



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra biomedicínské techniky

**Zákonodárství vztahující se k potravinovým
alergiím a intolerancím ve vybraných zemích**

**Food Allergies and Intolerantions Legislation
in Selected Countries**

Diplomová práce

Studijní program: Biomedicínská a klinická technika
Studijní obor: Systémová integrace proces ve zdravotnictví
Autor diplomové práce: Bc. Aneta Pospíšilová
Vedoucí diplomové práce: Ing. Zuzana Kotherová, Ph.D.

Kladno 2018

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Aneta Pospíšilová**
Studijní obor: Systémová integrace procesů ve zdravotnictví
Téma: **Zákonodárství vztahující se k potravinovým alergiím a intolerancím ve vybraných zemích**
Téma anglicky: Food Allergies and Intolerantions Legislation in Selected Countries

Zásady pro vypracování:

Cílem diplomové práce je zkoumat dopady zákonodárství vztahujícího se k vybraným potravinovým alergiím a intolerancím ve zvolených zemích na zdravotní systémy a na pacienta. Studujte současný stav zákonodárství vztahujícího se k vybraným potravinovým alergiím a intolerancím ve zvolených zemích (Kanada, Austrálie, Nový Zéland, EU, ČR, Švýcarsko, USA a Argentina). V jednotlivých zemích zkoumejte dopady těchto zdravotních omezení na pacienta a na zdravotní systém. Na základě Vašich zjištění navrhněte a diskutujte systémová opatření týkající se této problematiky.

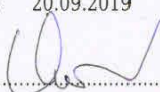
Seznam odborné literatury:

- [1] GOODMAN, Clifford S, HTA 101 INTRODUCTION TO HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT, ed. 1st, Virginia, USA : The Lewin Group, [http://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/ta101_c1.html], January 2004, [Revidováno January 2004], ISBN no
- [2] Darmopilová Zuzana, Vliv zájmových skupin na reformu zdravotnictví, Masarykova univerzita, Brno, 2010, ISBN 978-80-210-5406-6
- [3] EOHSP, European Observatory on Health Systems and Policies , 09/03/2017, <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits>
- [4] WHO, Světová zdravotnická organizace, 09/03/2017, http://www.who.int/topics/health_workforce/en/
- [5] OECD, OECD Health Data, 09/03/2017, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Vedoucí: Ing. Zuzana Kotherová, Ph.D.

Konzultant: Ing. Ivana Kubátová, Ph.D.

Zadání platné do: 20.09.2019


vedoucí katedry / pracoviště


děkan

V Kladně dne 19.02.2018

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem „Zákonodárství vztahující se k potravinovým alergiím a intolerancím ve vybraných zemích“ vypracovala samostatně a použila k tomu úplný výčet citací použitých pramenů, které uvádím v seznamu přiloženém k diplomové práci.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu §60 Zákona č.121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

V Kladně 18. 5. 2018

.....

Bc. Aneta Pospíšilová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Ing. Zuzaně Kotherové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnovala. Mé poděkování patří též všem osloveným lékařům a patientským organizacím za spolupráci při mapování situace v rámci řešené problematiky. Též děkuji zdravotním pojišťovnám za poskytnutí dat a nutričním terapeutům za vytvoření jídelníčků.

ABSTRAKT

Zákonodárství vztahující se k potravinovým alergiím a intolerancím ve vybraných zemích

Cílem diplomové práce je zkoumat dopady zákonodárství vztahujícího se k vybraným potravinovým alergiím a intolerancím ve zvolených zemích na zdravotní systémy a na pacienta z důvodu aktuálnosti růstu počtu těchto pacientů. Práce se zabývá současným stavem legislativ dané problematiky ve vybraných zemích, dopady těchto zdravotních omezení na pacienta a na zdravotní systém a identifikováním hlavních zainteresovaných stran na území České Republiky. Autorka si dále klade otázku, jak ovlivňují potravinové alergie či intolerance život pacientů. Na základě toho je v práci pro dvě vybraná zdravotní omezení (celiakie a intolerance laktózy) zmapovaná situace v této problematice z pohledu expertů i pacientů. Je zjišťována finanční náročnost bezlepkové a bezlaktózové diety a vyčíslován dopad na rozpočty zdravotních pojišťoven v případě zavedení povinného proplácení částečných nákladů na bezlepkovou dietu. Všechny dílčí části práce ve výsledku směřují k návrhu konkrétních systémových opatření v této oblasti v České Republice. Cílem těchto opatření je snaha zvýšit kvalitu života pacientů.

Klíčová slova

Potravinová alergie, potravinová intolerance, celiakie, intolerance laktózy, legislativa, financování

ABSTRACT

Food Allergies and Intolerantions Legislation in Selected Countries

This diploma thesis explores the impact of the legislation concerning selected food allergies and intolerances on healthcare systems and on patients in several countries, since the number of those patients increases. The thesis looks into the current state of the legislation regarding those issues in given countries and into the impact of these health problems on patients and on healthcare systems, and it also identifies the main interested parties in the Czech Republic. The author of this thesis also addresses the problem of how food allergies and intolerances influence lives of the patients. Based on the aforementioned, the thesis focuses on two chosen health problems (celiac disease and lactose intolerance) and examines the situation from the point of view of experts and patients. The financial demands of gluten-free and lactose-free diet are explored and the impact of potential implementation of partial reimbursement of the expenses of gluten-free diet on health insurance companies is analyzed. All parts of the thesis are aimed to create a proposal of specific systemic steps to take in this area in the Czech Republic, with the overall aim to improve the quality of life of the patients.

Keywords

Food allergies, food intolerance, celiac disease, lactose intolerance, legislation, funding

Obsah

Seznam zkratk	9
Úvod	10
1 Přehled současného stavu	11
1.1 Značení potravinových alergenů	11
1.1.1 Kanada.....	14
1.1.2 Austrálie a Nový Zéland	15
1.1.3 Evropská unie.....	15
1.1.4 Švýcarsko	17
1.1.5 Spojené státy americké.....	18
1.1.6 Argentina.....	18
1.2 Dopady potravinových alergenů a intolerancí na pacienta a zdravotní systém ..	22
1.2.1 Pacient	24
1.2.2 Zdravotní systém	26
1.3 Identifikace aktérů v České republice	27
2 Kvalitativní výzkum	34
2.1 Polostrukturované rozhovory s experty.....	35
2.1.1 Metodika polostrukturovaných rozhovorů	35
2.1.2 Výsledky polostrukturovaných rozhovorů	36
2.2 Dotazníkové šetření.....	44
2.2.1 Metodika dotazníkového šetření	44
2.2.2 Výsledky dotazníkového šetření	45
2.3 Shrnutí výsledků.....	51
3 Financování	53
3.1 Finanční náročnost pro jednotlivé typy stravování	53
3.1.1 Metodika	53
3.1.2 Výsledky	54
3.2 Analýza dopadu na rozpočet	60
3.2.1 Metodika	61
3.2.2 Perspektiva hodnocení	62
3.2.3 Časový horizont	62

3.2.4	Cílová populace.....	62
3.2.5	Popis stávajícího způsobu proplácení léčby celiakie	65
3.2.6	Určení nákladů	66
3.2.7	Diskotance	71
3.2.8	Výsledek dopadu na rozpočet	71
3.2.9	Analýza citlivosti	74
3.3	Shrnutí	76
4	Diskuze.....	78
	Závěr	88
	Seznam použité literatury	90
	Seznam tabulek	102
	Seznam obrázků	103
	Příloha 1: Přehled zdrojů z databází vztahující se k problematice značení alergenů.....	105
	Příloha 2: Přehled zdrojů z databází vztahující se k problematice 2. kapitoly	111
	Příloha 3: Návod k rozhovoru	115
	Příloha 4: Dotazníkové šetření.....	118
	Příloha 5: Jídelníčky	121

Seznam zkratek

Zkratka	Význam
ANMAT	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
CFIA	Canadian Food Inspection Agency
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
EAACI	European Academy of Allergy & Clinical immunology
EFSA	European Food Safety Authority (Evropský úřad pro bezpečnost potravin)
FA-ECOQ	Food Allergy Economic Questionnaire
FDA	Food and Drug Administration
FSAI	Food Safety Authority of Ireland
HRQL	Health-related quality of life
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
RBP	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
SÚKL	Státní úřad pro kontrolu léčiv
SZPI	Státní zemědělská potravinářská inspekce
VITAL	Voluntary Incidental Trace Allergen Labelling
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZPMV	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
ZPŠ	Zaměstnanecská zdravotní pojišťovna Škoda

Úvod

Diplomová práce řeší problematiku potravinových alergií a intolerancí. Konkrétně se zaměřuje na celiakii a intoleranci laktózy. Aktuálnost tohoto tématu je dána výrazným nárůstem pacientů s těmito zdravotními omezeními od začátku tisíciletí, ať už je to dáno zlepšenou diagnostikou nebo rozšiřováním těchto zdravotních problémů mezi zdravou populaci (např. [1], [2]). Celosvětově se řeší otázka, jak zajistit bezpečný a kvalitní život těmto pacientům. Z tohoto důvodu vznikají různá legislativní opatření týkající se značení potravinových alergenů.

Cílem diplomové práce je zkoumat dopady zákonodárství vztahujícího se k vybraným potravinovým alergiím a intolerancím ve zvolených zemích na zdravotní systémy a na pacienta.

Ze stanoveného cíle vychází struktura práce. První kapitola je zaměřena na teoretické poznatky. Autorka se věnuje porovnání legislativy, která upravuje značení potravinových alergenů v následujících zemích: Kanada, Spojené státy americké, Austrálie, Nový Zéland, Švýcarsko, Argentina a Evropská unie. Zkoumá dostupné studie, které řeší dopady potravinových alergií a intolerancí na kvalitu života pacientů a hodnotí, jaké zvýšené náklady na zdravotní systém mají tato zdravotní omezení. Na závěr první kapitoly odhaluje autorka velký počet zainteresovaných stran v České Republice a mapuje jejich zájmy.

V rámci praktického průzkumu je v druhé kapitole zmapována současná situace v České republice v problematice celiakie a intolerance laktózy. S 9 experty z řad lékařů a patientských organizací jsou uskutečněny polostrukturované rozhovory. Pro doplnění názorů získaných od expertů je také provedeno dotazníkové šetření mezi 145 pacienty.

Třetí kapitola je zaměřena na problematiku financování vybraných diet, a to jak z pohledu pacienta, tak z perspektivy zdravotního systému. V práci je vypočítána a porovnána finanční náročnost bezlepkové diety, bezlaktózové diety a běžného způsobu stravování při dodržování racionálních jídelníčků, které byly pro potřeby diplomové práce vypracovány nutričními terapeuty. Na základě propočtu nákladovosti bezlepkového stravování je v práci provedena analýza dopadu na rozpočet zdravotních pojišťoven, a to v případě, kdy by bylo zavedeno povinné proplácení bezlepkových potravin pro pacienty s diagnostikovanou celiakií z veřejného zdravotního pojištění. Tato část si klade za úkol zjistit, jaký dopad by mělo toto proplácení na financování zdravotního systému.

Závěrem práce v diskuzi autorka navrhuje a zamýšlí se nad osmi systémovými opatřeními v problematice celiakie s ohledem na zjištěnou současnou situaci v České republice a zjištěné potřeby pacientů z provedeného průzkumu. Přínosem těchto opatření je zvýšit kvalitu života pacientů s celiakií.

