

Na osnovi članka 14.a stavka 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine«, broj 150/08., 94/09., 153/09., 71/10. i 139/10.) i članka 26. točke 1.a Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (»Narodne novine« broj: 18/09., 33/10. i 8/11.) Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na 20. sjednici održanoj 31. ožujka 2011. godine donijelo je

## PRAVILNIK

### O NAČINU I POSTUPKU IZBORA DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA

#### Članak 1.

Ovim Pravilnikom uređuje se način i postupak izbora doktora specijaliste medicine rada koji su uključeni u mrežu ugovornih subjekata medicine rada i koji sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) sklapaju ugovor o provođenju specifične zdravstvene zaštite radnika.

#### Članak 2.

Izbor doktora specijaliste medicine rada iz članka 1. ovog Pravilnika obavljaju pravne i fizičke osobe (u daljnjem tekstu: poslodavci) za svoje radnike odnosno osobe koje samostalno obavljaju djelatnost osobnim radom sami za sebe, u pravilu prema mjestu rada radnika (u daljnjem tekstu: nadležni doktor SMR).

Pod odabirom nadležnog doktora SMR podrazumijeva se odabir odnosno promjena nadležnog doktora SMR na način i po postupku utvrđenom ovim Pravilnikom.

Poslodavac iz stavka 1. ovog članka bira nadležnog doktora SMR za razdoblje od najmanje godinu dana.

Nakon proteka razdoblja od godine dana, od posljednjeg provedenog postupka izbora nadležnog doktora SMR, poslodavac ima pravo promijeniti prethodno izabranog doktora SMR.

Iznimno od stavka 3. ovog članka poslodavac ima pravo izbora drugog nadležnog SMR i prije isteka roka od godinu dana u slučaju:

- ako promjeni mjesto sjedišta odnosno mjesto rada obzirom na županiju odnosno grad
- ako nadležni doktor SMR prestane biti ugovorni subjekt Zavoda ili promjeni lokaciju rada
- ako poslodavac ukaže na okolnosti koje upućuju na povredu ugovornih obveza od strane nadležnog doktora SMR, a Zavod nakon provedenog postupka utvrdi da ukazane okolnosti predstavljaju povredu ugovornih obveza nadležnog doktora SMR.

#### Članak 3.

Prilikom izbora nadležnog doktora SMR, poslodavac se može opredijeliti samo za jednog doktora, prema uvjetima propisanim općim aktom Zavoda o standardima i normativima prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja (u djelatnosti: medicine rada).

Iznimno od stavka 1. ovog članka, ako poslodavac ima ili osnuje poslovnu jedinicu izvan svog sjedišta, može odabrati nadležnog doktora SMR prema mjestu te poslovne jedinice.

#### Članak 4.

Izbor nadležnog doktora SMR poslodavac obavlja temeljem popunjavanja tiskanice »Izbor doktora specijaliste medicine rada« u tri primjerka, koju tiskanicu je obvezan dostaviti područnom uredu Zavoda prema sjedištu poslodavca na ovjeru.

Ovjerenu tiskanicu iz stavka 1. ovog članka područni ured Zavoda obvezan je u roku od 8 dana od zaprimanja dostaviti poslodavcu i nadležnom doktoru SMR, a ako nije suglasan sa izborom obvezan je u istom roku obavijestiti poslodavca o daljnjem postupanju.

Nadležni doktor SMR može odbiti odabir poslodavca samo u slučaju da ima prijavljeno više od maksimalnog broja radnika u timu od standarda utvrđenog općim aktom Zavoda.

Tiskanica iz stavka 1. ovog članka tiskana je uz ovaj pravilnik i čini njegov sastavni dio.

#### Članak 5.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objave u »Narodnim novinama«.

Klasa:  
Urbroj:  
Zagreb, 31. ožujka 2011.

025-04/11-01/42  
338-01-01-11-1

Predsjednik  
Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda  
za zdravstveno osiguranje  
**mr. Dražen Jurković dr. med., v. r.**

# ZAHTJEV POSLODAVCA za - Izbor / promjenu doktora specijaliste medicine rada

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ( ZAVOD )

Područni ured \_\_\_\_\_

## I. PODATCI O PRAVNOM SUBJEKTU ( POSLODAVCU ) / OSOBI KOJA OBAVLJA DJELATNOST OSOBNIM RADOM

<b>PRAVNI SUBJEKT ( poslodavac )</b>	1.	Naziv pravnog subjekta / fizičke osobe			
	2.	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)			
	3.	OIB poslodavca		Ovlaštena osoba	
	4.	Broj obveze obveznika			
	5.	Telefon	Fax	E - mail	
	6.	Vrsta i grana djelatnosti i šifra (NKD)			
	7.	Mjesto rada	Broj zaposlenih radnika	Broj radnika na posebnim uvjetima rada	Prosječan broj sezonskih radnika
UKUPNO:					
_____ Datum i mjesto			_____ Potpis i pečat ovlaštene osobe poslodavca		

## II. PODATCI O UGOVORNOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI / PRIVATNOM ZDRAVSTVENOM RADNIKU

<b>ZDRAVSTVENA USTANOVA / privatni zdravstveni radnik</b>	Naziv			
	Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)			
	OIB			Šifra ugovorne zdravstvene ustanove / privatnog zdravstvenog radnika <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
	Telefon	Fax	E - mail	
Adresa podružnice				
Redni broj	Ime i prezime specijaliste medicine rada		Ime i prezime medicinske sestre / medicinskog tehničara	
1.				
_____ Datum i mjesto			_____ Potpis i faksimil doktora spec. med. rada	

### III. RAZLOG IZBORA / PROMJENE IZABRANOG DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA

a) Razlog izbora / promjene  
(ispunjava poslodavac) \_\_\_\_\_

Šifra razloga

\_\_\_\_\_  
Potpis ovlaštene osobe poslodavca

M.P.

\_\_\_\_\_ 201\_\_ g.

### IV. RAZLOG ODBIJANJA IZBORA OD STRANE DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA

\_\_\_\_\_  
Upisati razlog o odbijanju izbora poslodavca

\_\_\_\_\_  
Potpis i šifra ili doktorica specijaliste medicine rada

Šifra razloga *	Naziv razloga izbora / promjene izabranog doktora specijaliste medicine rada
01	Prvi izbor - novoosnovani poslodavac
03	Prvi izbor - neopredjejeni poslodavac
04	Promjena / izbor unutar roka od godine dana - promjena sjedišta odnosno mjesta rada poslodavca
05	Promjena / izbor unutar roka od godine dana - prestanak rada izabranog doktora specijaliste medicine rada u svojstvu ugovornog doktora Zavoda
06	Promjena unutar roka od godine dana zatražena od poslodavca - povreda ugovornih obaveza specijaliste medicine rada
15	Promjena unutar roka od godine dana - izabrani doktor specijalist medicine rada ima u sebi više od maksimalnog broja radnika

### V. OJVERA IZBORA / PROMJENE IZABRANOG DOKTORA SPECIJALISTE MEDICINE RADA

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured: \_\_\_\_\_

Suglasan s izborom / promjenom      DA\*\*    -    NE\*\*

M.P.

\_\_\_\_\_ 201\_\_ g.

\_\_\_\_\_  
Potpis ovlaštene osobe Zavoda

Poslodavac i izabrani doktor specijalist medicine rada odgovorni su pod materijalnom i kaznenom odgovornošću za unesene podatke

\* - Upisati šifru razloga

\*\* - Zastrižiti odgovarajuće