzy stwierdzonym stopniem tego uszczerbku a stopniem naruszenia istniejącego bezpośrednio przed wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową. Jeżeli nie jest możliwe określenie, w jakim stopniu organ, narząd lub układ był upośledzony przed wypadkiem przy pracy, przyjmuje się, że upośledzenia nie było.

Wyplata jednorazowego odszkodowania jest dokonywana w trybie przewidzianym dla wypłaty świadczeń określonych w przepisach ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j.t. Dz.U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 ze zm.). Dla omawianej sprawy istotne są odpowiednie przepisy działu IX tej ustawy.

Członkami rodziny uprawnionymi do jednorazowego odszkodowania w razie śmierci ubezpieczonego na skutek wypadku przy pracy są:

- małżonek (jednorazowe odszkodowanie nie przysługuje jednak małżonkowi w przypadku orzeczonej separacji),
- dzieci własne, dzieci drugiego małżonka, dzieci przysposobione oraz przyjęte na wychowanie i utrzymanie przed osiągnięciem pełnoletności wnuki, rodzeństwo i inne dzieci, w tym również w ramach rodziny zastępczej, spełniające w dniu śmierci ubezpieczonego lub rencisty warunki uzyskania renty rodzinnej,
- rodzice, osoby przysposabiające, macocha oraz ojczym, jeżeli w dniu śmierci ubezpieczonego lub rencisty prowadzili z nim wspólne gospodarstwo domowe lub jeżeli ubezpieczony lub rencista bezpośrednio przed śmiercią przyczynił się do ich utrzymania albo jeżeli ustalone zostało wyrokiem lub ugodą sądową prawo do alimentów z jego strony.

Przyznanie lub odmowa przyznania jednorazowego odszkodowania oraz ustalenie jego wysokości następuje w drodze decyzji ZUS, która powinna zostać wydana w ciągu 14 dni od dnia:

- otrzymania orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej,
- wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji.

Jeżeli w wyniku decyzji zostało ustalone prawo do jednorazowego odszkodowania oraz jego wysokość, ZUS z urzędu zobowiązany jest do wypłaty odszkodowania w terminie 30 dni od dnia wydania decyzji.

Od decyzji przysługuje odwołanie w trybie i na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (j.t. Dz.U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74 ze zm.). Środki odwoławcze od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określa art. 83 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz art. 477⁸ – 477^{14a} Kodeksu postępowania cywilnego.

Wysokość jednorazowego odszkodowania (zarówno dla ubezpieczonego, jak i dla uprawnionych członków rodziny zmarłego ubezpieczonego) określona została szczegółowo w obwieszczeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 lutego 2009 r. w sprawie wysokości kwot jednorazowych odszkodowań z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej (M.P. Nr 12, poz. 149).

W okresie od 1 kwietnia 2009 r. do 31 marca 2010 r. kwoty jednorazowych odszkodowań wynoszą:

- 589 zł za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 589 zł za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, z tytułu zwiększenia tego uszczerbku co najmniej o 10 punktów procentowych;
- 10 304 zł z tytułu orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego;
- 10 304 zł z tytułu orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji wskutek pogorszenia się stanu zdrowia rencisty;
- 52 990 zł, gdy do jednorazowego odszkodowania uprawniony jest małżonek lub dziecko zmarłego ubezpieczonego lub rencisty;
- 26 495 zł, gdy do jednorazowego odszkodowania uprawniony jest członek rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty inny niż małżonek lub dziecko;
- 52 990 zł, gdy do jednorazowego odszkodowania uprawnieni są równocześnie małżonek i jedno lub więcej dzieci zmarłego ubezpieczonego lub rencisty, oraz 10 304 zł z tytułu zwiększenia tego odszkodowania przysługującego na każde z tych dzieci;

- 52 990 zł, gdy do jednorazowego odszkodowania uprawnionych jest równocześnie dwoje lub więcej dzieci zmarłego ubezpieczonego lub rencisty, oraz 10 304 zł z tytułu zwiększenia tego odszkodowania przysługującego na drugie i każde następne dziecko;
- 10 304 zł, gdy obok małżonka lub dzieci do jednorazowego odszkodowania uprawnieni są równocześnie inni członkowie rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty, każdemu z nich niezależnie od odszkodowania przysługującego małżonkowi lub dzieciom;
- 26 495 zł, gdy do jednorazowego odszkodowania uprawnieni są tylko członkowie rodziny inni niż małżonek lub dzieci zmarłego ubezpieczonego lub rencisty, oraz 10 304 zł z tytułu zwiększenia tego odszkodowania przysługującego na drugiego i każdego następnego uprawnionego.

■ Z orzecznictwa

Jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy (wypadku w drodze do i z pracy) wypłacone przez pracodawcę nie podlega odliczeniu od zadośćuczynienia pieniężnego przysługującego poszkodowanemu na podstawie art. 445 § 1 k.c.; odszkodowanie to powinno natomiast być wzięte pod uwagę przy określaniu wysokości zadośćuczynienia, co nie jest jednoznaczne z mechanicznym zmniejszeniem sumy zadośćuczynienia o kwotę tego odszkodowania – wyrok z 21 października 2003 r. (sygn. akt I CK 410/02, niepubl.).

5. Renty i dodatki

Niektóre osoby mają prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowe, także dodatku do renty rodzinnej oraz dodatku pielęgnacyjnego. Przy ustalaniu wysokości któregoś z tych świadczeń oraz w odniesieniu do zasad ich wypłaty stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o emeryturach i rentach z FUS, z uwzględnieniem zmian wynikających z przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Znamienne jest, że świadczenia te przysługują niezależnie od długości okresu ubezpieczenia wypadkowego oraz bez względu na datę powstania niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy. Rozwiązanie takie jest znamienne dla świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego. Negatywne konsekwencje zdrowotne wypadku przy pracy wiążą się ze szczególnym ryzykiem ubezpieczeniowym, dlatego niedopuszczalne byłoby ustanowienie zasad ich nabywania analogicznych do wynikających ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.

Prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, które ustało z powodu ustąpienia niezdolności do pracy, przywraca się w razie ponownego powstania tej niezdolności, bez względu na okres, jaki upłynął od ustania prawa do renty.

Renta rodzinna z ubezpieczenia wypadkowego przysługuje uprawnionym członkom rodziny ubezpieczonego, który zmarł wskutek wypadku przy pracy. Renta ta przysługuje jednak również w razie śmierci wskutek wypadku przy pracy rencisty uprawnionego do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Renta z tytułu niezdolności do pracy i renta szkoleniowa z ubezpieczenia wypadkowego nie może być niższa niż:

- 80% podstawy jej wymiaru – dla osoby całkowicie niezdolnej do pracy,
- 60% podstawy jej wymiaru – dla osoby częściowo niezdolnej do pracy,
- 100% podstawy jej wymiaru – dla osoby uprawnionej do renty szkoleniowej.

Jeżeli do renty rodzinnej z ubezpieczenia wypadkowego jest uprawniona sierota zupełna, przysługuje jej z tego ubezpieczenia dodatek dla sieroty zupełnej na zasadach i w wysokości określonej w ustawie o emeryturach i rentach z FUS. Dodatek ten wynosi 325,36 zł miesięcznie (komunikat Prezesa ZUS z dnia 20 lutego 2009 r. w sprawie kwoty najniższej emerytury i renty, dodatku pielęgnacyjnego i dodatku dla sierot zupełnych oraz kwot maksymalnych zmniejszeń emerytur i rent – M.P. Nr 14, poz. 188).

