

י"ט באדר א', תשס"ה
28 פברואר 2005
עודכן: 2/2015
עודכן: 1/2016
עודכן: 3/2017
עודכן: 7.2018

הנחייה מס' 41

י/ב/ת/ח/מ

תאונות עבודה - הנחיות לדיווח ומילוי טפסים קק"ל / קבלן

הגדרות:

תאונה עם נפגעים/נזק:

אירוע חד פעמי (בפרק זמן קצר) שבו מעורבים בני אדם/רכוש באופן ישיר או עקיף בו נגרם נזק לאדם או לרכוש.

תאונה ללא נפגעים/נזק:

אירוע חד פעמי (בפרק זמן קצר) שבו מעורבים בני אדם/רכוש באופן ישיר או עקיף בו לא נגרם נזק לאדם או לרכוש.

תאונה חמורה:

אירוע חד פעמי (בפרק זמן קצר) שבו מעורבים בני אדם/רכוש באופן ישיר או עקיף בו נגרם או עלול היה להיגרם נזק חמור לאדם או לרכוש.

ככול הניתן, אין להזיז, לשנות, להוסיף, להסיר כל פריט או מצב בזירת התאונה עד לאישור מנהל הבטיחות.

הנחיות כלליות:

- א. לאחר כל תאונת עבודה בה מעורב עובד / רכוש קק"ל / קבלן יש להודיע בהקדם האפשרי למנהל הבטיחות בטלפון : 02-9905585 02-9905586 ו/או פקס : 02-9905583 ו/או נייד : 050-7486633
במקרה של תאונה חמורה, יש לדווח מיד בטלפון למנהל הבטיחות.
- ב. בתאונת עבודה בה מעורב עובד קבלן יש לכלול בדיווח גם את הפרטים הבאים : שם מנהל העבודה / מדריך מטעם קק"ל, אתר העבודה, מהות העבודה, שם קבלן זוכה, שם המעסיק, ציון תאריך מתן הנחיות בטיחות לקבלן ו/או טופס הרשאת עבודה.
- ג. בכל טיפול רפואי אליו נשלח עובד קק"ל לאחר התאונה ו/או במקרים בהם זקוק העובד לטיפול רפואי כתוצאה מהתאונה, יש למסור לעובד (אך ורק בטיפול הראשון) טופס ב.ל. 250. ללא טופס זה יידרש העובד לשלם עבור הטיפול הרפואי.
- ד. בנוסף לדיווח הטלפוני (סעיפים א' ב') יש לדווח על התאונה גם באמצעות "טופס דיווח על תאונת עבודה" (מצורף) למחלקת הפרט או למח' עובדי שדה, מדור ביטוחים ומנהל הבטיחות בהקדם האפשרי ולא יאוחר מ 24 שעות לאחר התאונה. (במקרה של תאונת עובד קבלן, אין צורך בדיווח למחלקת הפרט או למח' עובדי שדה)
- ה. במידה והנפגע אינו מסוגל למלא את הפרטים, ימולאו הפרטים על ידי הממונה הישיר, נאמן בטיחות, משרד האזור / יחידה, נאמן בטיחות, אגף, מחלקה. יש להקפיד על מילוי מדויק של כל הפרטים.
- ו. מיד עם חזרת העובד לעבודה, יש לדווח על תאריך החזרה לעבודה למח' עובדי שדה, מדור ביטוחים ומשרד מנהל הבטיחות על גבי העתק מטופס הדיווח המקורי ("טופס דיווח על תאונת עבודה") ע"י אחד מאלה: העובד, נאמן בטיחות, משרד האזור, אגף, מחלקה.
לא נדרש דיווח חזרה לעבוד במקרה של עובד קבלן.
- ז. חל איסור מוחלט על חזרה לעבודה לפני סיום פרק הזמן שהוקצב על ידי הרופא לחופשת מחלה. חזרה לעבודה לפני סיום חופשת המחלה תתאפשר באישור רופא בלבד

ח. הודעה בדבר תאונה למפקח עבודה אזורי.

יתבצע ע"י המעביד: קק"ל עבור עובדי קק"ל . קבלן עבור עובדי קבלן

הודעה זו היינה חובה על פי סעיף 3 של פקודת תאונות ומחלות משלוח יד (הודעה) 1945.

את ההודעה יש לשלוח מיד למפקח העבודה האזורי בכל מקרה של תאונת עבודה שגרמה:

א. למותו של העובד

ב. לאיבוד או הקטנה של כושר עבודתו הרגיל של הנפגע במשך 3 ימים ויותר, גם אם

במהלך הימים האלה לא בוצעה כל עבודה במפעל.