1 Přehled současného stavu

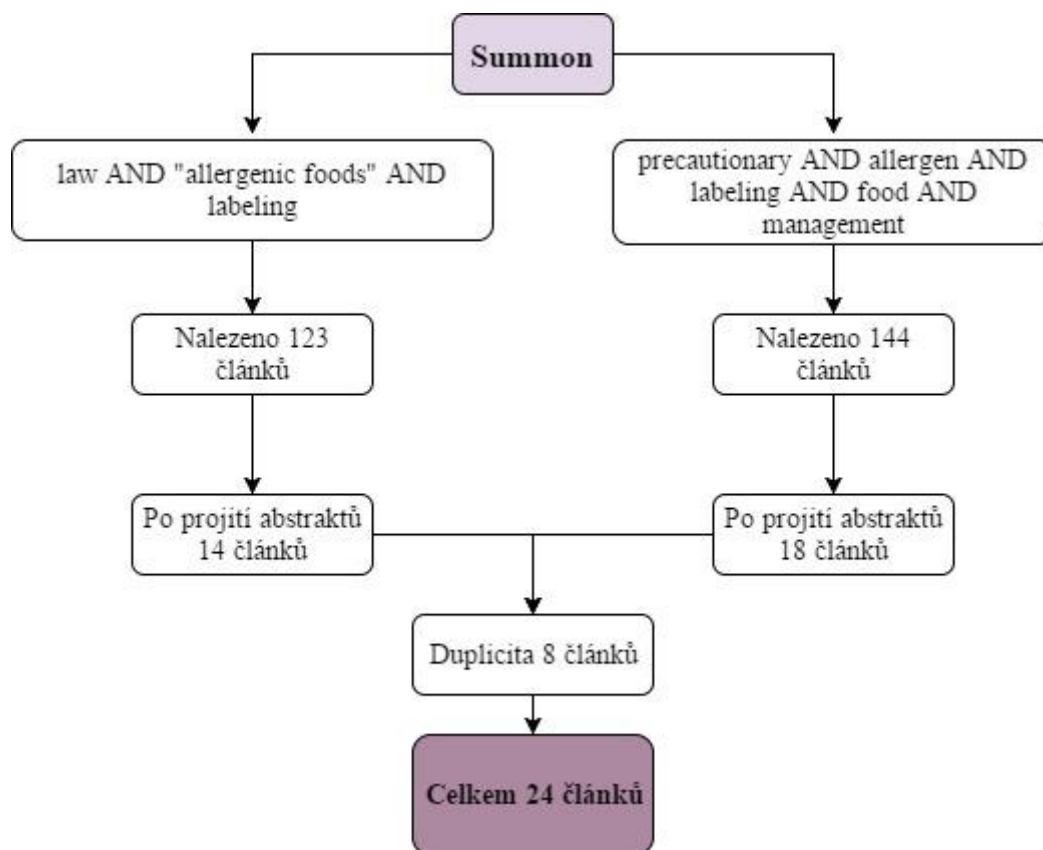
Přehled současného stavu má za úkol zmapovat problematiku potravinových alergií a intolerancí z hlediska legislativy, zdravotního systému a z pohledu pacienta ve vybraných zemích. Ze získaných informací bude dále čerpáno v dalších částech práce.

1.1 Značení potravinových alergenů

Prvním tématem, které bylo v rámci rešerše řešeno, je oblast značení alergenů. Značení potravinových alergií je jeden ze zásadních bodů problematiky potravinových alergií a intolerancí, a to z důvodu, že jediná léčba pro pacienty trpícími těmito problémy je vyhýbání se potravinám obsahujícím látku, která jim zhoršuje zdravotní stav. Proto je pro spotřebitele velkou výhodou, pokud je na potravinách uvedeno přesné složení. [3] Z tohoto důvodu se autorka rozhodla zmapovat problematiku značení v rámci legislativ vybraných zemí.

Vybrané země jsou následující: Švýcarsko, Kanada, Spojené státy americké, Argentina, Austrálie, Nový Zéland a Evropská unie. Země byly vybrány na základě rešerše z informací, které při ní byly získány. Švýcarsko a Argentinu autorka zvolila, protože v těchto zemích je na rozdíl od většiny jiných států upraveno legislativně preventivní značení alergenů. Austrálie a Nový Zéland mají stejné požadavky na značení alergenů a byly zvoleny z důvodu, že mají světově uznávaný program pro určování prahových hodnot alergenů. Evropská unie byla vybrána, protože autorka chce zkoumat situaci i v České republice, pro kterou platí nařízení Evropské unie. Kanada byla zařazena do zkoumaných zemí na základě toho, že značení alergenů zde bylo řešeno už v 90. letech minulého století. Spojené státy americké byly vybrány na základě informace, že je zde povinnost značit nejvíce skořápkových plodů.

Autorka v rešerši postupovala tak, že nejprve vyhledala články a studie s těmito klíčovými slovy law, allergenic food, labeling, precautionary, allergen, food a management v různých kombinacích v metavyhledávači Summon, který dále odkazoval především na databáze EBSCOhost, Science Direct, Springer Link, Wiley Online Library. V databázi byly následně vyhledávány pouze plně přístupné články a vyhledávání bylo omezeno na odborné vědecké materiály v anglickém jazyce. Celkem bylo nalezeno 267 článků, ze kterých bylo 24 vhodných. V databázích nebyly nalezeny žádné články, které by řešily tuto problematiku přímo pro Českou republiku. Vzhledem ke skutečnosti, že Česká republika je členem Evropské unie, autorka předpokládá, že situace v Česku bude podobná situaci v Evropské unii. Na obrázku 1 je znázorněn schematicky postup vyhledávání pro tuto kapitulu.



Obrázek 1 Postup vyhledávání článků a studií v databázích pro značení alergenů

V příloze 1 je vytvořena tabulka 34, ve které je stručný přehled 24 článků a jejich výsledky, které byly nalezeny v rámci provedené rešerše pro téma značení alergenů.

V nalezených člancích a studiích je nejvíce řešena problematika preventivního značení, která ve většině zemí není legislativně ošetřena. O této problematice autorka pojednává v textu za popisem zákonů jednotlivých států. Je problematické určit prahové hodnoty, od kterých by měl být alergen povinně označován v případě, že se do potravy nedostane záměrně. Z rešerše dále vyplývá, že problematikou preventivního značení jsou nejvíce zasaženi spotřebitelé, kteří si toto dobrovolné značení vykládají různými způsoby a ty mohou být často mylné. Spotřebitelé mají v důsledku toho omezenější výběr vhodných potravin.

Při vyhledávání materiálů pro kapitolu značení potravinových alergií autorka vychází kromě získaných publikací z databází, také z platné legislativy pro vybrané země a ze zpráv organizací či vlády, které mají tuto oblast na starosti. V tabulce 1 je uveden souhrnný přehled platných zákonů ve vybraných zemích, které řeší problematiku značení alergenů.

Tabulka 1 Přehled zákonů a organizací v jednotlivých zemích, které upravují značení alergenů

Země	Platná legislativa	Rok zavedení značení alergenů	Organizace, výbor
Kanada [4]	Food and Drugs Regulations (CRS, c. 870)	1994	Health Canada
Austrálie a Nový Zéland [5]	Food Standards Code – Standard 1.2.3 – Information requirements – warning statements, advisory statements and declarations	2002	Food Standards Australia New Zealand
EU [6]	Nářízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1169/2011	2003	European Food Safety Authority
Česká republika [6] [7]	Zákon č. 110/1997 Sb. o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů	2005	Státní zemědělská a potravinářská inspekce
Švýcarsko [8]	Ordonnance du DFI sur l'étiquetage et la publicité des denrées alimentaires	2005	Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaire
Spojen státy americké [9]	Food Allergen Labelling and Consumer Protection Act	2006	Food and Drug Administration
Argentina [10]	Código Alimentario Argentino	2010	La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

V následující části autorka podrobně rozebírá sesbírané informace o značení potravinových alergenů ve vybraných zemích. Informace byly získány na základě provedené rešerše z výše uvedených tabulek.

V zemích byly zkoumány následující informace:

- časové zařazení vzniku příslušných zákonů řešících tuto problematiku,
- seznam povinně uváděných alergenů,
- které potraviny se povinně označují,
- zda je uzákoněno preventivní značení alergenů,
- zda jsou definovány termíny jako „bez lepku“ nebo „bez laktózy“.

Na úvod je vhodné uvést, že ve velké části vyspělých zemích je v současnosti oblast značení potravinových alergenů více či méně legislativně ošetřena. Tomu

tak ale nebylo vždy. Povinné značení potravinových alergenů začala větší část států přijímat až v novém tisíciletí. V roce 1995 World Health Organisation Codex Alimentarius Commission definovala 8 potravin (obiloviny obsahující lepek, korýše, vejce, ryby, arašíd, sóju, mléko, ořechy, siřičitany v koncentracích 10 mg/ kg a více), které by se měly s ohledem na spotřebitele označovat u potravinových výrobků. Mnoho států pak zakomponovalo označování alergenů do svých zákonů. [11]

1.1.1 Kanada

V Kanadě byl už v roce 1994 přijat pokyn Guidelines for the safety assessment of novel foods, kde se uvádí, že pokud jsou u nových potravin potenciální obavy, že by mohly způsobit alergickou reakci, mělo by se konzultovat s Food Directorate, jak tyto obavy zmírnit. [12]

V současnosti se však v Kanadě požaduje zákonem Food and Drugs Regulations (CRS, c. 870), který doplňuje zákon Food and Drugs Act, aby byly na většině balených potravin, které mají etiketu, uvedeny obsažené alergeny. Zavedení tohoto značení prosadil federální útvar Health Canada, kanadská potravinářská inspekce (CFIA), allergy association a lékařská komunita. Povinnost značit určité alergeny byla implementována do výše uvedeného zákona v roce 2012. [13]

Zákonem jsou definovány tyto potravinové alergeny, které musejí být uváděny na balených potravinách: ořechy (konkrétně mandle, para ořechy, kešu, lískové ořechy, pekanové ořechy, ořechy macadamia, borové ořechy, pistácie nebo ořechy), arašíd, sezamová semínka, pšenice nebo triticales, vejce, mléko, sojové boby, korýši, měkkýši, ryby a semena hořčice. Dále se na etiketě musí uvádět, zda potravina obsahuje lepek z těchto obilovin: ječmen, oves, žito, triticales a pšenice a dále se také uvádí obsah siřičitanu od 10 mg/kg a více. Pokud se některý alergen nebo lepek v potravine vyskytuje v důsledku křížové kontaminace, tedy kontaminace, která je způsobena nechtěně při manipulaci nebo výrobě potraviny, nemusí být tato informace na obale uvedena. [4]

Alergeny na potravinách musejí být uvedeny dvojjazyčně, pokud od toho určité potraviny nejsou osvobozeny. Alergen se uvádí v závorkách po přísadě, v které je obsažen nebo může být uveden na konci seznamu jako výčet za slovem „Obsahuje“. Použití výrazu „free“ je dobrovolné. Ale pokud je použito např. označení „bez lepku“, tak musí být dle kanadského zákona pravdivé. V zákoně není definována maximální hodnota lepku, kterou by měly obsahovat potraviny s označením „bez lepku“. Health Canada se však přiklání k tomu, že tato hodnota by neměla být větší než 20 mg/kg. Existují však nevládní organizace, které vydávají tzv. bezlepkové certifikáty se specifickým logem, které by měly zajišťovat spotřebitelům, že potravina lepek neobsahuje nebo jen v takové míře, která je ještě přípustná. [13] [14]

1.1.2 Austrálie a Nový Zéland

Značení potravinových alergenů a další ustanovení s potravinami má na starosti vládní orgán Food Standards Australia New Zealand (FSANZ). Tento orgán tvoří různé normy a standardy v oblasti jídla a ty platí jak v Austrálii, tak i na Novém Zélandě. FSANZ stanovuje standardy pro značení potravin v tzv. Food Standard Code. Označování potravinových alergenů je konkrétně obsaženo ve Food Standards Code – Standard 1.2.3 – Information requirements – warning statements, advisory statements and declarations, které vzniklo roku 2002 a nejnovější verze platí od roku 2017. FSANZ vyžaduje označování následujících potravin: arašídy, ořechy (všechny kromě kokosu), mléko, vejce, sezamová semínka, ryby, korýši, sóju, pšenici a sličičtany v množství více než 10 mg/kg. Dále musí být na etiketě uváděny obiloviny obsahující lepek, těmi jsou: pšenice, žito, oves, špalda a hybridní kmeny těchto obilovin. Na etiketě se tak musí objevit výstražné prohlášení, pokud produkt obsahuje mateří kašičku nebo včelí pyl. Výstražné prohlášení musí obsahovat informaci, že příslušná složka může vyvolat vážnou alergickou reakci, nebo ve vzácných případech i smrt. FSANZ vyžaduje také uvádění alergenů u jídel, které nejsou v obalech či nemají etiketu. Alergeny musejí být vypsány vedle jídla nebo musí být sděleny ústně, pokud o to kupující požádá. Alergeny by měly být vypsány běžným jazykem spotřebitele a ne vědeckým, aby je spotřebitel mohl jasně identifikovat. [5] [15]