Osobie uprawnionej do renty z ubezpieczenia wypadkowego przysługuje dodatek pielęgnacyjny na zasadach i w wysokości określonej w ustawie o emeryturach i rentach z FUS. Dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej, jeżeli osoba ta została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat życia. Dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje jednak osobie, która przebywa w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, poza przypadkami, w których przebywa poza daną placówką przez okres przekraczający 2 tygodnie w miesiącu. Obecnie dodatek ten wynosi 173,10 zł miesięcznie (cyt. wyżej komunikat Prezesa ZUS).

Przepisy dotyczące świadczeń wypadkowych określają minimalną wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej oraz renty rodzinnej na 120% kwoty najniższej odpowiedniej renty ustalonej i podwyższonej zgodnie z ustawą o emeryturach i rentach z FUS.

Kwoty najniższych rent wynoszą (cyt. wyżej komunikat Prezesa ZUS):

- 675,10 zł miesięcznie – renta rodzinna i renta dla osób całkowicie niezdolnych do pracy,
 - 519,30 zł miesięcznie – renta dla osób częściowo niezdolnych do pracy.
- Świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego nie mogą być zatem niższe niż:
- 810,13 zł miesięcznie – renta rodzina i renta dla osób całkowicie niezdolnych do pracy,
 - 623,16 zł miesięcznie – renta dla osób częściowo niezdolnych do pracy.

Renta szkoleniowa wynosi 75% podstawy wymiaru renty, nie może być niższa niż najniższa renta dla osoby częściowo niezdolnej do pracy, czyli w przypadku renty szkoleniowej z ubezpieczenia wypadkowego nie może to być mniej niż 623,16 zł miesięcznie.

6. Pokrycie kosztów leczenia i wyrobów medycznych

Ze środków funduszu wypadkowego pokrywane są koszty skutków wypadków przy pracy związane ze świadczeniami zdrowotnymi z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych, na które ubezpieczony został skierowany przez lekarza orzecznika na wniosek lekarza prowadzącego, nierefundowane na podstawie odrębnych przepisów. Pokrywane są również koszty wyrobów medycznych będą-

cych przedmiotami ortopedycznymi w wysokości udziału własnego ubezpieczonego określonego w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Świadczenia te realizowane są przez placówki medyczne wybrane przez ZUS. Chodzi, przynajmniej w teorii, o minimalizację kosztów z tym związanych.

■ Przykład

W wyniku wypadku przy pracy pracownik wybił sobie kilka zębów. Wiem, że świadczenia z NFZ nie obejmują wszystkich zabiegów stomatologicznych. Czy w związku z tym, że był to wypadek przy pracy, osoba ta może liczyć na pokrycie z ubezpieczenia wypadkowego wstawienia sztucznych zębów?

W takiej sytuacji pracownik będzie miał pokryte z ubezpieczenia wypadkowego niezbędne leczenie stomatologiczne w zakresie koniecznym, a wykraczającym poza gwarantowane świadczenia przysługujące z ubezpieczenia zdrowotnego.

7. Kiedy świadczenia nie przysługują

Świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego nie przysługują ubezpieczonemu, gdy:

- wyłączną przyczyną wypadku było udowodnione naruszenie przez ubezpieczonego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa;
- ubezpieczony, będąc w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających bądź substancji psychotropowych, przyczynił się w znacznym stopniu do spowodowania wypadku.

Zaznaczymy, że wyłączenie to dotyczy uprawnień ubezpieczonego, a nie członków jego rodziny. Śmierć ubezpieczonego na skutek wypadku przy pracy będzie zatem, pomimo wystąpienia którejś z tych okoliczności, podstawą do domagania się świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego przez członków jego rodziny.

Winę lub rażące niedbalstwo pracownika poszkodowanego w wypadku przy pracy należy konkretnie udowodnić. Nie wystarczy wykazanie nieprzestrzegania przepisów bhp – podkreślił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 23 listopada 2004 r. (sygn. akt II UK 30/04, M.P.Pr. 2005/1/342).

Jeżeli zachodzi uzasadnione przypuszczenie, że ubezpieczony znajdował się w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, płatnik składek kieruje ubezpieczonego na badanie niezbędne do ustalenia zawartości alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych w organizmie. Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się temu badaniu. Odmowa poddania się badaniu lub inne zachowanie uniemożliwiające jego przeprowadzenie powoduje pozbawienie prawa do świadczeń, chyba że ubezpieczony udowodni, że miały miejsce przyczyny, które uniemożliwiły poddanie się temu badaniu.

■ Przykład

Pracownik spadł podczas pracy z rusztowania i zginął. Okazało się, że był pod wpływem alkoholu. Czy w takiej sytuacji rodzinie zmarłego

go mogą przysługiwać jakiegokolwiek świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego (chodzi mi przede wszystkim o jednorazowe odszkodowanie), czy też zdarzenie to nie może zostać zakwalifikowane jako wypadek przy pracy?

Stan nietrzeźwości pracownika podczas wypadku przy pracy może wpływać jedynie na prawo do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego należnych jemu, a nie uprawnionym członkom jego rodziny. W przedstawionej sytuacji członkowie rodziny zmarłego pracownika powinni otrzymać odszkodowanie.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z 28 czerwca 2007 r. (sygn. akt III AUa 1502/06, OSAB 2007/2/52) orzekł, że renta rodzinna z ubezpieczenia wypadkowego przysługuje uprawnionym członkom rodziny ubezpieczonego, który zmarł wskutek wypadku przy pracy, również w sytuacji gdy znajdował się w stanie nietrzeźwym w czasie zdarzenia, jeżeli nie przyczynił się do zaistnienia wypadku.

■ Definicje

Stan nietrzeźwości – zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (j.t. Dz.U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 ze zm.) stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi powyżej 0,5 promila alkoholu albo
- obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.

Dopiero wykazanie takiego poziomu alkoholu pozwala przyjmować, że pracownik nie jest uprawniony do świadczeń z ubezpieczenia społecznego w związku z wypadkiem przy pracy.

Środek odurzający – jest to każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie środków odurzających stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz. 1485 ze zm.).

Substancja psychotropowa – każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ww. ustawy.

Można by także uznać, że zdarzenie, które miało miejsce pod wpływem alkoholu lub narkotyków, nie może być wypadkiem przy pracy ze względu na zerwanie związku z pracą. Ciągłe jednak trzeba uznać, iż miało miejsce „podczas wykonywania obowiązków pracowniczych”, a zatem spełnia jednak cechy wypadku.

Ważne dla pracodawcy jest to, że koszty tych badań zwracane mu są przez ZUS, a jeżeli okaże się, że dana osoba faktycznie była pod wpływem alkoholu lub środków odurzających i ponadto przyczyniła się w znacznym stopniu do spowodowania wypadku, to ona zostanie obciążona kosztami badań. W takim przypadku zasady ponoszenia odpowiednich kosztów określa rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 kwietnia 2003 r. w sprawie dokonywania rozliczeń kosztów badań niezbędnych do ustalenia zawartości alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych w organizmie (Dz.U. Nr 70, poz. 646).

Rozliczenie kosztów badań ubezpieczonego niezbędnych do ustalenia zawartości alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych w organizmie, poniesionych przez płatnika składek, następuje na podstawie jego wniosku złożonego w terenowej jednostce organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecz-

nych właściwej ze względu na siedzibę płatnika składek. Wzór wniosku określa załącznik do tego rozporządzenia. Wniosek składa się w przypadku negatywnego wyniku badania lub dodatniego wyniku badania, jeżeli ubezpieczony nie przyczynił się w znacznym stopniu do spowodowania wypadku.