1. במקרה של חברה, אגודה שיתופית וחבר בני אדם אחר, חלה אחריות המשלוח על:
המעביד, המנהל, המזכיר ואחרים.

2. אם לאחר מסירת ההודעה נפטר הנפגע, חייב המעביד להודיע על כך מיד למפקח העבודה
האזורי.

3. כתובת מפקח העבודה האזוריים:

אזור ירושלים: ת"ד. 146, ירושלים 91001 טל: 02-6294972/3

אזור תל אביב מרכז: ת"ד. 393, תל אביב 66845 טל: 03-5125272

אזור חיפה והצפון: ת"ד. 46047, חיפה 33111 טל: 04-8619327/8

אזור באר שבע והדרום: ת"ד. 4521, באר שבע 84140, טל: 08-6264713

ט. מילוי טופס הודעה למפקח עבודה בדבר תאונת עבודה (ב.ל. 211):

יתבצע ע"י המעביד: קק"ל עבור עובדי קק"ל . קבלן עבור עובדי קבלן

1. חובה למלא את כל סעיפי השאלון כפי הנדרש, החלק העוסק בפרטי התאונה ימולא ע"י האחראי
הישיר או מנהל העבודה של הנפגע.

2. על מנת למלא את הטופס באמצעות המחשב יש להצביע בעכבר על השדה הראשון בטופס
המסומן בצבע אפור ולהתחיל בהזנת הנתונים.

המעבר משדה לשדה יתבצע באמצעות מקש ה-TAB או באמצעות העכבר.

3. ניתן להדפיס את הטופס, למלאו בכתב יד ולהעבירו בפקס או בדואר למשרדי אגף הפיקוח.
יש לציין בטופס את מספר הנפגעים בתאונה, ולמלא את הטבלה בעמוד (2), עבור כל אחד
מהנפגעים בתאונה.

4. אי מילוי הטופס הינה עבירה פלילית. מעביד אשר לא ישלח הודעה על תאונה כמתחייב בחוק
צפוי לקנס כספי גבוה.

5. הק"ל אינה אחראית למלא ו/או לוודא מילוי ושליחת טופס ב.ל. 211 במקרה של תאונת עובד קבלן

תרשים זרימה

←	←	←	←	←	←	
ניפגע	אבחנה	מתן עזרה ראשונה ופינוי	דיווח טלפוני ראשון למנהל הבטיחות / מנהל ישיר	מילוי טופס ב.ל. 250, טיפול לנפגע בעבודה	מילוי טופס דיווח במערכת קק"ל	מילוי טופס ב.ל. 211 דיווח תאונה למפקח עבודה במקרה שהעובד נעדר מהעבודה 3 ימים ויותר
עובד קק"ל	אחראי קק"ל במקום	אחראי קק"ל במקום	אחראי קק"ל במקום	אחראי קק"ל במקום / מנהלת האזור / יחידה	מנהלת האזור / יחידה	מנהלת האזור / יחידה
עובד קבלן	אחראי קבלן במקום	אחראי קבלן במקום	אחראי קק"ל או קבלן במקום	קבלן מעסיק או בא כוחו	מנהלת האזור / יחידה	קבלן מעסיק או בא כוחו

תחקיר תאונת עבודה:

- א. תחקיר ת. עבודה מתבצע במטרה להפיק לקחים ולמנוע תאונה חוזרת או דומה לה.
- ב. הליך התחקיר כולל מיפוי סדר האירועים, ציון הכשל בחוליה הראשונה בשרשרת האירועים שהובילה לתאונה.
- ג. התחקיר יבוצע ע"י מנהל הבטיחות ו/או על ידי חברי וועדת הבטיחות המרחבית ויכלול את הפרקים הבאים:
 - רקע – תיאור כללי של תהליך העבודה.
 - תקציר – תקציר האירוע.
 - סדר אירועים – סדר האירועים שהובילו לתאונה.
 - ממצאים / ראיות – רשימת ממצאים וראיות מזירת האירוע ותמצית תשאל המעורבים.
 - מסקנות – מסקנות לעניין הסיבות והגורמים לתאונה.
 - המלצות – עשה ועל תעשה ברמה אישית וארגונית שיש בהם למנוע את התאונה.
 - הערות – הערות טכניות לעניין דרך ביצוע התחקיר ושמות המתווכחים.
- ד. בסיום כתיבת התחקיר, יש להעביר את טיוטת התחקיר לעיון המתושאלים ולציין את הערותיהם הרלוונטיות בגוף התחקיר. ציון הערות / הסגות בעניין מסקנות והמלצות התחקיר יתבצע בכפוף לחוות דעת המתחקר.
- ה. לאחר הטמעת הערות בגוף התחקיר, מומלץ לקבל את "חתימת" המתושאלים על גבי התחקיר.
- ו. לפני הפצת התחקיר על מסקנותיו, יש להעביר את התחקיר לעיון ואישור יו"ר ועדת בטיחות מרחבית / אגפית.
- ז. אין במטרת התחקיר לקבוע אשם אישי או מערכת.