Preventivní značení potravinových alergenů není regulováno FSANZ, jedná se o dobrovolné prohlášení výrobců potravin. Byl však založen program, který řeší otázku rizika kontaminace potravin alergeny a doporučuje postupy pro snižování rizik způsobených křížovou kontaminací. V roce 2013 byl organizací Allergen Bureau vytvořen program Voluntary Incidental Trace Allergen Labeling (VITAL), který stanovuje referenční dávky pro 11 potravinových alergenů, které by měly poskytnout dostatečnou ochranu pro spotřebitele. Prahové hodnoty se vztahují pro alergeny, které se do potravin dostanou při křížové kontaminaci. Pokud potravinu překročí prahovou hodnotu, mělo by se uvádět „Obsahuje stopy...“. Alergeny, které jsou při výrobě použity záměrně, se uvádějí vždy. Tento program je světově uznávaný, ale zatím nedošlo nikde k jeho uzákonění v rámci preventivního značení. [15] [16] [17]

Uvádět značení „free“ potravin není stanoveno FSANZ, výrobci však mohou toto značení použít pouze, pokud je pravdivé. Ani používání výrazu „bez lepku“ není upraveno žádnými ustanoveními a pro bezpečkové potraviny nejsou požadovány žádné speciální certifikáty. [15]

1.1.3 Evropská unie

V současnosti je značení potravinových alergenů uvedeno v Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1169/2011 a tedy je povinnost, aby se jím řídily všechny členské státy včetně České republiky. Toto nařízení slučuje dvě směrnice dohromady. Jedná se o směrnice Evropského parlamentu a Rady 90/496/EHS a 2000/13/ES.

Do směrnice 2000/13/ES byl v roce 2003 směrnicí 2003/89/ES implementován seznam alergenů. Seznam alergenů vytvořil vědecký výbor pro potraviny zřízený podle rozhodnutí Komise 97/579/ES. Vědecký výbor konstatoval, že výskyt alergií na různé druhy potravinových alergií vzrostl a tyto alergie ohrožují život mnoha lidí, v některých případech až smrtelně. Dále také zhodnotil, že spotřebitelé nejsou o těchto alergenech dostatečně informováni na etiketách potravin. V současnosti seznam alergenů obsahuje 14 alergenů. Vědecký výbor byl zrušen v roce 2004 a jeho funkci nahradil Evropský úřad pro bezpečnost potravin (EFSA). [6] [18] [19]

Seznam látek a produktů vyvolávajících potravinovou alergii nebo nesnášenlivost je uveden v příloze II Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1169/2011. A je následující: obiloviny obsahující lepek (konkrétně pšenice, žito, ječmen, oves, špalda, kamut a jejich hybridní odrůdy), korýši, vejce, ryby, arašídy, sójové boby, mléko (včetně laktózy), skořápkové plody (konkrétně mandle, lískové ořechy, vlašské ořechy, kešu ořechy, pekanové ořechy, para ořechy, pistácie, makadamie), celer, hořčice, sezamová semena, siřičitany v koncentracích vyšších než 10mg/kg, lupina a měkkýši. Alergeny musí být povinně uváděny na balených potravinách i na nebalených potravinách, pokrmech a nápojích. Při značení alergenů na balených potravinách se obsažené alergeny uvádí na seznamu složek potraviny. Alergenní složka se jasně označí. To je možné například podtržením, ztučněním písma, zbarvením odlišnou barvou nebo se použijí velká písmena. U balených potravin, které nemají povinný seznam složek, se alergeny vypíšou na obale za slovem „Obsahuje“. Při značení nebalených potravin musí být uvedeny alergeny v blízkosti potraviny. Alergeny se musí označovat u pokrmů, tj. potravin, které jsou určeny k přímé spotřebě na místě zakoupení nebo když jsou baleny na žádost zákazníka v místě prodeje či jsou baleny při přímém prodeji. Přítomné alergeny musí být uvedeny v jídelním lístku nebo musí být tyto informace na požádání zákazníka sděleny personálem. Členské země Evropské unie si mohou zřídit své vnitrostátní opatření označování nebalené potraviny, kde bude upřesněno, jak v dané zemi mají být označovány nebalené potraviny. [6]

Problematické je značení stop alergenů v potravinách, a to z toho důvodu, že tato informace není v Evropské unii nijak legislativně ošetřena. V České republice je uvedení stopových prvků alergenů, které se v potravině vyskytly, i přes veškerá preventivní opatření, závislé pouze na svobodném rozhodnutí výrobce. V případě, že tak učiní, uvádí na obale „Může obsahovat...“, „Může obsahovat stopy...“ nebo „Může obsahovat stopové množství...“. Státní zemědělská potravinářská inspekce (SZPI) pro potřeby kontroly uvádí, že pokud výrobce uvádí označení „může obsahovat...“, pak by měl být alergen pod hodnotou citlivosti akreditované laboratorní metody využívané pro detekování alergenů. Pro lepek SZPI uvádí, že pokud je obsah lepku do 50 mg/kg, lze hovořit o stopovém množství. Tato hodnota však není nikde uzákoněna. [20]

Evropská unie tak stanovuje podmínky pro použití označení „bez lepku“ prováděcím nařízením Komise (EU) č. 828/2014, které vstoupilo v platnost roku 2016 a je povinné pro všechny členské státy Evropské unie. Nařízením je definovaný termín „bez lepku“, když potravina neobsahuje více než 20 mg/kg a termín „velmi nízký obsah lepku“, který je definován jako potravina, ve které byla použita např. pšenice, která byla zpracována tak, aby neobsahovala více než 100 mg/kg. [21]

V České republice zapracovává nařízení Evropské unie zákon č. 180/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Na základě tohoto zákona má český provozovatel stravovacího zařízení na výběr způsob, kterým poskytne informace o alergenech spotřebiteli. Informace mohou být předány buď ústně, nebo uvedeny v jídelním lístku. Vždy ale musí být na viditelném místě uvedeno, kde spotřebitel získá tyto informace. Kontrolu a vynucování pravidel pro značení alergenů má na starosti orgán Státní zemědělská a potravinářská inspekce, která je přímo podřízena ministerstvu zemědělství. [22] [7]

1.1.4 Švýcarsko

Legislativně je upraveno uvádění alergenů vyhláškou Ordonnance du DFI sur l'étiquetage et la publicité des denrées alimentaires z roku 2005 v aktuálním znění. Švýcarsko není zemí Evropské unie tento zákon je však v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1169/2011. Ve Švýcarsku jsou povinni značit následující alergeny: obiloviny obsahující lepek (konkrétně pšenice, žito, ječmen, oves a jejich hybridní druhy), koryši, vejce, ryby, arašídů, sójové boby, mléko, ořechy (mandle, lískové ořechy, kešu, pekanové ořechy, brazilské ořechy, pistácie, makadamia), celer, hořčice, sezamová semínka, siřičitany v koncentracích vyšších než 10 mg/kg, lupina a měkkýši. Alergeny musejí být viditelně označeny v seznamu složek. V případě, že tento seznam není uveden, alergeny musí být vypsány za slovem „Obsahuje“. Značení alergenů se vztahuje na balené i nebalené potraviny a daný alergen musí být uveden v úředních jazycích Švýcarska. V legislativě je také uvedeno, od jaké hodnoty mají být na obale uváděny alergeny, pokud se dostaly do potraviny nezáměrnou kontaminací. Tato hodnota je pro obiloviny obsahující lepek 10 mg/100 g, siřičitany 10 mg/kg a pro ostatní alergeny je to 1 g/kg. Preventivní označení „může obsahovat...“ musí být uvedeno hned po seznamu složek. [8]

Označení „bez lepku“ se smí používat v případě, že obsah lepku v potravine není vyšší než 20 mg/kg. Označení „velmi nízký obsah lepku“ může být použito, pokud hodnota lepku nepřesáhne 100 mg/kg. Zákonem je také definováno označení „bez laktózy“ hodnotou 2,5 mg / 100 kJ (10 mg / 100 kcal). Ostatní značení „bez...“ nejsou regulována. [23] [24]

1.1.5 Spojené státy americké

Ve Spojených státech došlo k uzákonění povinného značení potravinových alergenů v roce 2004 s nabytím účinnosti od roku 2006. Podmínky pro značení potravinových alergenů jsou uvedeny v zákoně Food Allergen Labeling And Consumer Protection Act, který je dodatkem k zákonu Food, Drug and Cosmetic Act. Ochranu veřejného zdraví v oblastech potravin, ale i dalších, má na starosti organizace Food and Drug Administration (FDA). V zákoně je uvedeno, že je nutné označovat osm alergenů nebo protein, který je z následujících alergenů odvozen: pšenice (konkrétně všechny druhy pšenice), mléko, vejce, ryby, korýši, ořechy (mandle, brazilský ořech, vlašský ořech, kešu, kokos, lískový ořech, makadamia, pekanový ořech, liči, pistácie, ginkgo ořechy, borové ořechy, bukové ořechy, jedlé kaštiny), arašídý a sójové boby. Kromě těchto alergenů je také nutné označovat siřičitany, pokud jsou v potravině v množství více než 10 mg/kg. V případě ořechů, ryb a korýšů je nutné uvést přesný druh alergenu. Značení alergenů je povinné pouze u balených potravin a nevztahuje se tedy na potraviny prodávané například v restauracích. Ani v této zemi nemají legislativně ošetřeno preventivní označování alergenů. [9] [25] [26] [27]

Alergeny musejí být uváděny na etiketách pomocí jedné ze dvou možností, buď v seznamu složek hned po složce, který alergen obsahuje nebo ve výčtu za slovem „Obsahuje“. Zvýraznění alergenů v textu je dobrovolné. [25]

V roce 2013 FDA vydala stanovisko k používání označení „bez lepku“ na potravinách. Toto označení je dobrovolné, ale pokud je použito, musí splňovat požadavky, které je na toto označení kladeno. Pokud je použito označení „bez lepku“, potravina nesmí obsahovat zrna obsahující lepek a zrna obsahující lepek, která byla zpracována za účelem odstranění lepku, pokud konečné množství lepku nepřesáhne 20 mg/kg. A pokud nemůže dojít při křížové kontaminaci k přítomnosti lepku větší než 20 mg/kg. Pokud je potravina vyrobena z přirozeně bezlepkových surovin, může nést označení „bez lepku“. Tento předpis se týká i dovezených potravin ze zahraničí. Existují certifikační programy pro bezlepkové potraviny, které mají svoje specifické logo. Tyto certifikační programy však nespádají pod organizaci FDA, ale přesto by měly splňovat jejich kritéria. [25]

1.1.6 Argentina

V Argentině vznikl zákon o značení potravinových alergenů v roce 2010. Bezpečnost potravin, léků a zdravotnických prostředků má na starosti orgán veřejné správy Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Povinností je značit následující alergen: obiloviny obsahující lepek (pšenice, žito, ječmen, oves a hybridní varianty), korýši, vejce, ryby, arašídý, sója, mléko (včetně laktózy), sušené ovoce (konkrétně mandle, lískové ořechy, kaštiny, vlašské ořechy, borové ořechy a pistácie), siřičitany. Alergeny je nutno vypisovat na balených potravinách za slovem „Obsahuje“. Označování nebalených potravin není

v zákoně nijak ošetřeno. Dle zákona není v Argentině dovoleno používat na etiketách preventivní označení alergenů. [10]

Používání výrazu „bez lepku“ na potravinách je řízeno výše uvedeným zákonem. Pokud chtějí výrobci používat značení „bez lepku“, musejí potraviny prozkoumat stanovenou analytickou metodou a výsledky předložit příslušnému orgánu, který povolí toto označení. Obsah lepku nesmí být větší než 10 mg/kg. Na etiketách potravin následně bude prohlášení „bez lepku“ a „sin TACC“ tedy bez pšenice, ovsa, ječmene a žita, na obale bude tak uveden specifický symbol. [10]