Do wniosku należy dołączyć:

- kserokopię lub odpis protokołu powypadkowego albo karty wypadku,
- kserokopię wyników badań ubezpieczonego, na które ubezpieczony został skierowany przez płatnika składek,
- oryginał dowodu stwierdzającego wysokość poniesionych kosztów badań.

Pamiętajmy, że wszystkie kserokopie dokumentów muszą być poświadczone przez płatnika składek (pracodawcę, a w praktyce osobę działającą w jego imieniu) za zgodność z oryginałem.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych zwraca płatnikowi składek poniesione przez niego koszty badań nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dokumentami. Termin ten dotyczy jedynie sytuacji, w których wniosek i dokumenty nie są dotknięte brakami formalnymi lub merytorycznymi. W przeciwnym wypadku ZUS dokonuje zwrotu kosztów badań nie później niż w terminie 30 dni od wyjaśnienia ostatniej wątpliwości. Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokonuje zwrotu kosztów badań na rachunek bankowy wskazany we wniosku przez płatnika składek.

ZUS odmówi przyznania świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego (odmowa jest obligatoryjna) w razie:

- nieprzedstawienia protokołu powypadkowego lub karty wypadku,
- nieuznania w protokole powypadkowym lub karcie wypadku zdarzenia za wypadek przy pracy w rozumieniu ustawy,
- gdy protokół powypadkowy lub karta wypadku zawierają stwierdzenia bezpodstawne.

Odmowa przyznania świadczeń z tych powodów następuje w drodze decyzji ZUS. Jeżeli w protokole powypadkowym lub karcie wypadku są braki formalne, ZUS niezwłocznie zwraca protokół lub kartę wypadku w celu ich uzupełnienia.

Od decyzji tej przysługuje odwołanie do właściwego sądu w terminie i według zasad określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego. Odwołanie wnosi się na piśmie do jednostki organizacyjnej ZUS, która wydała decyzję, lub do protokołu sporządzonego przez tę jednostkę. Jeżeli ZUS uzna odwołanie za słuszne, zmienia lub uchyla decyzję niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia odwołania. W tym wypadku odwołaniu nie nadaje się dalszego biegu. Jeżeli zaś odwołanie nie zostało w całości lub w części uwzględnione, ZUS przekazuje niezwłocznie (maksymalnie w ciągu 30 dni od dnia wniesienia odwołania) sprawę do sądu wraz z uzasadnieniem.

■ Przykład

Pracownik uległ wypadkowi przy pracy. Wypadek zatwierdzony protokołem inspektora BHP. W trakcie postępowania okazało się, że pracownik podczas wypadku był pod wpływem alkoholu. Czy zakład pracy powinien wypłacić wynagrodzenie chorobowe w wysokości 100%? ZUS stwierdził, że wypadek ten nie może być uznany za wypadek przy pracy. Zakład wypłacił przez cały okres zwolnienia lekarskiego wynagrodzenie i zasiłek w wysokości 80%.

W przykładzie tym bezsporne jest, że w chwili zdarzenia pracownik był pod wpływem alkoholu. Wypadek został zaś zatwierdzony protokołem. Przypomnijmy,

że za wypadek przy pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą:

- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych;
- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia;
- w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

Jeżeli dane zdarzenie wypełniało te cechy, to musi być uznane za wypadek przy pracy. ZUS może jednak kwestionować prawo do świadczeń wypadkowych. Świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego nie przysługują ubezpieczonemu, który, będąc w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających bądź substancji psychotropowych, przyczynił się w znacznym stopniu do spowodowania wypadku. O stanie nietrzeźwości mowa jest wtedy, gdy – przypomnijmy – zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi powyżej 0,5 promila alkoholu albo
- obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.

Musimy jednak pamiętać także o konieczności przyczynienia się pracownika do wypadku. Jeżeli np. na pracownika będącego pod wpływem alkoholu spadnie źle umocowana (przez kogoś innego) belka, a pracownik znajdował się w miejscu, w którym dopuszczalne było przebywanie osób, trudno mówić o przyczynieniu się do powstania wypadku przy pracy.

W związku z wypadkiem przy pracy ubezpieczonemu przysługuje m.in. zasiłek chorobowy w wysokości 100% podstawy wymiaru. Jeżeli był podczas zdarzenia w stanie nietrzeźwości, ZUS odmówi przyznania mu świadczeń wypadkowych. Tym samym nie można mówić tutaj o zasiłku chorobowym w tej wysokości, co nie oznacza jednak, że osoba ta będzie całkowicie pozbawiona tego zasiłku. Otrzyma go na zwykłych zasadach, jako że niezdolność do pracy powstała w okresie ubezpieczenia chorobowego (pamiętajac oczywiście o okresach wyczekiwania). Ubezpieczonemu, którego niezdolność do pracy spowodowana została nadużyciem alkoholu, zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres pierwszych 5 dni tej niezdolności. Świadczenie to wypłacane jest dopiero po tym okresie.

W przedstawionej zatem sytuacji pracownikowi przysługiwał zasiłek chorobowy w wysokości 80% podstawy jego wymiaru. Ewentualnie powinien go zostać pozbawiony za pierwsze 5 dni niezdolności do pracy, ale tylko wówczas, gdy niezdolność do pracy powstała na skutek użycia alkoholu.

8. Odszkodowanie za utracone lub uszkodzone przedmioty

Na podstawie art. 237¹ Kodeksu pracy pracownikowi, który uległ wypadkowi przy pracy, przysługuje od pracodawcy odszkodowanie za utratę lub uszkodzenie w związku z wypadkiem przedmiotów osobistego użytku oraz przedmiotów niezbędnych do wykonywania pracy. Nie dotyczy to utraty lub uszkodzenia pojazdów samochodowych oraz wartości pieniężnych.

Pracodawca ponosi tutaj odpowiedzialność za szkodę w mieniu pracownika jedynie z tego tytułu, że do powstania tej szkody doszło w związku z wypadkiem przy pracy. Nie ma tutaj zatem znaczenia ewentualna wina pracodawcy. Odpowiedzialności pracodawcy nie wyłącza powstania wypadku na skutek działania siły wyższej, zawinionego działania osób trzecich, czy nawet samego pracownika, który uległ wypadkowi. Odpowiada on zawsze, jeżeli zachodzi związek pomiędzy danym zdarzeniem (wypadkiem) a określoną stratą.

Podkreślenia wymaga, że przepisy Kodeksu pracy nie zawierają wyłączenia odpowiedzialności pracodawcy w razie wystąpienia sytuacji wyłączających prawo do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego. Przypomnijmy, że świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego nie przysługują pracownikowi, który uległ wypadkowi przy pracy, jeżeli:

- wyłączną przyczyną wypadku było udowodnione naruszenie przez ubezpieczonego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa,
- ubezpieczony, będąc w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających albo substancji psychotropowych, przyczynił się w znacznym stopniu do spowodowania wypadku.

Wystąpienie tych okoliczności nie wyłącza bowiem samej kwalifikacji danego zdarzenia jako wypadku przy pracy. Przyczyny wystąpienia wypadku nie decydują bowiem o takim czy innym jego zakwalifikowaniu (tzn. jako wypadku przy pracy lub innego wypadku), zaś okoliczności wskazane powyżej odnoszą się jedynie do konsekwencji wypadku w zakresie świadczeń dla pracownika.

