



**VYHLÁŠKA**  
**o stanovení hodnot bodu, výše úhrad**  
**zdravotní péče hrazené ze zdravotního**  
**pojištění a regulačních omezení**  
**objemu poskytnuté zdravotní péče**  
**hrazené z veřejného zdravotního pojištění**  
**pro rok 2009**



## VYHLÁŠKA č. \* ze dne \*,

### o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., č. 245/2006 Sb. a č. 261/2007 Sb. (dále jen „zákon“):

#### § 1

(1) Tato vyhláška stanoví pro rok 2009 hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče poskytované pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona (dále jen „pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny“) a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropských společenství<sup>1)</sup> a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení<sup>2)</sup> (dále jen „pojištěnec z EU“), hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulační omezení objemu této zdravotní péče poskytnuté

- a) ve smluvních zdravotnických zařízeních ústavní péče, včetně odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných, zdravotnických zařízení vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami<sup>3)</sup> (dále jen „seznam výkonů“), a zdravotnických zařízení hospicového typu podle § 22a zákona,
- b) smluvními všeobecnými praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost,
- c) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči, včetně ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících hemodialyzační zdravotní péči, ortoptickou zdravotní péči a zdravotní péči v odbornostech 603 a 604,
- d) smluvními zubními lékaři,
- e) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823, podle seznamu výkonů, (dále jen „vyjmenované odbornosti“),
- f) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 911, 914, 921 a 925, podle seznamu výkonů,
- g) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornosti 902, podle seznamu výkonů,
- h) smluvními zdravotnickými zařízeními zdravotnické záchranné služby, zdravotní dopravy a poskytujícími lékařskou službu první pomoci,
- i) smluvními zdravotnickými zařízeními lázeňské péče a ozdravovnami,
- j) v rámci neodkladné zdravotní péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních pro způsoby úhrady uvedené v § 2 až 15.

(2) Pokud se zdravotnické zařízení a zdravotní pojišťovna dohodnou na jiném způsobu úhrady, než je uvedeno v § 2 až 14, dohodnutá výše úhrady podle tohoto způsobu úhrady nesmí být v rozporu se zdravotně pojistným plánem zdravotní pojišťovny.

#### § 2

Pro zdravotní péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními uvedenými v § 1 písm. a), b), d), i) a j), hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč, není-li dále stanoveno jinak.

#### § 3

(1) Pro zdravotní péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními ústavní péče, s výjimkou zdravotní péče poskytované v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetrovací den č. 00005, podle seznamu výkonů, a ve zdravotnických zařízeních hospicového typu, se stanoví hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanová v příloze č. 1 k této vyhlášce.

(2) Pro zdravotní péči poskytovanou v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetrovací den č. 00005, podle seznamu výkonů, a ve zdravotnických zařízeních hospicového typu, hrazenou paušální sazbou za jeden den hospitalizace nebo podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanová v příloze č. 1 k této vyhlášce.

#### § 4

Pro zdravotní péči poskytovanou všeobecnými praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost, hrazenou kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapítace nebo podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanová v příloze č. 2 k této vyhlášce.

#### § 5

Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči, s výjimkou zdravotní péče poskytované v odbornostech 603 a 604, poskytovanou v ambulantních zdravotnických zařízeních, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanová v příloze č. 3 k této vyhlášce.

#### § 6

Pro ambulantní zdravotní péči poskytovanou v ambulantních zdravotnických zařízeních v odbornostech 603 a 604, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanová v příloze č. 4 k této vyhlášce.

#### § 7

- (1) Pro zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu stanová v § 2.
- (2) Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři nehrazená podle odstavce 1 se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, při splnění podmínek stanovených ve smlouvě, v souladu s předpisy o regulaci cen<sup>4)</sup>.
- (3) Zdravotní pojišťovna je oprávněna omezit celkovou výši úhrady zdravotnickému zařízení tak, aby celková výše úhrady za zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři v roce 2009 nepřekročila výši stanovenou ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny na zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři.

#### § 8

Pro zdravotní péči poskytovanou ambulantními zdravotnickými zařízeními ve vyjmenovaných odbornostech, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanová v příloze č. 5 k této vyhlášce.

#### § 9

Pro zdravotní péči poskytovanou ambulantními zdravotnickými zařízeními v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanová v příloze č. 6 k této vyhlášce.