V tabulce 2 je uveden shrnující přehled alergenů, které jsou značeny ve vybraných zemích. Evropská unie má nejvíce povinných značených alergenů a její systém je považován za nejpropracovanější. Ostatní země mají omezenější seznam potravinových alergenů, ale obsahuje většinou stejné nejčastější alergeny. Výjimkou je Austrálie a Nový Zéland, kde je kromě běžných alergenů také požadováno značení včelího pylu a mateří kašičky. [28]

Tabulka 2 Přehled značených alergenů ve vybraných zemích [29]

Alergen	Země					
	EU	Kanada	USA	Austrálie/ Nový Zéland	Argentina	Švýcarsko
Vejce	•	•	•	•	•	•
Mléko	•	•	•	•	•	•
Ryby	•	•	•	•	•	•
Korýši	•	•	•	•	•	•
Měkkýši	•	•		•		•
Ořechy	•	•	•	•	•	•
Arašidy	•	•	•	•	•	•
Pšenice	•	•	•	•	•	•
Obilná zrna/ lepek	•	•		•	•	•
Sója	•	•	•	•	•	•
Celer	•					•
Hořčice	•	•				•
Lupina	•			•		•
Seznam	•	•		•		•
SO ₂ *	•	•	•	•	•	•
Včelí pyl				•		
Mateří kašička				•		

*Oxid siřičitý a siřičitany v koncentracích vyšších než 10 mg/kg nebo 10 mg/l

Tabulka 3 obsahuje shrnutí nejdůležitějších získaných informací o značení potravinových alergenů ve vybraných zemích. Výrobci z vybraných zemí mají všude povinnost značit balené potraviny. Rozdíl je však u nebalených potravin, které jsou povinni značit pouze v Evropské unii, Austrálii a Nové Zélandu. Velký problém je preventivní značení, které mají legislativně ošetřeno zatím pouze v Argentině a Švýcarsku.

Tabulka 3 Souhrnný přehled zjištěných informací [29]

Parametry	Země					
	Kanada [4]	Austrálie/ Nový Zéland [5]	EU [6]	Švýcarsko [8]	USA [9]	Argentina [10]
Značení balených potravin	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Značení nebalených potravin	Ne	Ano	Ano	Ano	Ne	Ne
Legislativa: preventivní značení alergenů	Ne	Ne	Ne	Ano	Ne	Ano, zakázáno preventivní značení
Stanoveny prahové hodnoty alergenů	Ne	Dobrovolné pro preventivní značení, určeny VITAL 2.0.	Ne	Ano	Ne	Ne
Jazyk*	en, fr	en	Úřední jazyk konkrétní země	de, fr, it	-	es

*dle normy ISO 639-1

Po prozkoumání příslušných zákonů je v některých zvolených zemích věnována speciální pozornost některým alergenům, u kterých je následně legislativně zakotveno označení „bez příslušného alergenu“. Konkrétně se jedná o označení „bez lepku“ a „bez laktózy“. Při používání tohoto označení na potravině výrobce deklaruje, že potravina neobsahuje více alergenu, než je hodnota uváděná v zákonu.

Problematika preventivního značení alergenů

Jak už bylo výše uvedeno, ve Spojených Státech, Kanadě, Evropské unii ani Austrálii a Novém Zélandu není legislativně zakotveno preventivní značení alergenů. Preventivního značení mohou využít výrobci potravin, pokud se ve výsledné potravině alergen vyskytuje, ale přitom nebyl úmyslně použit při výrobě. Alergen se mohl do potraviny dostat tzv. křížovou kontaminací. Provozovatel by měl přijmout

preventivní technická opatření, aby k takové kontaminaci nedošlo. Uvedení, že v potravině se mohou vyskytnout stopy alergenů by ale mělo být odůvodněné. [30] [29]

Dle výzkumu Food Safety Authority of Ireland (FSAI), který byl publikován v roce 2011, dochází k nadměrnému používání preventivního značení alergenů, přičemž u 94 % případů tohoto značení nebyl prokázán výskyt alergenů v potravině. Tato skutečnost postihuje především spotřebitele, kterým se tak zmenšuje okruh potravin, které si koupí ke konzumaci, protože se potravinám, kde se vyskytuje preventivní označení alergenů, vyhnou. [31]

Velká část spotřebitelů se domnívá, že preventivní značení potravinových alergenů podléhá zákonu stejně, jako uvádění alergenů v případě, že se alergen v potravině skutečně objevuje. Samotné preventivní značení alergenů je velmi individuální. Výrobci nemají nikde uvedeno, jak mají na možný výskyt alergenů v potravině spotřebitele upozornit. Spotřebitelé se často v popisech neorientují a myslí si, že jednotlivé formulace představují míru rizika kontaminace alergenů v potravině, což není pravda. [32]

V rámci výzkumu této problematiky bylo v USA a v Kanadě provedeno dotazníkové šetření, do kterého bylo zahrnuto 6684 respondentů, kteří buď sami trpí potravinovou alergií, nebo pouze kupují potraviny pro osoby mající potravinovou alergii. Z výsledků vychází, že 87,7 % dotazovaných by si nikdy nekoupilo produkt, na jehož etiketě je uvedeno „může obsahovat alergen“. Zároveň by si 59,7 % respondentů nikdy nekoupilo potraviny, kde je na obale uvedeno, že potravina je vyrobena v zařízení, které také zpracovává alergen. A 83,3 % spotřebitelů by si nekoupilo potraviny, pokud by bylo na obale uvedeno, že byla vyrobena na zařízení, které zpracovává také výrobky s alergenem. [33]

Podobná studie, ale na globální úrovni byla provedena v 16 zemích, kde opět zkoumala preference alergenních spotřebitelů při nákupu potravin. Výsledky byly zjišťovány od 9689 dotazovaných. Bylo zjištěno, že pouze 16 % lidí by koupilo výrobek „Může obsahovat alergen“, 25 % respondentů by koupilo výrobek s „Může obsahovat stopy alergenů“ a 41 % by koupilo potraviny, na které je uvedeno, že byla vyrobena v zařízení, které zpracovává alergen. [34] Je nutné podotknout, že různé výrazy pro preventivní značení ve skutečnosti nepředstavují menší nebo větší míru rizika pro spotřebitele, jak se mnozí domnívají. [29]

Některé státy jako Velká Británie nebo Austrálie vydávají dobrovolné pokyny k vyhodnocování a značení preventivního značení alergenů. Následně je však zjištěno, že tyto dobrovolné pokyny uplatňuje málo výrobců. [35] [36] Různé zainteresované strany se shodují na tom, že podmínky pro preventivní označování alergenů by měly být vynucovány zákonem. [29] Je však složité určit správnou referenční hodnotu, protože každý jedinec je individuální a může mít různou reakci na určité množství alergenů.

Standardem při zjišťování prahových hodnot jsou v současnosti dvojité zaslepené, placebem kontrolované studie. Projekt Europrevall si klade za cíl standardizovat postupy těchto studií, aby získaná data z jednotlivých studií mohla být lépe propojena. [37]

Zákonem upraveno toto značení mají například v Argentině, kde se nesmí na potravinách objevovat nebo ve Švýcarsku, kde jsou dány hodnoty, od kdy toho označení musí výrobci použít. [10] [8]

Určení správného a přesného používání preventivního značení je v současnosti velmi významné a diskutované téma, které by mělo být co nejrychleji vyřešeno a implementováno do potravinářských zákonů, aby docházelo k lepší ochraně veřejného zdraví ze strany regulátora, k lepší orientaci spotřebitele na trhu výrobků. Určení přesných pravidel pro preventivní značení je důležité, aby zdravotníci mohli dávat přesné rady pacientům, jak se správně vyhnout alergenům, a aby výrobci měli přesně daná pravidla pro minimalizaci rizik křížové kontaminace při výrobě. [38] [39]

1.2 Dopady potravinových alergenů a intolerancí na pacienta a zdravotní systém

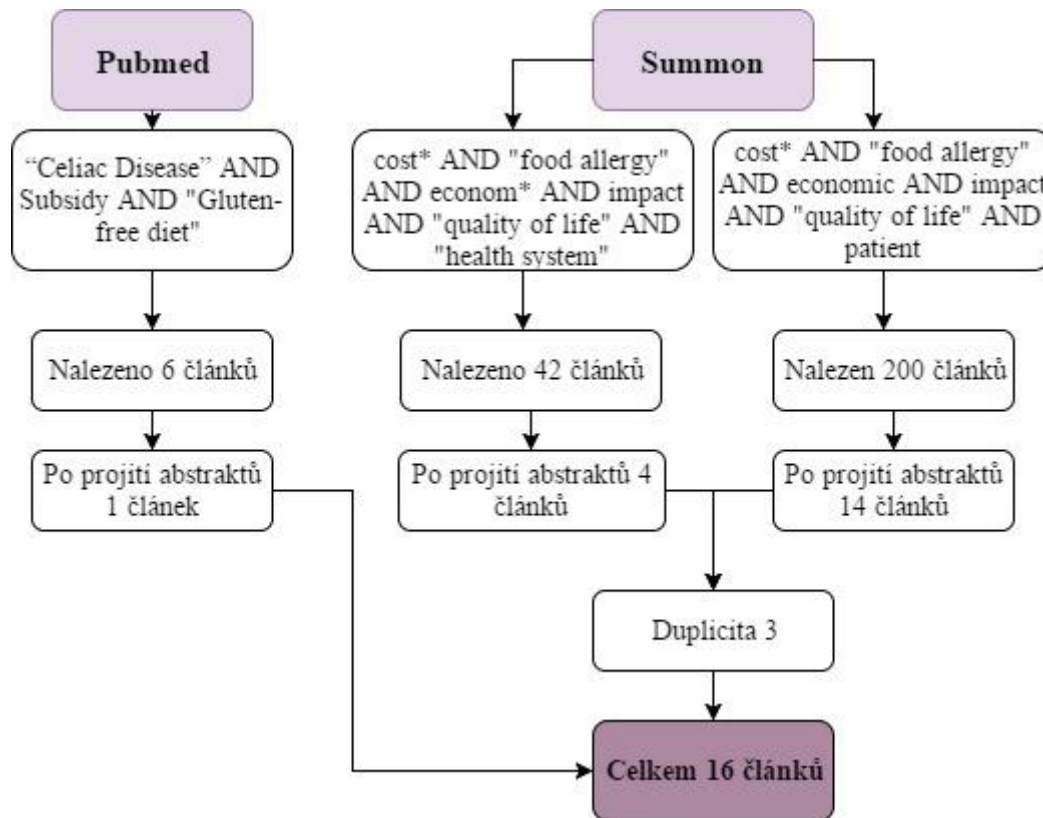
V druhé části si autorka klade otázku, jakým způsobem ovlivňují potravinové alergie a intolerance život pacientů. Pacienti jsou často omezeni při výběru a konzumaci potravin. To na ně může mít vliv i z hlediska sociálního a psychologického. Dopad na pacienta má jistě i ekonomická stránka, kdy jedincům rostou náklady, například za potraviny nebo léky. Všechny tyto aspekty mohou mít vliv na snížení kvality života lidí trpících potravinovou alergií nebo intolerancí. Potravinové alergie a intolerance mají jistě i nezanedbatelný dopad na zdravotní systémy. S rostoucím výskytem těchto zdravotních omezení musejí růst také náklady zdravotního systému, například náklady na diagnostiku těchto zdravotních omezení nebo léčbu v případě akutních stavů ohrožujících život. Z důvodů těchto skutečností se autorka rozhodla prozkoumat dostupné zdroje řešící tuto problematiku.

Pro vyhledávání dopadů těchto zdravotních omezení byla použita následující klíčová slova v různých kombinacích: cost, food allergy, economic, impact, quality of life, health system a patient. Klíčová slova se vyhledávala v metavyhledávací summon, který dále odkazoval na další databáze jako Science Direct, EBSCOhost, Wiley on Library, Springer Link. Vyhledávání bylo omezeno na plně přístupné texty a vyhledávaly se pouze odborné články od roku 2000 v anglickém jazyce. Vhodných článků bylo nalezeno 15.