Warto pomyśleć, zwłaszcza w zakładach pracy, w których ze względu na rodzaj wykonywanej pracy istnieje duże zagrożenie wypadkowe, o wykupieniu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej związanej z następstwami majątkowymi wypadku przy pracy, gwarantujące ochronę pracodawcy w przypadku wystąpienia pracownika z roszczeniami w związku z wypadkiem przy pracy.

Jeżeli na skutek wypadku przy pracy nastąpiła śmierć pracownika odszkodowanie za utracone lub uszkodzone przedmioty przysługuje jego rodzinie.

Zgodnie z art. 63¹ k.p. prawa majątkowe ze stosunku pracy przechodzą po śmierci pracownika, w równych częściach, na małżonka oraz inne osoby spełniające warunki wymagane do uzyskania renty rodzinnej w myśl przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j.t. Dz.U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 ze zm.). Dopiero w razie braku takich osób prawa te wchodzi do spadku. Należności te nie wchodzi zatem do spadku wtedy, gdy są, wskazane poniżej, osoby uprawnione do ich otrzymania.

Wszystkie osoby uprawnione do świadczeń majątkowych ze stosunku pracy po zmarłym pracowniku mają taki sam status, tzn. każdej z nich przypada równa część ogólnej kwoty należnych świadczeń.

Na podstawie art. 67 o emeryturach i rentach z FUS do renty rodzinnej uprawnieni są następujący członkowie rodziny:

- dzieci własne, dzieci drugiego małżonka oraz dzieci przysposobione,
- przyjęte na wychowanie i utrzymanie przed osiągnięciem pełnoletności wnuki, rodzeństwo i inne dzieci, w tym również w ramach rodziny zastępczej,
- małżonek (wdowa i wdowiec),
- rodzice.

Dzieci własne, dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione mają prawo do renty rodzinnej:

- do ukończenia 16 lat,

- do ukończenia nauki w szkole, jeżeli przekroczyły 16 lat życia, nie dłużej jednak niż do osiągnięcia 25 lat życia albo
- bez względu na wiek, jeżeli stały się całkowicie niezdolne do pracy oraz do samodzielnej egzystencji lub całkowicie niezdolne do pracy w wyżej wskazanym okresie.

W przypadku gdy dziecko osiągnęło wiek 25 lat, będąc na ostatnim roku studiów w szkole wyższej, prawo do renty rodzinnej przedłuża się do zakończenia tego roku studiów.

Przyjęte na wychowanie i utrzymanie wnuki, rodzeństwo i inne dzieci mają prawo do renty rodzinnej, jeżeli spełniają warunki określone powyżej odnoszące się do dzieci własnych, dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobionych, a ponadto:

- zostały przyjęte na wychowanie i utrzymanie co najmniej na rok przed śmiercią ubezpieczonego (emeryta lub rencisty), chyba że śmierć była następstwem wypadku, oraz
- nie mają prawa do renty po zmarłych rodzicach, a gdy rodzice żyją, jeżeli:
 - nie mogą zapewnić im utrzymania albo
 - ubezpieczony (emeryt lub rencista) lub jego małżonek był ich opiekunem ustanowionym przez sąd.

Wdowa lub wdowiec ma prawo do renty rodzinnej, jeżeli:

- w chwili śmierci małżonka osiągnęła (osiągnął) wiek 50 lat lub była (był) niezdolna do pracy albo
- wychowuje co najmniej jedno z dzieci, wnuków lub rodzeństwa uprawnione do renty rodzinnej po zmarłym mężu, które nie osiągnęło 16 lat, a jeżeli kształci się w szkole – 18 lat życia, lub jeżeli sprawuje pieczę nad dzieckiem całkowicie niezdolnym do pracy oraz do samodzielnej egzystencji lub całkowicie niezdolnym do pracy, uprawnionym do renty rodzinnej.

Prawo do renty rodzinnej nabywa również wdowa (lub wdowiec), która osiągnęła wiek 50 lat lub stała się niezdolna do pracy po śmierci męża (żony), nie później jednak niż w ciągu 5 lat od jego śmierci lub od zaprzestania wychowywania osób wymienionych w drugim z powyższych punktów.

Małżonka rozwiedziona lub wdowa (odpowiednio: rozwiedziony małżonek lub wdowiec), która do dnia śmierci męża nie pozostawała z nim we wspólności małżeńskiej, ma prawo do renty rodzinnej, jeżeli oprócz spełnienia tych warunków miała w dniu śmierci męża prawo do alimentów z jego strony ustalone wyrokiem lub ugodą sądową.

■ Z orzecznictwa

Z faktu trwania małżeństwa wynika domniemanie, że wspólność małżeńska istnieje. Domniemania tego nie obala wyłącznie to, że małżonkowie mieszkają w innych domach i nie prowadzą wspólnego gospodarstwa. ZUS, odmawiając przyznania renty wdowie na podstawie twierdzenia braku istnienia tejże wspólnoty, ma obowiązek wykazać, że się ona rzeczywiście rozpadła – wyrok Sądu Najwyższego z 15 czerwca 2005 r. (sygn. akt II UK 248/04, M.Prawn. 2005/13/620).

Wdowa lub wdowiec niespełniający powyższych warunków do renty rodzinnej i niemający niezbędnych źródeł utrzymania ma prawo do okresowej renty rodzinnej:

- przez okres jednego roku od chwili śmierci męża (żony),
- w okresie uczestniczenia w zorganizowanym szkoleniu mającym na celu uzyskanie kwalifikacji do wykonywania pracy zarobkowej, nie dłużej jednak niż przez 2 lata od chwili śmierci męża (żony).
Rodzice zmarłego mają prawo do renty rodzinnej, jeżeli:
- ubezpieczony (emeryt lub rencista) bezpośrednio przed śmiercią przyczynił się do ich utrzymania;
- spełniają odpowiednio warunki określone dla wdowy i wdowca.

■ Przykład

Podczas pracy pracownik niechcący rozbił drugiemu pracownikowi głowę. Kto odpowiada za ten czyn? Czy poszkodowany pracownik będzie dochodził roszczeń z tym związanych ode mnie, czy też od zatrudnionego przeze mnie pracownika (sprawcy)? Czy poszkodowany może dochodzić tutaj dwóch odszkodowań?

Poszkodowany pracownik powinien uzyskać pokrycie straty spowodowanej powstaniem uszczerbku na zdrowiu z ubezpieczenia wypadkowego. Do naprawienia szkody wykraczającej poza świadczenia z tego ubezpieczenia zobowiązany jest w przedstawionej sytuacji pracodawca.

Zdarzenie to jak najbardziej powinno być zakwalifikowane jako wypadek przy pracy, w związku z czym pracownikowi będą przysługiwały świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego. Świadczenia te mogą jednak nie pokryć szkody w całości. W takiej sytuacji znajdują zastosowanie postanowienia prawa pracy określające w sposób szczególny odpowiedzialność za wyrządzenie szkody przez pracownika.