• בכל סוגיה יש לפנות למנהל הבטיחות טל' נייד – 050-7486633

בברכה,
אורי שמואלי
מנהל בטיחות ארצי

טופס הודעה למשרד העבודה

הודעה על תאונת עבודה או מחלת מקצוע
טופס זה ימלא ע"י המעביד על פי פקודת תאונות ומחלות משלח יד.
במקרה של מחלת מקצוע רצוי לצרף חוות דעת של רופא תעשייתי.
במקרה מוות או פגיעה קשה יש להודיע מיד למפקח העבודה האזורי.

1. פרטי המעביד או העסק

שם מקום העבודה או העסק		מס' תיק מעביד במוסד לביטוח לאומי	
12-24		25-35	
כתובת המעביד			
ישוב	רחוב	מס' בית	מיקוד
36-47	48-59	60-63	64-68
מהות העסק או המפעל (פעילות עיקרית)		יש במפעל ועדת בטיחות	
		מס' עובדים במפעל	
		70-74	
		1 כן <input type="checkbox"/> 2 לא <input type="checkbox"/> 69	
המחלקה בה ארעה התאונה			
כתובת בה ארעה התאונה			
ישוב	רחוב	מס' בית	מס' טלפון
75-84			
שם ממלא הטופס	תפקידו במפעל של ממלא הטופס	מס' טלפון של המפעל	

2. פרטי הנפגע ועבודתו

שם משפחה של הנפגע		שם פרטי של הנפגע		מס' ת.ז. של הנפגע		מס' עובד	
85-94		95-102		103-110			
כתובת המגורים של הנפגע				מס' טלפון בבית הנפגע			
תאריך לידה	מין	תושב	ותק במקצוע	ותק בתפקיד הנוכחי	שנה חודש יום		
	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> אחר	חודש שני ים	חודש שני ים	1		
111-116		117	2 יו"ש/עזה	3 אחר	117		
125-126		123-124	121-122	119-120	128		
מקצועו של הנפגע - פירוט מדוייק		שיטת השכר שקיבל הנפגע		האם עבד בשיטת שכר עידוד			
		1 משכורת		<input type="checkbox"/> כן			
		2 שכר יומי		<input type="checkbox"/> לא			
		3 שכר בקבלנות		1			
		4 עצמאי		2			
128		127					

3. פרטים על התאונה או מחלת המקצוע
חלק זה ימולא ע"י האחראי הישיר של הנפגע או ע"י מנהל העבודה