#### § 10

Pro zdravotní péči poskytovanou ambulantními zdravotnickými zařízeními v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanová v příloze č. 7 k této vyhlášce.

#### § 11

Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci zdravotnické záchranné služby, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,06 Kč, s výjimkou výkonů 06713 a 79202 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.

#### § 12

Pro výkony zdravotní dopravy, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanová v příloze č. 8 k této vyhlášce.

#### § 13

Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci lékařské služby první pomoci, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,95 Kč.

#### § 14

Lázeňská péče poskytovaná zdravotnickými zařízeními lázeňské péče a zdravotní péče poskytovaná v ozdravovnách se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

#### § 15

Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci neodkladné zdravotní péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu stanová v § 2.

#### § 16

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2009.

**Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 4****A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba**

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní sazba podle věty první se stanoví ve výši
- 50 Kč pro všeobecné praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 30 ordinčních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinční hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
  - 49 Kč pro všeobecné praktické lékaře, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 25 ordinčních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinční hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením dohodnout na prodloužení ordinčních hodin odlišně,
  - 47 Kč pro ostatní všeobecné praktické lékaře,
  - 49 Kč pro praktické lékaře pro děti a dorost.

Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 7, násobených indexem podle bodu 7. Výše základní sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

2. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001, podle seznamu výkonů:

č. výkonu	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
04508	LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ GINGIVY/SLIZNICE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U Dospělého ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFUZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY OD 1 CM <sup>2</sup> DO 10 CM <sup>2</sup>
09241	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY OD 10 CM <sup>2</sup> DO 30 CM <sup>2</sup>
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BĚRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BĚREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU - JEDNODUCHE

3. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 002, podle seznamu výkonů:

č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE S RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
04508	LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ GINGIVY/SLIZNICE
06111	KOMPLEX - VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX - LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX - EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX - KLYSMA, VÝPLACHY, CĚVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX - APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNĚ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ APLIKACE
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULINU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U Dospělého ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFUZE
09221	INFUZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY OD 1 CM <sup>2</sup> DO 10 CM <sup>2</sup>
09241	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY 10-30 CM <sup>2</sup>
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMÓZY
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU

71511 VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU  
71611 VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU - JEDNODUCHĚ

- Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za pojištěnce z EU, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.
- Pro výkony 01021, 01022, 02021, 02022, 02031, 02032, 02110 a 02120, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.
- Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.
- Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.

Věkové skupiny a indexy:

Věková skupina	Index
0-4 roky	3,80
5-9 let	1,65
10-14 let	1,30
15-19 let	1,00
20-24 let	0,90
25-29 let	0,95
30-34 let	1,00
35-39 let	1,05
40-44 let	1,05
45-49 let	1,10
50-54 let	1,35
55-59 let	1,45
60-64 let	1,50
65-69 let	1,70
70-74 let	2,00
75-79 let	2,40
80-84 let	2,90
85 a více let	3,40

#### B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

- Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle písm. A) bodu 1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy všeobecný praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona.
- Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má zdravotnické zařízení uzavřeno smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto zdravotnickým zařízením.
- Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se písm. A) body 4 až 6 použijí obdobně.

#### C) Zdravotní péče hrazená podle seznamu výkonů

Pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč; pro výkony dopravy v návštěvní službě se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.

#### D) Regulační omezení

- Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech (do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřeno smlouvu):
  - Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce, převyšuje o více než 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona a které zdravotní pojišťovna uhradila.
  - Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce, převyšuje o více než 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
- Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1, popřípadě 1.2.
- Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se dále nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení v roce 2008 nebo 2009 registrovalo 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytlo zdravotní péči 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jednalo se o zdravotní péči poskytnutou pojištěncům z EU.
- Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané všeobecnými praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2009 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2009 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
- Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2009 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2009 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
- Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za kapitační platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2009.

#### \* Přesné číslo vyhlášky a datum vydání zveřejníme po jejím vydání ve Sbírce zákonů.

- Nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 ze dne 14. června 1971, o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství a nařízení Rady (EHS) č. 574/72 ze dne 21. března 1972, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (EHS) č. 1408/71, o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství.
- Nař. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 82/2000 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení, Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 2/2007 Sb.m.s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení.
- Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
- § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění zákona č. 261/2007 Sb.