Další problematikou, kterou chtěla autorka prozkoumat bylo, zda vlády různých zemí finančně dotují nějakou potravinovou alergii nebo intoleranci. Vyhledávání probíhalo v metavyhledávací summon a pubmed. Odpovídající výsledek byl nalezen

pouze pro potravinovou intoleranci celiakie, kdy se při použití klíčových slov: celiac disease, subsidy a gluten-free diet podařilo najít jeden vhodný článek.

Na obrázku 2 je schematicky ukázán postup vyhledávání. V kapitole jsou také využívány zdroje a informace, které byly nalezeny pro předchozí kapitolu.



Obrázek 2 Postup vyhledávání článků a studií v databázích 2. kapitolu

V příloze 2 v tabulce 35 je stručně popsáno 16 článků získaných při rešerši dostupné literatury pro dopady potravinových alergií a intolerancí na pacienta a zdravotní systém a dostupné finanční podpory pro celiaky.

Ze studií a článků nalezených v databázích autorka zjistila, že studie zkoumající náklady na potravinové alergie a intolerance byly vytvářeny až po roce 2005. Do té doby existovaly studie, které zjišťovaly náklady na astma nebo obecně na alergie, ale žádná z nich nebyla zaměřena vyloženě na potravinové alergie. Nalezené studie také často zkoumají kvalitu života osob trpících potravinovou alergií či intolerancí. Z dostupné literatury vyplývá, že kvalita života u potravinových alergií byla řešena už v roce 2003. [40]

Potravinové alergie a intolerance mohou mít vliv na mnoho různých skupin, které mohou mít odlišné cíle. V této kapitole se autorka dívá na dopady těchto zdravotních omezení pouze z pohledu pacienta a zdravotního systému. Z pohledu pacienta může být dopad potravinových alergií a intolerancí sociální, psychický a ekonomický. Vzhledem k zdravotnímu systému můžeme hovořit pouze o ekonomických dopadech. [40]

Ekonomické dopady můžeme rozlišit na přímé, nepřímé a nehmotné náklady. Nehmotné náklady představují sociální a psychické hledisko převedené na peněžní jednotky. Rozlišení jednotlivých nákladů pro pacienta a zdravotní systém shrnuje tabulka 4. Problém nastává především při měření nehmotných nákladů, které se týkají pouze pacienta. Pacient v důsledku svých zdravotních omezení může mít sníženou kvalitu života. A právě kvalitou života se měří tyto nehmotné náklady. Pro měření kvality života pacientů s potravinovou alergií a intolerancí se mohou využívat standardní dotazníky na kvalitu života například EQ-5D nebo byly vyvinuty speciální dotazníky, jedním z nich je například Food Allergy Economic Questionnaire (FA-ECOQ). [40] [41]

Tabulka 4 Přehled ekonomických nákladů pro pacienta a zdravotní systém [40]

Druhy nákladů	Pacient	Zdravotní systém
Přímé	Výdaje, které vzniknou přímo s diagnostikou, léčbou a životem s alergií nebo intolerancí.	Výdaje s nemocniční péčí, diagnostikou a terapií placené z veřejných výdajů.
Nepřímé	Náklady vzniklé ztrátou produktivity.	Zhoršené veřejné zdraví.
Nehmotné	Bolest, nepohodlí, utrpení.	-

V následující části budou podrobněji rozepsány dopady, které mohou potravinové alergie a intolerance mít na pacienta a zdravotní systém, tak jak vyplývá z provedené rešerše.

1.2.1 Pacient

Z hlediska pacienta se můžeme na dopady potravinových alergií a intolerancí dívat buď z ekonomického, nebo sociálního a psychického hlediska. Do ekonomických dopadů řadíme přímé náklady, které má jedinec způsobené v důsledku alergie. Například doplácení za léky, nákup speciálních potravin, nákup publikací o zdravotním omezení. A dále do ekonomických dopadů řadíme nepřímé náklady, které vznikají v důsledku snížené produktivity při zdravotních problémech. [40]

Abychom celkově posoudili dopad potravinové alergie nebo intolerance na pacienta, je důležité vyčíslit peněžně i sociální a psychické hledisko. K tomu se využívá měření kvality života. Pojem kvalita života je dle Světové zdravotnické organizace (WHO) definována jako „*vnímání jedince svého postavení v životě v kontextu systémů kultury a hodnot, v nichž žijí, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, normám a obavám.*“ [42]

Kvalita života je velmi subjektivní veličina. Vzhledem k tomuto faktu se obtížně určuje velikost sociálních a psychických dopadů. Každý člověk může vnímat snížení kvality svého života způsobené potravinovou alergií či intolerancí jinak. Může to záviset na mnoha proměnných faktorech jako:

- druh potravin, na kterou je jedinec alergický,
- počet potravin, na které je jedinec alergický,
- množství potravin, která už spustí alergickou reakci,
- závažnost symptomů,
- věk,
- kulturní zázemí,
- pohlaví. [43]

Pro měření kvality života jsou v současnosti využívány dotazníky, které můžeme rozdělit na generické nebo specifické. Tyto dotazníky vyhodnocují fyzické, psychologické a sociální složky, které mohou být ovlivněny onemocněním. Generické dotazníky se mohou využít na měření kvality života u jakéhokoliv onemocnění, naopak specifické jsou vytvořeny přímo pro určitou diagnózu. Z generických dotazníků je nejčastěji využíván dotazník 5Q-5D. Specifické dotazníky jsou zaměřeny už na konkrétní onemocnění. Dotazníky pro potravinové alergie a intolerance můžeme rozdělit na dotazníky určené dětem a jejich rodičům a dotazníky pro dospělé. [44] [45]

Důležité je sledovat kvalitu života v různých vývojových etapách člověka, protože v jednotlivých fázích života je dokázáno, že kvalita života je různá. Rozdíly jsou vidět především u dětí. Starší děti mají mnohem více sníženou kvalitu života než mladší děti, které velkou část odpovědnosti za své zdraví nechávají na rodičích, kteří pak prožívají pocity úzkosti a strachu místo nich. Naopak starší děti jsou už více samostatné a své problémy si začínají uvědomovat. Studie také dokázaly, že dívky vnímají nižší kvalitu než chlapci, to je dáno genderovým specifickým chováním různých pohlaví. [44] Obecně lze říci, že děti mohou být ovlivněny následujícími způsoby:

- zhoršení školního výkonu,
- větší počet školních absencí,
- větší pravděpodobnost šikany,
- všeobecně zhoršený zdravotní stav,
- poruchy příjmu potravy,
- úzkost spojená s rizikem možné nežádoucí reakce,
- pozdější rozvoj autonomie,
- vyloučenost ze společenských akcí nebo doprovod rodičů,
- příznaky deprese, ADHD. [44] [46]

Ze studií vyplývá, že vyšší emocionální dopad je u dospělých než u dětí, zde už bez rozdílu pohlaví. Avšak studií, které by zkoumaly kvalitu života dospělých je relativně málo v porovnání s počtem studií, které pojednávají o kvalitě života dětí a dospívajících. Z evropských studií při použití dotazníku FAQLQ-AF vyplývá, že nejvíce snižuje kvalitu života nejistota a úzkost. Také byly zaznamenány odlišnosti vnímání kvality života v různých zemích, které má za následek rozdílná kultura. [45]

Závěrem lze říci, že potravinovou alergií nejsou postihnuti pouze pacienti, ať už děti nebo dospělí, ale i jejich nejbližší okolí jako je rodina a přátelé. Všichni musí být ostražití před možnou nežádoucí reakcí, ke které může dojít při konzumaci nevhodné potraviny. Pacienti a jejich okolí se musí naučit žít s pravidly, aby neustále kontrolovali všechna možná rizika, což snižuje jejich kvalitu života. [45] [43]

1.2.2 Zdravotní systém

Se vzrůstajícím počtem jedinců, kteří trpí potravinovou alergií nebo intolerancí úměrně rostou ekonomické náklady, které se vynakládají z veřejných prostředků určených na zdravotnictví. Je dokázáno, že jedinci s potravinovou alergií nebo intolerancí stojí systém více peněz než jedinec, který takovými obtížemi netrpí. [47]

Studie prokázaly, že lidé s potravinovou alergií a intolerancí navštěvují častěji lékaře ať už praktického nebo specializovaného. [47] Dále má zdravotnictví náklady spojené s diagnostikou. Náklady na diagnostiku jsou poměrně nízké v porovnání s jinými přímými a nepřímými náklady. Náklady však mohou být vyšší u některých specifických onemocnění, jako je například celiakie, kde je často zapotřebí více metod pro potvrzení diagnózy, jako jsou krevní testy, biopsie tenkého střeva nebo genetické testy. [48]

Dále vznikají zdravotnímu systému náklady při terapii těchto zdravotních omezení. Může se jednat o akutní zásah například u anafylaktické reakce, která je způsobená požitím alergenní látky u velmi citlivého jedince. Tímto vzrůstají náklady také na záchrannou službu. Studie z Francie vyčíslila národní náklady na anafylaktické reakce v roce 2005 na 4 789 500 €. [49] Podobná studie, opět zaměřená na náklady způsobené anafylaktickou reakcí, byla provedena ve Spojených státech, kde byly v roce 2007 vyčísleny celkové přímé náklady na 225 milionů \$ a 115 milionů €. [50] Náklady vznikají i nepřímo léčením jiných onemocnění, která mohou být vyvolaná potravinovými alergiemi nebo intolerancemi. [40]

V nalezených zdrojích se také řešila otázka kvalitního personálu při diagnostice potravinových alergií. Vzhledem k nárůstu alergií v posledních letech se mnoha pacientům nedostává kvalitní péče v důsledku malého počtu kvalifikovaných alergologů. V rámci tohoto problému vytvořila European Academy of Allergy & Clinical immunology (EAACI) návrh na posílení pozice praktických lékařů při diagnostice alergií. Představovalo by to další náklady na doplňující vzdělání praktických lékařů. [48] [51]

Zdravotní systém by mohl být potenciálně zatěžován, pokud by pacientům byly poskytnuty různé druhy dotací. V důsledku toho autorka v rámci rešerše zkoumala, zda některé země poskytují na tento druh onemocnění finanční podporu. Z provedeného šetření byl nalezen pouze jeden článek, který se týkal finanční pomoci, a to konkrétně

u celiakie. U tohoto onemocnění některé státy poskytují finanční pomoc pro tyto pacienty. Druhy dotací mohou mít formu snižování daňového základu z příjmu fyzických osob, vyplácení fixní částky za určité období stanovené zákonem, pravidelné poskytování speciálních potravin, vydávání bezlepkových potravin na lékařský předpis, který je plně nebo částečně hrazen. V České republice dobrovolně poskytují finanční podporu na celiakii některé zdravotní pojišťovny. Situace v České republice je podrobněji popsána ve třetí kapitole. V důsledku toho, že v rešerši byly nalezeny studie, které dokazují, že lidé s potravinovou alergií nebo intolerancí mají vyšší životní náklady, je překvapivé, že nebyla nalezena odpovídající finanční podpora pro tyto jedince až na výjimku celiakie. Zároveň si můžeme klást otázku, zda by taková pomoc nebyla pro veřejný rozpočet nepřijatelný náklad. [52]

V roce 2013 byla provedena studie, která měla za úkol posoudit z perspektivy zdravotní péče dodatečné náklady na zdravotní péči, které mají pacienti s potravinovou alergií ve srovnání s lidmi, kteří těmito zdravotními obtížemi netrpí. Byl k tomu využit dotazník FA-EOQ, který zjišťoval, kolikrát respondenti navštívili lékaře za posledních 12 měsíců, zda dostali předepsané léky, zda byli hospitalizováni v nemocnici a jak dlouho. Do studie bylo také zařazeno 21 pacientů z České republiky. Byly určeny průměrné roční náklady na zdravotní péči v mezinárodních dolarech (I\$) pro dospělé s potravinovou alergií 2016 I\$ a 1089 I\$ pro lidi bez potravinové alergie. Z výsledků vyplývá, že pacienti s potravinovou alergií mají o 927 I\$ vyšší roční náklady. [47]