תאריך התאונה שנה חודש יום	שעת התאונה דקה שעה	מספר שעות שעברו מתחילת יום עבודתו של הנפגע ועד לתאונה	התאונה ארעה	
			1 <input type="checkbox"/> ביום	2 <input type="checkbox"/> בלילה
12-17	18-21	22-23	24	24
<p>התאונה ארעה</p> <p>1 <input type="checkbox"/> בעת בצוע העבודה (לא בנסיעה)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> בנסיעה בזמן העבודה</p> <p>3 <input type="checkbox"/> בדרך מ/אל העבודה</p> <p>4 <input type="checkbox"/> בעת פעילות ספורט, תרבות, כו'</p> <p>5 <input type="checkbox"/> מדובר במחלת מקצוע</p>		<p>התעסקותו של הנפגע בעת התאונה</p> <p>1 <input type="checkbox"/> הפעלת מכונה</p> <p>2 <input type="checkbox"/> טלטול חפצים</p> <p>3 <input type="checkbox"/> טיפול בחמרים</p> <p>4 <input type="checkbox"/> נהיגה/ נסיעה</p> <p>5 <input type="checkbox"/> תיקון/ תחזוקת מכונה</p> <p>6 <input type="checkbox"/> בנין ותחזוקת מבנים</p>		
<p>25</p> <p>26</p> <p>תאר באופן מפורט את מהלך התאונה (או המחלה) נסיבותיה וכיצד ארעה</p> <p>אילו מצבים או תנאים לא בטוחים גרמו לתאונה ואילו אמצעים ננקטים למטרות מניעה</p> <p>אילו מבין הגורמים הבאים היוו, אולי, סיבה לארוע התאונה</p>				
<p>אי שימוש בציוד מגן</p> <p>1 <input type="checkbox"/> כן</p> <p>2 <input type="checkbox"/> לא</p> <p>27</p>		<p>מכונה/ ציוד לא מגודר</p> <p>1 <input type="checkbox"/> כן</p> <p>2 <input type="checkbox"/> לא</p> <p>28</p>		<p>פגם/ תקלה בציוד</p> <p>1 <input type="checkbox"/> כן</p> <p>2 <input type="checkbox"/> לא</p> <p>29</p>
<p>אם בתאונה היה מעורב מכשיר או מכונה או חומר ספציפי - רשום כאן פרטי זיהוי מדויקים ואת החלק שפגע בנפגע</p> <p>30-50</p>				
<p>4. פרטים על הפגיעה, הטיפול ותוצאות התאונה או מחלת המקצוע</p>				
<p>תאר את מהות הפגיעה (שבר, קטיעה וכו') ואת האברים שנפגעו</p>		<p>הנפגע</p> <p>1 <input type="checkbox"/> לא קיבל טיפול בבי"ח</p> <p>2 <input type="checkbox"/> טופל בחדר מיון ושוחרר</p> <p>3 <input type="checkbox"/> אושפז ושוחרר</p> <p>4 <input type="checkbox"/> מאושפז כיום בבי"ח</p> <p>5 <input type="checkbox"/> מוות</p>		<p>תוצאת הפגיעה</p> <p>1 <input type="checkbox"/> לא צפויה כל נכות</p> <p>2 <input type="checkbox"/> נכות זמנית בלבד</p> <p>3 <input type="checkbox"/> נכות תמידית</p> <p>4 <input type="checkbox"/> מוות</p>
איבר נפגע		מהות הפגיעה		
51		52		

חתימת נציג ועדת

חתימת המעביד

תאריך מילוי טופס

מס' תאונה: _____
(ימולא ע"י ממונה הבטיחות)

טופס דיווח תאונת עבודה

(עובד קק"ל / קבלן)

* טופס זה אינו בא במקום טופס ב"ל 211 (הודעה על פגיעה בעבודה)

מרחב/אגף: _____ יח': _____ אתר עבודה: _____

פרטי הנפגע

ימולא ע"י העובד/מנהל העבודה

עובד קק"ל (כן / לא) שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס' עובד _____ ת.ז. _____
מין (ז / נ) תאריך לידה _____ מצב משפחתי _____ כתובת _____ טל' _____
נייד _____ חבר בקופ"ח _____ תחילת עבודה _____ תפקיד _____
עובדי קבלן: שם חב' כ"א _____ כתובת חברה _____ טל' _____ נייד _____

פרטי התאונה

ימולא ע"י מנהל/מנהל העבודה

תאריך התאונה _____/_____/_____ שעה _____ התחיל לעבוד בשעה _____ הפסיק לעבוד בשעה _____ מקום התאונה _____
תאור מקום התאונה _____

עדים _____ טל' _____ נייד _____
_____ טל' _____ נייד _____
דיווח ראשוני נמסר ל- _____ תפקיד _____ בשעה _____ טיפול ראשוני באתר ניתן ע"י _____
בשעה _____ פרוט הטיפול ופינויי העובד _____

טופס ב"ל 250 לקבלת עזרה ראשונה נמסר ע"י _____ תפקיד _____ תאריך _____/_____/_____
עיסוק העובד בשעת התאונה (כלים, חומרים, מכונות, נסיעה וכו') _____
ותק בעיסוק (בשנים) _____

תאור התאונה _____

האיבר שניפגע _____

אמצעי מיגון אישי בהם השתמש העובד _____

פרוט האמצעים שננקטו למניעת התאונה _____

הערות _____

שם האחראי הישיר _____ תפקיד _____ טל' _____ נייד _____
הטופס מולא ע"י _____ תפקיד _____ טל' _____ נייד _____

האם העובד קיבל הדרכה לפני תחילת העבודה: כן / לא