Zgodnie z art. 120 k.p. w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca. Osobą trzecią jest każda osoba, a więc i inny pracownik tego samego zakładu pracy. Pracodawca ponosi tutaj odpowiedzialność wobec poszkodowanego na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego o odpowiedzialności za cudze czyny. Jak wskazał Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały 7 sędziów (zasada prawna) z 12 czerwca 1976 r. (sygn. akt III CZP 5/76, OSNC 1977/4/61) działanie lub zaniechanie pracownika przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych utożsamia się w rzeczy samej z działaniem lub zaniechaniem zakładu pracy. Jeżeli przeto z takiego zachowania się pracownika wynikła szkoda dla osoby trzeciej, to z uwagi na ponoszenie ryzyka osobowego obowiązany do naprawienia szkody jest zakład pracy. Natomiast zainteresowany pracownik nie odpowiada za naprawienie tej szkody wobec osoby trzeciej, odpowiada tylko pośrednio w ramach ograniczonego regresu z art. 120 § 2 k.p., jeżeli z jego zachowaniem łączy się wina nieumyślna.

Istotnym dla uznania takiej właśnie odpowiedzialności jest powstanie szkody przy wykonywaniu przez pracownika obowiązków pracowniczych. Brak takiego związku powoduje, że odpowiedzialność za tę szkodę ponosi pracownik na zasadach określonych w Kodeksie cywilnym (nie występowałoby omawiane „przerzucenie” odpowiedzialności na pracodawcę). Wyrządzenie szkody następuje przy wykonywaniu obowiązków służbowych, jeżeli pomiędzy sposobem wykonywania danych czynności a powstaniem szkody występuje związek przyczynowy.

Pracownik będący sprawcą ponosi jednak mocno ograniczoną odpowiedzialność wobec pracodawcy, który poniósł koszty związane z jego działaniami. Odpowiada za szkodę w granicach rzeczywistej straty poniesionej przez pracodawcę i tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego wynikła szkoda. Pracodawca może domagać się pokrycia wysokości szkody, jednak w wysokości nie wyższej niż trzymiesięczne wynagrodzenie tego pracownika.

Koniecznym elementem do domagania się od niego pokrycia szkody pracodawcy (w postaci kwoty wypłaconej poszkodowanemu pracownikowi) jest istnienie winy po stronie sprawcy. W przedstawionej sytuacji możemy mówić jedynie o winie nieumyślnej, czyli o niezachowaniu wymaganych w danej sytuacji reguł ostrożności.

VIII. Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy w prawie UE

Możliwość otrzymania świadczeń z tytułu wypadku przy pracy (w tym także w drodze do pracy i z pracy) odnosi się ze względu na swoją specyfikę jedynie do niektórych grup osób objętych przepisami rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego dla pracowników najemnych, osób pracujących na własny rachunek i członków ich rodzin przemieszczających się w obrębie wspólnoty (j.t. Dz.U. W.E. L28 z 30.01.1997 r. ze zm.):

- pracowników,
- osób pracujących na własny rachunek,
- studentów.

Według art. 52 tego rozporządzenia uprawniony zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego innego niż państwo właściwe, który uległ wypadkowi przy pracy, korzysta w państwie swojego miejsca zamieszkania:

- ze świadczeń rzeczowych, udzielanych na rachunek instytucji właściwej przez instytucję miejsca zamieszkania, zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem, tak jak gdyby był w niej ubezpieczony;
- ze świadczeń pieniężnych, udzielanych przez instytucję właściwą, zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem. Jednakże, na podstawie porozumienia między instytucją właściwą a instytucją miejsca zamieszkania, świadczenia te mogą być udzielane przez tę ostatnią instytucję na rachunek instytucji pierwszej, zgodnie z ustawodawstwem państwa właściwego.

Pracownik przygraniczny (pojęcie to oznacza każdego pracownika wykonującego pracę zawodową na terytorium państwa członkowskiego i zamieszkującego na terytorium innego państwa członkowskiego, gdzie co do zasady powraca każdego dnia lub co najmniej raz w tygodniu) ma prawo wyboru – może korzystać ze świadczeń na terytorium państwa właściwego.

Określenie „państwo właściwe” oznacza państwo członkowskie, na którego terytorium znajduje się instytucja właściwa.

Pojęcie „instytucji właściwej” oznacza, według definicji zawartej w rozporządzeniu:

- instytucję, w której zainteresowany jest ubezpieczony w chwili składania wniosku o świadczenie lub
- instytucję, od której zainteresowany ma prawo uzyskać świadczenia lub miałby prawo do uzyskania świadczeń, gdyby on sam lub członkowie jego rodziny

zamieszkali terytorium państwa członkowskiego, w którym znajduje się ta instytucja, lub

- instytucję, określoną przez właściwą władzę danego państwa członkowskiego, lub
- w przypadku systemu dotyczącego obowiązków pracodawcy w zakresie świadczeń określonych wymienionych w katalogu wskazującym zakres koordynacji (zob. rozdział dotyczący zakresu koordynacji) pracodawcę bądź ubezpieczyciela zastępczego albo, w przypadku ich braku, organ lub władzę wyznaczoną przez właściwą władzę danego państwa członkowskiego.

Instytucję miejsca zamieszkania i instytucję miejsca pobytu rozporządzenie definiuje jako odpowiednio instytucję właściwą do udzielania świadczeń w miejscu zamieszkania zainteresowanego oraz instytucję właściwą do udzielania świadczeń w miejscu pobytu zainteresowanego, zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem, lub jeżeli taka instytucja nie istnieje – instytucję wyznaczoną przez właściwą władzę danego państwa członkowskiego.

Świadczenia pieniężne należne w związku z wystąpieniem wypadku przy pracy poszkodowany otrzymać może na podstawie ustawodawstwa, któremu podlegał w chwili nastąpienia wypadku lub powstania choroby zawodowej (czyli w państwie, w którym nastąpiła realizacja ryzyka ubezpieczeniowego).

Poszkodowany na skutek wypadku przy pracy, który przebywa na terytorium innego państwa członkowskiego niż państwo właściwe lub uzyskał zgodę instytucji właściwej:

- na powrót na terytorium państwa członkowskiego, w którym zamieszkuje, lub na przeniesienie swojego miejsca zamieszkania do innego państwa członkowskiego,
- na udanie się na terytorium innego państwa członkowskiego w celu uzyskania zabiegów leczniczych, właściwych w jego stanie zdrowia jest uprawniony do:
 - świadczeń rzeczowych, udzielanych na rachunek instytucji właściwej (instytucja właściwa określa także okres udzielania świadczeń) przez instytucję miejsca pobytu lub zamieszkania zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem, tak jak gdyby był w niej ubezpieczony,
 - świadczeń pieniężnych udzielanych przez instytucję właściwą, zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem.

Na podstawie porozumienia między instytucją właściwą a instytucją miejsca pobytu lub miejsca zamieszkania świadczenia pieniężne mogą być udzielane przez tę ostatnią instytucję na rachunek pierwszej instytucji, zgodnie z ustawodawstwem państwa właściwego.

Instytucja właściwa odmówi jednak wyrażenia zgody na przeniesienie w sytuacji, gdy występuje zagrożenie, że przeniesienie się zainteresowanego może pogorszyć stan jego zdrowia lub stosowane leczenie. Jest to jedyny przypadek, w którym można odmówić wyrażenia zgody na przeniesienie. Ponadto odmowa wyrażenia zgody na udanie się na terytorium innego państwa członkowskiego w celu uzyskania zabiegów leczniczych, właściwych w jego stanie zdrowia, jest niedopuszczalna w przypadku, w którym udzielenie koniecznych zabiegów leczniczych jest niemożliwe na terytorium państwa członkowskiego, które zamieszkuje zainteresowany.