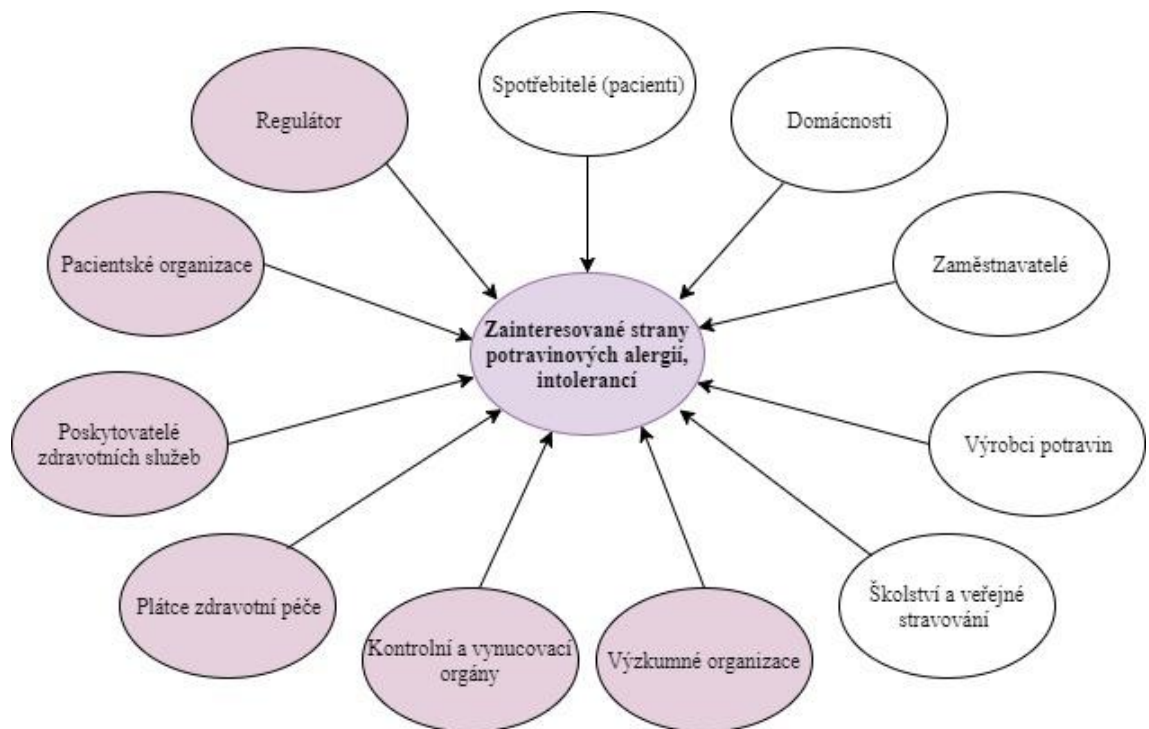
1.3 Identifikace aktérů v České republice

V předchozích dvou kapitolách autorka zmiňuje, že existuje velké množství skupin, na které mají určitým způsobem potravinové alergie a intolerance vliv. Z důvodu, že nebyl nalezen žádný článek, který by pojednával o konkrétních aktérech v České republice, je tato kapitola zaměřena na identifikaci právě těchto skupin.

K vytvoření této kapitoly byly využity zdroje z předchozích dvou kapitol, které pojednávají o zúčastněných stranách v problematice potravinových alergií a intolerancí. [3] [53] [32] [40] Na základě těchto získaných informací autorka vytvořila obecné skupiny zainteresovaných stran, ke kterým následně hledala konkrétní aktéry v českém prostředí. Schématický přehled hlavních zainteresovaných stran je uveden na obrázku 3.

Obecných skupin bylo zvoleno 11. U jednotlivých skupin je zkoumáno, jaké zájmy tyto skupiny mají a jakým způsobem se snaží o jejich naplnění. Autorka vyhledala k vybraným obecným skupinám konkrétní aktéry v České republice. Obecné skupiny, u kterých nebyly vyhledány konkrétní podskupiny, jsou velmi široce zaměřené a není možné identifikovat všechny jejich členy. Konkrétní aktéři jsou vyhledáni pouze u skupin: regulátor, kontrolní a vynucovací orgány, výzkumné organizace, plátce zdravotní péče, poskytovatelé zdravotní péče a pacientské organizace. Aktéři

k příslušným skupinám jsou vždy uvedeni v tabulkách a je u nich uvedena oblast působení, ve které se pohybují.



Obrázek 3 Schematické znázornění obecných aktérů v problematice potravinových alergenů a intolerancí

Distributoři potravin chtějí především maximalizovat svůj zisk. Zákonem jsou ale vázáni dodržovat určitou kvalitu a bezpečnost potravin, postupy výroby a pravidla značení potravin. To samozřejmě může ovlivňovat jejich výdaje na výrobu potravin. Zavádění zákonů, které mají požadavky na značení potravin, má proto pro výrobce spíše negativní dopad, protože musejí vynaložit náklady například na změny etiket. Výrobci často používají preventivní značení alergenů jako informaci o možném riziku výskytu alergenu v potravine. Výrobci využívají toho, že toto tvrzení není zákonem nijak ošetřeno a chrání se tak před případnými stížnostmi ze strany spotřebitelů. Takové jednání má ale zase špatný dopad na spotřebitele. [32]

Zaměstnavatelé se této problematiky dotýkají pouze okrajově. Jejich zájmem je, aby zaměstnanci podávali stoprocentní výkon, to může být narušeno, pokud zaměstnanci trpí zdravotními obtížemi.

Školní a veřejné stravování musí splňovat normy a pravidla v oblasti hygieny a přípravy pokrmů. Po přijetí nařízení č. 1169/2011 je na tyto instituce vyvíjen ještě větší tlak, aby buď označovaly všechny případné alergeny, nebo zajistily jídla nekontaminovaná alergeny. Zájmem těchto institucí v této problematice je, aby správně dodržovaly všechny zákony a vyhnuly se tak případným sankcím.

Pacienti a domácnosti budou mít shodné zájmy s patientskými organizacemi.

Regulátor představuje orgány, které mají na starost vydávání nařízení a zákonů ohledně bezpečnosti potravin. Ve většině případů můžeme hovořit o tom, že se jedná o státní orgány. V České republice regulátora v této oblasti představují především ministerstva uvedená v tabulce 5.

Zájmem regulátora je usměrňovat peněžní prostředky na zdravotní péči, to se v České republice děje především pomocí úhradové vyhlášky, která vymezuje, která péče a jak má být zaplacená. Zájmem regulátora je i ochrana spotřebitele, čemuž napomáhá nařízení č. 1169/2011. V současnosti není legislativně ošetřeno preventivní značení potravinových alergenů, a to především z důvodu, že politickým orgánům chybí vědecké výzkumy, které by stanovily prahové hodnoty pro alergeny.

Tabulka 5 přehled regulátorů v České republice

Název	Oblast působení
Ministerstvo zemědělství [54]	Ústřední orgán státní správy mimo jiné i pro potravinářský průmysl. Pod toto ministerstvo spadá Odbor bezpečnosti potravin, který zajišťuje komunikaci s EFSA a spolupracuje s EU v oblasti potravin.
Ministerstvo zdravotnictví [55]	Pod toto ministerstvo spadají záležitosti týkající se poskytování zdravotní péče, veřejného zdraví, zdravotního pojištění a spousta dalších povinností. Pod toto ministerstvo spadá označování alergenů u pokrmů.
Ministerstvo průmyslu a obchodu [56]	Toto ministerstvo má na starosti ochranu zájmů spotřebitelů.
Ministerstvo financí [57]	Spolu s ministerstvem zdravotnictví vydává úhradovou vyhlášku, kterou se řídí platby pojišťoven zdravotnickým zařízením.
Ministerstvo práce a sociálních věcí [58]	Česká správa sociálního zabezpečení, která spadá pod působení Ministerstva práce a sociálních věcí vydává pokyny pro určování stupně závislosti při žádání příspěvku na péči. [59]

Kontrolní a vynuocovací orgány mají za úkol kontrolovat plnění požadavků na potraviny vyplývající z příslušných zákonů. Pro Českou republiku jsou tyto orgány uvedeny v tabulce 6.

Tabulka 6 přehled kontrolních a vynuocovacích orgánů v České republice

Orgán	Oblast působení
Státní zemědělská potravinářská inspekce [60]	Podřízena ministerstvu zemědělství. Orgán státního dozoru dohlížející nad bezpečností a označováním potravin dle zákona.
Krajské hygienické stanice	Provádí dozor nad potravinami podle předpisů Evropských společenství a zákona č.110/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

Výzkumné instituce se mohou věnovat celé řadě problémů. V České republice existují výzkumné ústavy uvedené v tabulce 7. Zájmem výzkumných institucí by mělo být zlepšování kvality života spotřebitelů novými možnostmi při léčbě nebo i v rozhodování při nákupu potravin. [32] V České republice se žádná z institucí nevěnuje problematice určování prahových hodnot způsobujících alergickou reakci, jejíž výsledky by se mohly použít při uzákonění preventivního značení alergenů.

Tabulka 7 přehled výzkumných institucí v České republice

Veřejné výzkumné instituce	Oblast působení
Výzkumný ústav potravinářský Praha [61]	Vývoj speciálních potravin pro skupiny obyvatel se zdravotními nároky na specifické potraviny a další činnosti.
Mikrobiologický ústav AV ČR, v. v. i. [62]	Laboratoř buněčné a molekulární imunologie se zaměřuje na studium potravinových alergií a autoimunitních onemocnění jako je např. celiakie.

Spotřebitelské instituce nejsou zaměřeny pouze na potravinové alergie a intolerance, ale jsou to obecné organizace zastupující práva všech spotřebitelů v jakémkoliv nákupním odvětví.

Tabulka 8 přehled spotřebitelských institucí v České republice

Spotřebitelské instituce	Oblast působení
Občanské sdružení spotřebitelů TEST [63]	Nezisková organizace, věnuje se testování potravinářských výrobků.
KOSA – Koalice občanských spotřebitelských aktivit ČR [64]	Nezisková nevládní organizace věnující se ochraně práv a zájmů spotřebitelů.

Pacientské organizace můžeme rozdělit na ty, co jsou zaměřeny na konkrétní onemocnění nebo na organizace, které představují hlas všech nemocných bez ohledu na jejich onemocnění. Ve světě bývá zvykem, že právě obecná pacientská organizace má silný hlas při vyjednávání podmínek s regulátory a plátcí zdravotní péče. [65] V České republice tomu tak není, existuje více všeobecných organizací pacientů, nejsou tedy organizovány do jedné organizace, která by mohla vystupovat jménem všech. V tabulce 9 je uveden přehled oficiálních pacientských organizací. Vedle těchto oficiálních organizací stojí další organizace, které již nejsou oficiální a vznikají například na sociálních sítích, kde si pacienti navzájem radí.

Tabulka 9 přehled patientských organizací v České republice [66]

Pacientské organizace	Oblast působení
Občanské sdružení na ochranu pacientů (OSOP)	Všeobecná organizace pacientů
Sdružení občan, o. s.	
Svaz pacientů ČR SOP	
Pacientské organizace specificky zaměřené	Oblast působení
Sdružení pro alergické a astmatické děti	Alergie a poruchy imunity v dětském věku
Společnost pro bezlepkovou dietu	Celiakie
Sdružení celiaků České republiky	
Národní sdružení PKU a jiných DMP	Dědičné metabolické poruchy (DMP), fenylylketonurie (PKU)

Z tabulky 9 vyplývá, že v České republice není žádná oficiální patientská organizace, která by sdružovala pacienty přímo s potravinovou alergií a intolerancí.