Przepisy państw członkowskich przewidują w razie wypadku przy pracy najczęściej świadczenie w postaci renty. Jednak oprócz niej występują inne świadczenia pieniężne, takie jak przede wszystkim odszkodowania, świadczenia związane z czasową niezdolnością do pracy, świadczenia pozwalające odbyć konieczną rehabilitację.

W zakresie przyznania prawa do jakichkolwiek świadczeń z tytułu wypadku przy pracy bierzemy pod uwagę jedynie prawo wewnętrzne państwa przyznającego te świadczenia. Odnosi się to zarówno do nabycia samego prawa do świadczenia, jak też ustalenia jego wysokości. Według art. 58 rozporządzenia można wyróżnić ustalanie wysokości świadczeń na trzy sposoby:

- na podstawie uzyskiwanego przez daną osobę wynagrodzenia,
- na podstawie wynagrodzenia zryczałtowanego,
- powiązanie wysokości świadczeń z liczbą pozostających na utrzymaniu danej osoby członków rodziny.

Przepis wskazuje w związku z tym następujące zasady ustalania wysokości świadczeń:

- jeżeli ustawodawstwo danego państwa członkowskiego przewiduje ustalanie wysokości świadczeń pieniężnych na podstawie przeciętnego wynagrodzenia, ustala wysokość tych świadczeń wyłącznie na podstawie wynagrodzenia, którego uzyskanie zostało potwierdzone, w trakcie okresów ukończonych z uwzględnieniem ustawodawstwa tego państwa;
- jeżeli ustawodawstwo danego państwa przewiduje, że ustalanie wysokości świadczeń pieniężnych opiera się na wynagrodzeniu zryczałtowanym uwzględnia wyłącznie to wynagrodzenie zryczałtowane lub, w odpowiednim przypadku, średnią zryczałtowanych wynagrodzeń, za okresy ukończone z uwzględnieniem ustawodawstwa tego państwa;
- jeżeli ustawodawstwo danego państwa przewiduje, że wysokość świadczeń pieniężnych zmienia się w zależności od liczby członków rodziny, uwzględnia również tych członków rodziny zainteresowanego, którzy zamieszkują na terytorium innego państwa członkowskiego, tak jak gdyby zamieszkiwali na terytorium państwa właściwego.

Instytucja właściwa ustala także stopień niezdolności do pracy powstałej na skutek wypadku przy pracy. Poszkodowany powinien w tym zakresie z nią współpracować, informując o wszelkich wcześniejszych lub późniejszych (tzn. które nastąpiły po wypadku przy pracy, w związku z którym to zdarzeniem ustalany jest stopień niezdolności do pracy) wypadkach przy pracy podczas podlegania ustawodawstwu innego państwa członkowskiego.

Wniosek o przyznanie renty w związku z wypadkiem przy pracy należy składać do instytucji właściwej lub do instytucji miejsca zamieszkania, zaś wniosek o rentę z tytułu choroby zawodowej składa się:

- bezpośrednio w instytucji właściwej państwa, które przyznaje świadczenie (czyli państwa, na terenie którego miało miejsce ostatnie zatrudnienie mogące spowodować chorobę zawodową),
- w instytucji miejsca zamieszkania – przekazuje ona wniosek do instytucji właściwej.

■ Przykład

Pracownik pracował we Francji, później przez kilka lat w Wielkiej Brytanii, a ostatnio pracuje w Republice Czeskiej, gdzie uległ wypadkowi przy pracy. Gdzie w tej sytuacji należy ubiegać się o świadczenia?

W tym przykładzie instytucjami właściwymi w zakresie ubiegania się o świadczenia z tytułu tego wypadku będą instytucje czeskie.

■ **Przykład**

Pracownik jest zatrudniony przez firmę holenderską, ale mieszka na stałe w Niemczech, gdzie uległ wypadkowi w drodze do pracy (jadąc do Holandii). Skąd będą płynęły świadczenia – z Niemiec czy z Holandii?

W takiej sytuacji prawo do świadczeń pieniężnych należne będzie od instytucji holenderskiej, jako że w tym kraju jest ubezpieczony. Uznaje się, że wypadek miał miejsce w Holandii – art. 56 wspomnianego rozporządzenia.

Wzory dokumentów

WZÓR 1

.....
(miejscowość, data)

.....
.....
(imię, nazwisko, stanowisko
pracownika-poszkodowanego)

.....
.....
.....
(określenie pracodawcy)

Zgłoszenie wypadku przy pracy pracownika

Informuję, że w dniu r. uległem wypadkowi przy pracy. Wypadek miał miejsce w następujących okolicznościach:

.....
(podać szczegółowy przebieg wypadku, z podaniem miejsca, czasu itp.)

Na skutek tego wypadku odniosłem następujące obrażenia:

.....
(przedstawić konsekwencje wypadku w odniesieniu do stanu zdrowia pracownika)

Świadcami tego zdarzenia byli:

1.
(imię i nazwisko, adres zamieszkania,
w odniesieniu do pracowników danego zakładu pracy także stanowisko)
2.
(imię i nazwisko, adres zamieszkania,
w odniesieniu do pracowników danego zakładu pracy także stanowisko)

Do niniejszego pisma załączam dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie wskazanych wyżej obrażeń:

1.
2.
(wymienić załączone dokumenty)

.....
(podpis pracownika)

.....
(miejscowość, data)

.....
.....
(imię, nazwisko,
adres poszkodowanego)

.....
.....
.....
(oznaczenie pracodawcy
lub innego zobowiązanego podmiotu)

Zgłoszenie wypadku przy pracy osoby niebędącej pracownikiem

Informuję, że w dniu r. uległem wypadkowi. Wypadek miał miejsce w następujących okolicznościach:

.....
(podać szczegółowy przebieg wypadku, z podaniem miejsca, czasu itp.)

Na skutek tego wypadku odniosłem następujące obrażenia:

.....
(przedstawić konsekwencje wypadku w odniesieniu do stanu zdrowia poszkodowanego)

Świadcami tego zdarzenia byli:

1.
.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, ewentualnie stanowisko służbowe)

2.
.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, ewentualnie stanowisko służbowe)

Do niniejszego pisma załączam dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie wskazanych wyżej obrażeń:

1.
2.
(wymienić załączone dokumenty)

.....
(podpis poszkodowanego)

[illegible]

6)

6)

- wypadkiem przy pracy⁶⁾
- traktowany na równi z wypadkiem przy pracy⁶⁾

co uzasadnia się następująco:

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

indywidualny

zbiorowy

śmiertelny

ciężki

powodujący czasową niezdolność do pracy

9. Wnioski i zalecenia profilaktyczne: ⁴⁾

[illegible]

STATYSTYCZNA KARTA WYPADKU PRZY RACY

Piecątka pracodawcy		Z-KW STATYSTYCZNA KARTA WYPADKU		Numer identyfikacyjny – REGON	
				Portal sprawozdawczy GUS www.stat.gov.pl Urząd Statystyczny 85-950 Bydgoszcz ul. Konarskiego 1/3	
Liczba pracujących (bez przeliczenia na pełny etat)		– przy pracy	9998	Kolejny nr statystycznej karty wypadku w zakładzie pracy od początku roku	
A (liczba)		– traktowanego na równi z wypadkiem przy pracy	9999		
B (kod)					

CZĘŚĆ I

Uwaga: Odpowiadając na pytania 01, 11, 28 zaznaczyć kod oraz odpowiadającą mu odpowiedź słowną np. 2 - kobieta.