Největším zájmem pacientů je, aby byli schopni lehce identifikovat potraviny, které smí a nesmí konzumovat. Díky tomu by se snížila úzkost a obavy, které denně pocítují. [32] [53]

Kromě patientských organizací existuje v České republice také Patientská rada ministra zdravotnictví, která funguje jako poradní orgán. Členy Patientské rady jsou lidé, kteří aktivně podporují některá onemocnění. V Patientské radě je člen, který se věnuje problematice celiakie. [55]

Plátce zdravotní péče v České republice představuje 7 zdravotních pojišťoven, uvedených v tabulce 10, kdy jedna z nich je státní pojišťovna a šest jich je zaměstnaneckých. Dle zákona si pojišťovny mohou konkurovat jen velmi omezeně. Všechny mají povinnost proplácet svým klientům stejnou zdravotní péči. Pojišťovnami je proplácena diagnostika potravinových alergií i intolerancí. Konkurovat si mohou pouze poskytováním benefitů z fondů prevence. [67] [68] Pojišťovny v České republice neposkytují finanční pomoc žádné z potravinových alergií. Některé pojišťovny však poskytují z fondů prevence finanční prostředky pro pacienty s celiakií nebo fenylylketonurií, příspěvky se u jednotlivých pojišťoven velmi liší.

Zájmem plátce by mělo být financování potřebné zdravotní péče. Finanční zdroje pro zdravotnictví ale nejsou neomezené. Důsledkem toho je neochota platit zdravotnickým zařízením plnou cenu provedeného výkonu. Tento konflikt, kdy plátce chce zaplatit minimum a zdravotní zařízení naopak maximum z ceny za zdravotní péči vede k tomu, že zasahuje regulátor, který určí, jaká péče a za kolik peněz se má proplácet. [53]

Tabulka 10 Přehled zdravotních pojišťoven v České republice

Pojišťovna	Kód	Příspěvky pro rok 2018		
		Onemocnění	Určeno pro:	Roční výše příspěvku
Všeobecná zdravotní pojišťovna [69]	111	Celiakie – bezlepkové potraviny	Děti do 18 let a studenti do 26	6 000 Kč
Vojenská zdravotní pojišťovna [70]	201	Nemá příspěvek na celiakii		
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna [71]	205	Celiakie – bezlepkové potraviny	Děti do 18 let	1 000 Kč
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví [72]	207	Celiakie – bezlepkové potraviny	Neomezeno	Výše příspěvku závislá na počtu získaných kreditů
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda [73]	209	Celiakie (bezlepkové potraviny) aFenylketonurie	Neomezeno	4 000 Kč
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra [74]	211	Nemá příspěvek na celiakii		
Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna [75]	213	Celiakie – bezlepkové potraviny	Neomezeno	1 000 Kč

Děti s fenylketonurií a jinými metabolickými onemocněními do 18 let, které vyžadují dietní režim, mohou získat příspěvek na péči. Je to ukotveno v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. O příspěvek se žádá na příslušném Úřadu práce a výše příspěvku je určena stupněm závislosti na jiné osobě. Získání příspěvku je poměrně složité a většinou na tento příspěvek nedosáhnou pacienti, kteří trpí pouze jedním zdravotním problémem. [76]

Poskytovatelé zdravotních služeb, které se zaměřují na diagnostiku, léčbu a poradenství pro pacienty s potravinovou alergií a intolerancí jsou uvedeny v tabulce 11. Počty lékařů byly vyhledány na stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Největším zájmem poskytovatele zdravotních služeb je poskytnout potřebnou zdravotní péči v odpovídající kvalitě, k tomu má však omezené finanční zdroje. Dalším zájmem je vzdělávat a poskytovat rady pacientům, jak se vyhnout riziku požití nevhodných potravin. Na to navazuje další zájem, který mají především nutriční poradci, kteří se snaží pacientům zajistit vyváženou stravu, i když musí svůj jídelníček omezovat. [53]

Tabulka 11 Přehled zdravotních služeb v České republice

Zdravotní služby	Oblast působení	Počet lékařů r. 2013 [77]
Gastroenterologie	Pracoviště zabývající se diagnostikou a léčbou onemocnění trávicího traktu.	458
Alergologie a imunologie	Diagnostika a léčba všech alergických onemocnění, diagnostika autoimunních onemocnění.	471
Všeobecné praktické lékařství	Praktičtí lékaři mohou být prvními lékaři, kteří pacientům diagnostikují potravinovou alergii nebo intoleranci a dále je směřují na odborně zaměřené pracoviště.	5 446
Praktické lékařství pro děti a dorost		2 100
Nutriční poradenství	Zabývá se výživovým poradenstvím pacientů se speciálními dietami a dalšími problémy s příjmem potravy.	-
Zdravotnické organizace	Oblast působení	
Státní zdravotní ústav [78]	Organizace ministerstva zdravotnictví, připravuje podklady pro národní zdravotní politiku. Je oprávněn zpracovávat data o pacientech s hromadně se vyskytujícími onemocněními.	
Česká společnost alergologie a klinické imunologie [79]	Dobrovolné sdružení zdravotníků pro obor alergologie a klinická imunologie.	

V České republice je mnoho zainteresovaných skupin, které mohou prosazovat odlišné cíle. V této kapitole jsou identifikováni pouze čeští aktéři. Musíme brát v úvahu i existenci dalších útvarů, které jsou tvořeny Evropskou unií a mohou být českým organizacím a regulátorům nadřazený. Většina zainteresovaných skupin má největší zájem zlepšit různými způsoby kvalitu života pacientů. Existují však i skupiny, například výrobci potravin, kteří svým jednáním naopak kvalitu života spotřebitelů snižují.

2 Kvalitativní výzkum

Následující část práce je zaměřena na zmapování současné situace dané problematiky, aby mohly být posouzeny dopady, jak stávající, tak i potenciální legislativy, která se váže k problematice potravinových alergií a intolerancí. Podkapitoly jsou zaměřeny na kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů a dotazníkového šetření.

Z důvodu obsáhlosti obecného tématu potravinových alergií a intolerancí je pro potřeby diplomové práce studované téma dále zúženo a jsou vybrány konkrétní zdravotní problémy, u kterých bude proveden kvalitativní výzkum.

V rámci výběru konkrétních zdravotních omezení autorka vychází z poznatků získaných ze současného stavu a hledá takové zdravotní problémy, které by splňovaly následující podmínky:

1. potravinová alergie nebo intolerance, která je jedním z nejčastějších zdravotních problémů, které postihují obyvatele České republiky,
2. existence zainteresovaných skupin v České republice pro konkrétní zdravotní omezení, které mají zájem a sílu ovlivnit existující situaci,
3. daná alergenní látka se nachází ve velkém množství běžných potravin a je obtížné se jí vyhnout při běžném stravování.

První podmínka je zvolena s ohledem na to, aby práce byla prospěšná pro co nejvíce pacientů, kteří trpí některou z potravinových alergií či intolerancí. Druhá podmínka je určena z důvodu, aby se daly zjistit konkrétní informace o současném stavu přímo od zainteresovaných stran. Poslední, třetí podmínka, je vybrána kvůli skutečnosti, že čím více se využívá alergenní látka v běžných potravinách, tím je obtížnější se dané látce vyhnout a má to tak negativní vliv na pacienty. Všechny podmínky jsou zvoleny ve snaze získat relevantní informace při nadcházejícím průzkumu.

Na základě podmínek a informací zjištěných při provádění rešerše byla vybrána dvě zdravotní omezení, která jsou uvedena v tabulce 12.

Tabulka 12 Výběr zdravotních omezení

Podmínka	Autoimunitní onemocnění způsobené nesnášenlivostí lepku (celiakie)	Intolerance laktózy
1.	Kvalifikovaný odhad výskytu celiakie 1 % z celkové populace [80]	Intolerancí laktózy trpí v České republice přibližně 16–20 % dospělé populace [81]
2.	V České republice existují dvě celostátní patientské organizace zajímavající se o problematiku celiakie.	Toto zdravotní omezení v současné době nemá v České republice žádné oficiální zájmové skupiny.

3.	Lepek je používán ve velkém množství potravin, a to snižuje výběr vhodných potravin pro lidi trpící celiakií.	Laktóza se vyskytuje v mléčných výrobcích, které jsou potřeba pro správné fungování organismu, proto pacienti musí najít způsob, jak se správně stravovat s tímto zdravotním omezením.
----	---	--

Intolerance laktózy nesplňuje druhou podmínku, ale i přesto byla zvolena jako jedno ze zdravotních omezení, kterými se nadále bude práce zabývat. V České republice kromě zaměření na onemocnění celiakie neexistují žádné oficiální pacientské organizace, které by zastupovaly zájmy jiných potravinových alergií či intolerancí. K intoleranci laktózy se autorka přiklonila z důvodu, že právě tato intolerance se často projevuje u pacientů, kteří trpí také celiakií.

V následujících podkapitolách jsou uvedeny podrobnosti týkající se kvalitativního výzkumu a jsou zde prezentovány výsledky.

2.1 Polostrukturované rozhovory s experty

2.1.1 Metodika polostrukturovaných rozhovorů

V rámci kvalitativního výzkumu byla jako jedna z metod využita metoda polostrukturovaných rozhovorů. Polostrukturovaný rozhovor se využívá při kvalitativním výzkumu především v oblasti sociologického průzkumu. Vyznačuje se určitou flexibilitou v pokládání otázek v závislosti na průběhu rozhovoru. Tento typ rozhovoru spojuje výhody jak strukturovaného, tak i nestrukturovaného rozhovoru. Odpadá zde riziko zaměření pouze na předem daná témata, ale zároveň jsou v rámci polostrukturovaného rozhovoru získána mnohem strukturovanější data, než která by se získala, kdyby byl použit nestrukturovaný rozhovor. [82]

Polostrukturované rozhovory byly vedeny s představiteli vybraných zájmových skupin. Ze zájmových skupin byli zvoleni lékaři a pacientské organizace. Tyto zainteresované strany byly autorkou vybrány z důvodu, že by měly mít největší přehled o současné situaci, jak na poli diagnostiky, ale také i následné péče o pacienty. V rámci práce byli osloveni experti z řad představitelů státních pacientských organizací, občanských sdružení věnujících se problematice celiakie, lékaři se specializací v oblasti pediatrie a gastroenterologie.

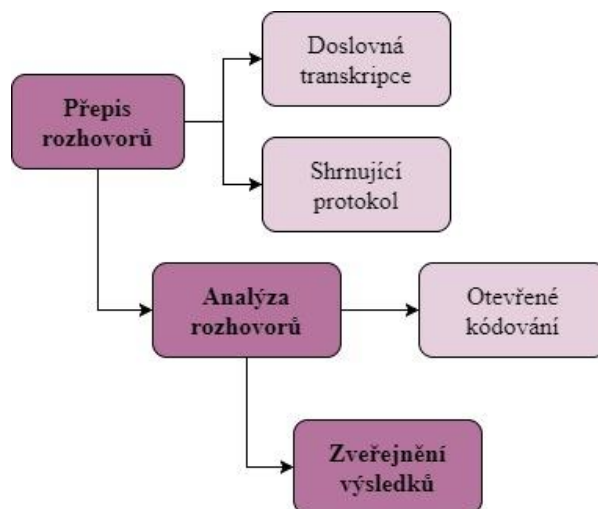
Celkem bylo o rozhovor požádáno 12 respondentů. Rozhovorů se následně zúčastnilo 75 % oslovených respondentů, kteří zastupovali následující pozice:

- dvě státní pacientské organizace zaměřující se na celiakii,
- dvě občanská sdružení věnující se problematice celiakie,
- pět lékařů, kteří mají specializaci alespoň v jedné z následujících oblastí: praktické lékařství, pediatrie, gastroenterologie.

Respondenti byli kontaktováni emailem, kde je autorka seznámila s řešeným problémem, požádala o spolupráci a o osobní setkání, za účelem realizace polostrukturovaného rozhovoru.

Pro potřeby polostrukturovaných rozhovorů je vypracován tzv. návod k rozhovoru, který je uveden v příloze 3. Je to seznam otázek, na které respondenti volně odpovídají a slouží k tomu, aby byly rozhovory vedeny strukturovanou formou. [82] Seznam otázek je rozdělen na dvě části, a to na obecnou část (viz tabulka 36 v příloze 3), která obsahuje otázky, které jsou položeny všem respondentům a pak doplňkovou část (viz tabulka 37 v příloze 3), která je modifikována dle charakteru konkrétní zájmové skupiny.