Odpowiadając na pytania: 02, 06, 07, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 29 należy wpisać w kolumnie „kod lub liczba” odpowiednią liczbę. Odpowiadając na pytania: 03, 04, 05, 08, 09, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 należy - posługując się właściwymi klasyfikacjami - wpisać w kolumnie „kod lub liczba” odpowiedni kod lub kody, a w kolumnie „opis” - określenie zgodne z opisem zawartym w klasyfikacji lub własne określenie danego faktu.

Lp.	Rodzaj informacji	Kod lub liczba	Opis
Poszkodowany			
01	Płeć	1 2	mężczyzna kobieta
02	Rok urodzenia		
03	Obywatelstwo		
04	Status zatrudnienia		
05	Zawód wykonywany		
06	Staż na zajmowanym stanowisku pracy w zakładzie (w latach)		
07	Godziny przepracowane od podjęcia pracy do chwili wypadku		
Skutki wypadku (znane w momencie wypełniania karty)			
08	Rodzaj urazu		
09	Umiejscowienie urazu		
10	Liczba osób poszkodowanych		
11	Skutki wypadku	1 2 3	śmierć osoby poszkodowanej ciężkie uszkodzenie ciała inne skutki
12	Liczba dni niezdolności do pracy		
13	Straty czasu pracy innych osób (w roboczogodzinach)		
14	Szacunkowe straty materialne spowodowane wypadkiem – w tys. zł, z jednym znakiem po przecinku (bez strat związanych ze stratami czasu pracy)		

CZĘŚĆ II UZUPEŁNIAJĄCA

Rzeczywiste skutki wypadku zaistniałego w roku 20.... miesiącu dniu (zgodnie z pozycją 16 Statystycznej Karty Wypadku)

Piecątka pracodawcy		Z-KW STATYSTYCZNA KARTA WYPADKU		Numer identyfikacyjny – REGON	
				Portal sprawozdawczy GUS www.stat.gov.pl Urząd Statystyczny 85-950 Bydgoszcz ul. Konarskiego 1/3	
Liczba pracujących (bez przeliczenia na pełny etat)		– przy pracy	9998	Kolejny nr statystycznej karty wypadku w zakładzie pracy od początku roku	
A (liczba)		– traktowanego na równi z wypadkiem przy pracy	9999		
B (kod)					

L.p.	Rodzaj informacji	Kod lub liczba	Opis
Wypadek i jego przebieg			
15	Położenie geograficzne miejsca wypadku		
16	Data wypadku: rok		
	miesiąc (cyframi arabskimi)		
	dzień		
17	Godzina wypadku (0-23)		
18	Miejsce powstania wypadku		
19	Proces pracy		
20	Rodzaj miejsca wypadku		
21	Czynność wykonywana przez poszkodowanego w chwili wypadku		
22	Czynnik materialny związany z czynnością wykonywaną przez poszkodowanego w chwili wypadku		
23	Wydarzenie będące odchyleniem od stanu normalnego		
24	Czynnik materialny związany z odchyleniem		
25	Wydarzenie powodujące uraz		
26	Czynnik materialny będący źródłem urazu		
27	Przyczyny wypadku (należy podać wszystkie przyczyny)		

Imię i nazwisko osoby wypełniającej oraz
numer telefonu

.....

.....
(miejscowość i data)

Podpis i pieczęć pracodawcy

.....

.....
(miejscowość i data)

CZĘŚĆ II UZUPEŁNIAJĄCA (dokończenie)

Rzeczywiste skutki wypadku zaistniałego w roku 20.... miesiącu dniu (zgodnie z pozycją 16 Statystycznej Karty Wypadku)

L.p.	Rodzaj informacji	Kod lub liczba	Opis
31	Skutki wypadku (znane w momencie wypełniania części II karty)	1	śmierć osoby poszkodowanej
		2	ciężkie uszkodzenie ciała
		3	inne skutki
32	Liczba dni niezdolności do pracy (znana w momencie wypełniania części II karty)		

Imię i nazwisko osoby wypełniającej oraz
numer telefonu

.....

.....
(miejscowość i data)

Podpis i pieczęć pracodawcy

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(miejscowość, data)

.....
.....
(oznaczenie pracodawcy – nazwa,
adres, nr tel. komórkowego)

1. Prokuratura Rejonowa
W
2. Państwowa Inspekcja Pracy
Inspektorat w

Zawiadomienie o śmiertelnym/ciężkim/zbiorowym wypadku przy pracy

(pozostawić właściwe; zawiadomienie to powinniśmy stosować także w razie zaistnienia innego wypadku, który wywołał takie skutki, a który może być uznany za wypadek przy pracy)

Informuję, że w dniu r. o godzinie w
(podać miejsce wypadku)

miał miejsce wypadek przy pracy (lub wypadek, który może być uznany za wypadek przy pracy – w zależności od sytuacji), który miał charakter wypadku ciężkiego (w zależności od sytuacji wpisać – śmiertelnego lub zbiorowego)

W wyniku tego wypadku poszkodowany został pracownik naszego zakładu pracy
(w przypadku wypadku zbiorowego podać liczbę poszkodowanych osób):

.....
.....
.....
(imię i nazwisko, data urodzenia, miejsce zamieszkania, stanowisko pracy poszkodowanego)

W wyniku poczynionych działań powypadkowych ustalono:

.....
.....
.....
(opis okoliczności i przyczyn wypadku)

Świadcami tego zdarzenia byli:

1.
.....
.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania,
w odniesieniu do pracowników danego zakładu pracy także stanowisko)

2.
.....
.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania,
w odniesieniu do pracowników danego zakładu pracy także stanowisko)

W związku z wypadkiem zabezpieczono następujące dowody:

.....

.....

(wskazać dowody)

.....

(podpis pracodawcy lub
osoby działającej w jego imieniu)

WZÓR 6

Karta wypadku

(w odniesieniu do osób niebędących pracownikami)

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK¹

1. Imię i nazwisko lub nazwa

2. Adres siedziby

3. NIP REGON PESEL

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

.....

(rodzaj dokumentu, seria, numer)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO

1. Imię i nazwisko poszkodowanego

2. PESEL NIP

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

.....

(rodzaj dokumentu, seria, numer)

3. Data i miejsce urodzenia

4. Adres zamieszkania

5. Tytuł ubezpieczenia wypadkowego (wymienić numer pozycji i pełny tytuł ubezpieczenia społecznego, zgodnie z art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – Dz.U. Nr 199, poz. 1673)

.....

.....

.....

III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data zgłoszenia oraz imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek

.....

2. Informacje dotyczące okoliczności, przyczyn, czasu i miejsca wypadku

.....

.....

¹ Nie wypełniają podmioty niebędące płatnikami składek na ubezpieczenie wypadkowe.

3. Świadcowie wypadku:

- a)
 b)

(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania)

4. Wypadek jest/nie jest² wypadkiem określonym w art. 3 ust. 3 pkt ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. Nr 199, poz. 1673) (uzasadnić, jeżeli zdarzenia nie uznano za wypadek przy pracy)

5. Stwierdzono, że wyłączną przyczyną wypadku było udowodnione naruszenie przez poszkodowanego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa (podać dowody)

6. Stwierdzono, że poszkodowany, będąc w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, przyczynił się w znacznym stopniu do spowodowania wypadku (podać dowody, a w przypadku odmowy przez poszkodowanego poddania się badaniu na zawartość tych substancji w organizmie – zamieścić informację o tym fakcie)

IV. POZOSTAŁE INFORMACJE

1. Poszkodowanego (członka rodziny) zapoznano z treścią karty wypadku i pouczono o prawie zgłaszania uwag i zastrzeżeń do ustaleń zawartych w karcie wypadku (zgłoszone uwagi i zastrzeżenia dołącza się do karty wypadku)

(imię i nazwisko poszkodowanego (członka rodziny), data, podpis)

2. Kartę sporządzono³ w dniu

- a)

(nazwa podmiotu zobowiązanego do sporządzenia karty, pieczęć)

- b)

(imię i nazwisko sporządzającego, podpis)

3. Przeszkody i trudności uniemożliwiające sporządzenie karty wypadku w wymaganym terminie 14 dni

4. Kartę odebrano w dniu

(podpis uprawnionego)

5. Załączniki:

² Niepotrzebne skreślić.

³ Kartę sporządza się w 3 egzemplarzach: pierwszy egzemplarz otrzymuje poszkodowany, drugi egzemplarz pozostaje u podmiotu ustalającego okoliczności wypadku, trzeci egzemplarz przekazywany jest do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (jeżeli zdarzenie uznano za wypadek przy pracy).

.....
 (pieczęć podmiotu
 sporządzającego kartę wypadku)

KARTA WYPADKU W DRODZE DO PRACY LUB Z PRACY

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK¹

1. Imię i nazwisko lub nazwa oraz adres płatnika składek na ubezpieczenia społeczne
2. NIP 3. REGON
4. PESEL
5. Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

 (rodzaj dokumentu, seria, numer)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE POSZKODOWANEGO

1. Imię i nazwisko poszkodowanego
2. PESEL..... 3. NIP
4. Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

 (rodzaj dokumentu, seria, numer)
5. Data i miejsce urodzenia poszkodowanego
6. Adres zamieszkania poszkodowanego
7. Tytuł ubezpieczenia rentowego/chorobowego*

III. INFORMACJE O WYPADKU

1. Data wypadku
2. W dniu wypadku poszkodowany:
 - a) miał rozpocząć pracę o godz.
 - b) zakończył pracę o godz.
3. Wypadek zdarzył się*:
 - 1) w drodze z domu do pracy – w drodze z pracy do domu
 - 2) w drodze do – z miejsca:
 - a) innego zatrudnienia lub innej działalności stanowiącej tytuł ubezpieczenia rentowego,
 - b) zwykłego wykonywania funkcji lub zadań zawodowych albo społecznych,
 - c) zwykłego spożywania posiłków,
 - d) odbywania nauki lub studiów.
4. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca i przyczyn wypadku:

¹ Nie wypełniają podmioty niebędące płatnikami składek na ubezpieczenie rentowe/chorobowe.

* Niepotrzebne skreślić.

5. W sprawie wypadku były – nie były* podjęte czynności przez odpowiednie organy
6. Wypadek spowodował niezdolność do pracy od do **
Wypadek spowodował zgon.
7. Świadców wypadku:
a)
b)
c)
(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania)
8. Wypadek jest wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy TAK/NIE*
9. Uzasadnienie nieuwzględnienia wypadku za wypadek w drodze do pracy lub z pracy*
.....
.....
.....

IV. POZOSTAŁE INFORMACJE

1. Kartę sporządzono w dniu
.....
(nazwa podmiotu zobowiązanego do sporządzenia karty, pieczęć)
.....
(imię i nazwisko sporządzającego, podpis)
2. Miejscowość sporządzenia karty.
3. Przeszkody i trudności uniemożliwiające sporządzenie karty wypadku w wymaganym terminie 14 dni:
.....
.....
4. Kartę odebrano w dniu
(podpis uprawnionego)

** Podać okres niezdolności objęty zaświadczeniem lekarskim, które zostało przedłożone przed sporządzeniem karty wypadku. Podmiot sporządzający kartę wypadku, niebędący płatnikiem składek, wpisuje okres niezdolności do pracy na podstawie oświadczenia poszkodowanego lub członka jego rodziny.

.....
(miejscowość, data)

.....
.....
(oznaczenie pracodawcy)

Protokół wysłuchania świadka w postępowaniu powypadkowym

Zespół powypadkowy powołany w dniu r. przez,
w składzie:

- 1),
- 2),
- 3),
- 4),
- 5),

w celu zbadania okoliczności i przyczyn wypadku, który miał miejsce w
dnia r. o godzinie
wysłuchał w dniu świadka wyżej wska-
zanego zdarzenia:

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania,

w odniesieniu do pracowników danego zakładu pracy także stanowisko)

legitymującego się dowodem osobistym nr wydanym przez

.....
Świadek wskazał, co następuje:

.....
.....
.....

Po odczytaniu powyższego protokołu potwierdzam, że jest on zgodny z moimi
wyjaśnieniami, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
.....
.....

.....
(podpisy członków zespołu powypadkowego)

.....
(podpis świadka wypadku)

.....
(miejscowość, data)

.....
.....
(oznaczenie pracodawcy)

Protokół wysłuchania poszkodowanego w postępowaniu powypadkowym

Zespół powypadkowy powołany w dniu r. przez,
w składzie:

- 1),
- 2),
- 3),
- 4),
- 5)

w celu zbadania okoliczności i przyczyn wypadku, który miał miejsce w
dnia r. o godzinie
wysłuchał w dniu poszkodowanego w wyżej wskazanym zdarzeniu:

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania,

w odniesieniu do pracowników danego zakładu pracy także stanowisko)

legitymującego się dowodem osobistym nr wydanym przez

Poszkodowany wskazał, co następuje:

.....
.....
.....
.....

Po odczytaniu powyższego protokołu potwierdzam, że jest on zgodny z moimi
wyjaśnieniami, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
.....
.....
.....
(podpisy członków zespołu powypadkowego)

.....
(podpis świadka wypadku)

.....
.....
(oznaczenie pracodawcy)

REJESTR WYPADKÓW PRZY PRACY

(przykładowa strona rejestru)

Nr protokołu powypadkowego

1. Imię i nazwisko poszkodowanego pracownika
2. Miejsce wypadku
.....
3. Data wypadku
4. Skutki wypadku dla poszkodowanego
.....
.....
5. Data sporządzenia protokołu powypadkowego
6. Czy wypadek jest wypadkiem przy pracy
7. Opis okoliczności wypadku
.....
.....
.....
8. Data przekazania wniosku do ZUS
9. Wypłacone z tytułu wypadku świadczenie
.....
.....
10. Inne informacje na temat wypadku
.....
.....
.....
.....

REJESTR WYPADKÓW PRZY PRACY – W WERSJI ZBIORCZEJ

[illegible]

.....
(pieczęć płatnika składek)

WNIOSEK

**o zwrot kosztów poniesionych w związku ze skierowaniem
ubezpieczonego na badania niezbędne do ustalenia zawartości alkoholu,
środków odurzających lub substancji psychotropowych w organizmie**

I. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

1. Imię i nazwisko lub nazwa oraz adres płatnika składek na ubezpieczenia społeczne
2. NIP 3. REGON
4. PESEL
5. Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
.....
(rodzaj dokumentu, seria, numer)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

1. Imię i nazwisko poszkodowanego
2. PESEL 3. NIP
4. Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
.....
(rodzaj dokumentu, seria, numer)
5. Data i miejsce urodzenia poszkodowanego
6. Adres zamieszkania poszkodowanego

III. INFORMACJA O PONIESIONYCH KOSZTACH BADAŃ

.....
.....
.....

IV. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO PŁATNIKA SKŁADEK

.....
.....
.....

V. ZAŁĄCZNIKI

1.
2.
3.
4.
5.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis płatnika składek)