Zpracování a vyhodnocování rozhovorů proběhlo dle diagramu uvedeného na obrázku 4. Rozhovory jsou přepsány buď doslovně, nebo je vytvořen shrnující protokol. Výběr závisí na způsobu zaznamenávání rozhovoru při jeho uskutečnění. Následné poznámky jsou podrobeny otevřenému kódování. Pomocí otevřeného kódování jsou v poznámkách nalezena shodná témata, která se prolínají většinou rozhovorů. Seznam témat je dále tříděn, organizován a doplňován. Na základě analýzy rozhovorů jsou zveřejněny výsledky. [82] Výsledky polostrukturovaných rozhovorů jsou následně využity při tvorbě kapitoly Systémová opatření pro Českou republiku.



Obrázek 4 Popis zpracování rozhovorů [82]

2.1.2 Výsledky polostrukturovaných rozhovorů

V následujícím textu jsou uvedeny nejčastější problémy, se kterými se potýkají pacienti s diagnostikovanou celiakií, které byly zjištěny na základě polostrukturovaných rozhovorů. V rámci rozhovorů se autorka snažila získat od vybraných zainteresovaných stran také informace o intoleranci laktózy. To však bohužel neúspěšně. Pacientské organizace ani občanská sdružení, která se věnují problematice celiakie, se příliš nezajímají o zdravotní omezení, kterým je intolerance laktózy. Ani z pohledu možné kombinace celiakie a nesnášenlivosti laktózy. Tyto organizace připouští, že část

pacientů s celiakií může trpět také intolerancí laktózy, to je však ve většině případů pouze dočasné a po залечení tenkého střeva tito pacienti již nemusí dodržovat bezlaktózovou dietu. Z tohoto důvodu tyto organizace problematiku intolerance laktózy nijak neřeší. Ani z pohledu lékařů nepředstavuje intolerance laktózy žádný velký problém, který by se musel řešit. Na otázky o intoleranci laktózy lékaři odpovídali, že existuje několik následujících typů intolerance laktózy. Vrozená intolerance laktózy, která však nemá příliš velkou prevalenci. Primární intolerance laktózy, která je u lidí v podstatě vyvolaná přirozeně, kdy historicky byla většina našich předků intolerantní na laktózu. Poslední typ je sekundární intolerance laktózy, které vzniká v závislosti na jiném onemocnění, např. celiakie. Takto vyvolaná intolerance laktózy může být pouze dočasná. Z těchto důvodů ani lékaři nepovažují nesnášenlivost laktózy za problém, který by ovlivňoval podstatnou část naší populace. Prezentované výsledky se z výše uvedených důvodů zabývají pouze problematikou celiakie.

Na úvod představení výsledků by autorka ráda upozornila na informaci nastíněnou na obrázku 5, která se nese napříč všemi rozhovory a zásadně ovlivňuje všechny problémy, na které bylo při rozhovorech poukázáno. Z obrázku 5 je patrné, že problematika celiakie je roztržštěna mezi několik ministerstev, která většinou jednájí nezávisle na sobě, a to ztěžuje jednotlivá jednání o zkvalitnění života pro pacienty s celiakií. Jednotlivé oblasti a s nimi spojené problémy jsou postupně popsány dále v textu.



Obrázek 5 Přehled jednotlivých ministerstev

V rozhovorech se řešila následující témata:

- financování bezlepkové diety,
- dietní stravování ve školách a v mateřských školách,
- diagnostika celiakie,
- preventivní označování potravin,
- celiakie jako sledovaná diagnóza,
- příspěvek na péči,
- zainteresované strany,
- patientská rada ministra zdravotnictví,
- spolupráce státních patientských organizací věnující se celiakii

Financování bezlepkové diety

Jeden z největších problémů, který je jmenován při rozhovorech, je financování bezlepkové diety. Při rozhovorech se autorka dozvěděla, že problém je větší finanční náročnost při bezlepkovém stravování, kdy některé bezlepkové potraviny jsou mnohonásobně dražší než stejné potraviny, které slouží pro běžné stravování. 100 % dotazovaných se shodlo na tom, že právě drahé bezlepkové potraviny ovlivňují negativně kvalitu života pacientů.

Z rozhovorů vyplývají následující fakta o současné situaci nefinancování bezlepkové diety. Celiakie je chronické onemocnění, a jako u jednoho z mála onemocnění, není jeho léčba alespoň částečně hrazena zdravotní pojišťovnou. Lékem pro celiakii je dodržování celoživotní přísné bezlepkové diety. Z tohoto důvodu si veškeré náklady na léčbu tohoto onemocnění musí hradit sám pacient. V současnosti není v systému úhrad zaveden způsob, jak proplácet tuto léčbu. Existuje pouze dobrovolné přispívání zdravotních pojišťoven na bezlepkovou dietu v rámci jejich fondu prevence. Většinou to funguje na principu zpětného proplácení účtenek za nákup bezlepkových potravin. Jednotlivé částky, na které přispívají zdravotní pojišťovny jsou uvedeny v tabulce 10. Většina těchto částek pokrývá velmi malou část skutečně vynaložených nákladů pro zajištění stravy pacientů. 56 % respondentů se vyjádřilo, že drahé bezlepkové potraviny jsou často důvodem, proč pacienti přestanou dodržovat bezlepkovou dietu. V takové chvíli se opět celiakie stává neléčenou a znovu se objevují všechny její zdravotní následky.

Všechny patientské organizace se snaží změnit situaci ve prospěch pacientů, zatím však neúspěšně. Patientské organizace se snaží prosadit spoluúčast na léčbě celiakie z veřejného zdravotního pojištění. Problematické je však zařazení bezlepkové stravy do systému proplácení financí zdravotní pojišťovnou. Ačkoliv, jak už bylo uvedeno výše, je bezlepková strava jediný lék na celiakii, není možné v současné době zařadit tuto stravu mezi léčiva. 11 % ze všech respondentů uvedlo, že by se měly bezlepkové potraviny překvalifikovat na potraviny pro zvláštní účely, aby byly alespoň částečně hrazeny ze zdravotního pojištění. Ostatní patientské organizace nevedly konkrétní

způsob, jak zavést povinné proplácení bezpečkových potravin. Shodly se pouze na tom, že by k tomu byla potřeba změnit legislativu.

V rámci rozhovoru s patientskými organizacemi se diskutovalo o různých formách pomoci, která by se dala poskytovat pacientům s celiakií a kompenzovala by alespoň částečně náklady na pořizování bezpečkových potravin. Inspirace pro různé formy pomoci se brala ze zahraničí, kde jsou již některé způsoby pomoci zavedeny. Shrnutí výhod a nevýhod jednotlivých forem pomoci je uvedeno v tabulce 13. Tabulka 13 je vytvořena na základě rozhovorů s patientskými organizacemi a poznatků vyplývajících z článku z roku 2015, který se právě zabývá jednotlivými typy systémů podpor v Kanadě, Argentíně, Švýcarsku, Itálii a dalších zemích. [52] Tři ze čtyř patientských organizací se shodly na tom, že v České republice by se mělo zůstat u způsobu zpětného proplácení peněz po předložení účtenek o nákupu bezpečkových potravin. Čtvrtá patientská organizace se přesně nevyjádřila, jakou pomoc by preferovala.

Všichni dotazovaní lékaři si problém s drahými bezpečkovými potravinami také uvědomují a uvádějí, že by bylo na místě pacienty s celiakií finančně podporovat. Snaha o změnu situace, však již nespadá pod jejich profesní činnosti.

Tabulka 13 Výhody a nevýhody jednotlivých způsobů pomoci pro pacienty s celiakií [52] [Rozhovory s patientskými organizacemi]

Řešení	Výhody	Nevýhody
Proplácení účtenek	<ul style="list-style-type: none"> Málo zneužitelné, je jasné vidět, na co peníze byly použity 	<ul style="list-style-type: none"> Nepohodlné pro pacienty neustále schraňovat účtenky Zpětné proplácení bezpečkových potravin
Recepty na bezpečkové potraviny	<ul style="list-style-type: none"> Nižší cena bezpečkových potravin pro pacienty 	<ul style="list-style-type: none"> Privilegování určitých firem Ztráta konkurenceschopnosti ostatních výrobců bezpečkových potravin Nemožnost pacienta výběru potravin od jiných výrobců Vyšší cena potravin, např. pro školní stravování
Možnost odečíst si určitou částku z daní	<ul style="list-style-type: none"> Stát nemusí jednat s žádnými zprostředkovateli (pojišťovny, lékárny), tato možnost se začlení do procesu vymáhání daní Nejméně nákladný přístup 	<ul style="list-style-type: none"> Zpětné proplácení bezpečkových potravin Někteří plátcí daně by nemohli odečet využít (paušální daně, nízký základ daně a jiné odpočty)

Zásobování bezpečkovými potravinami	<ul style="list-style-type: none"> • Vhodné pro pacienty ze sociálně slabší vrstvy, kteří nemají peníze na nákup bezpečkových potravin 	<ul style="list-style-type: none"> • Velmi nákladné pro stát (distribuce) • Nemožnost pacienta výběru potravin
--	---	--

Dietní stravování ve školách a v mateřských školách

Dalším tématem, o kterém byly vedeny rozhovory, bylo dietní stravování ve školách a mateřských školách. V současnosti je vaření dietních jídel ve školních jídelnách dobrovolné. Od roku 2015 novelou vyhlášky č. 107/2005 Sb., o školním stravování je však vaření dietních jídel ve školních jídelnách vázáno na určitá pravidla, která většina jídelen z finančního hlediska nechce plnit, a proto dietní jídla nepřipravují. Jídelny dle výše uvedené vyhlášky, aby mohly vařit dietní jídla, musejí spolupracovat s nutričním terapeutem nebo lékařem se specializací v oboru daném vyhláškou. Jídelna pak má schválené receptury, které jsou vhodné pro určité dietní stravování. Dále by se měl edukovat personál jídelny, jak zabránit kontaminaci a záměně surovin. Jídelna nemusí takovouto osobu zaměstnávat stále, stačí, když jim bude jednou nebo dvakrát do roka, případně například při změně dodavatele kontrolovat využívané receptury. I toto sebou však nese náklady navíc, kdy je nutno zaplatit práci této osoby. Tyto zvýšené náklady musí uhradit sama jídelna, proto většina jídelen nepřistoupí na přípravu dietního stravování. Pro zajímavost autorka uvádí, že v současné době dle výroční zprávy České školní inspekce za školní rok 2015/2016 poskytuje v České republice dietní stravování pouze 7 % jídelen. [83]

Všichni dotazovaní, jak lékaři, tak i patientské organizace, se shodli na tom, že by vaření dietních jídel mělo být povinné. 67 % respondentů argumentovalo, že pokud je povinná školní docházka, mělo by být také povinné připravovat dětem, které to potřebují, dietní stravování. Nemožnost stravování dětí ve školních jídelnách výrazně snižuje kvalitu života, jak dítěte, které může trpět vyloučením z kolektivu, tak i rodičů, kteří musí denně vařit dětem vlastní obědy a musejí kvůli tomu zůstat doma, aby dítěti v poledne zajistili jídlo. Některé jídelny sice nabízejí možnost ohřátí přinesených jídel z domova, ale to stejně úplně neřeší vzniklý problém.

22 % respondentů uvádí, že problém dietního stravování není v tom, že by stát nepřipíval na dietní stravování. Z 22 % polovina respondentů uvádí, že velkou část problému by vyřešilo správné značení alergenů jídelnou. Druhá polovina respondentů uvádí, že školní stravování jako takové je již dotováno státem, který hradí provozní a režijní náklady na jeden oběd. Jako řešení uvádí možnost, že rodiče dítěte s celiakií budou základní suroviny jako je mouka, těstoviny nebo pečivo do školy nosit sami. Dále tito respondenti uvádí, že problém je především v proškolení personálu.

78 % dotazovaných se shoduje, že situaci by pomohlo, kdyby bylo dietní stravování, konkrétně příprava stravovacího zařízení na možnost vařit dietní jídla dle vyhlášky 107/2005 Sb., alespoň částečně financováno z veřejných prostředků.

Z těchto respondentů si 11 % myslí, že by rozdíl ceny za bezpečkové potraviny měl hradit například kraj z rozpočtu magistrátu. Dalších 11 % uvádí, že na dietní stravování na školách by se měly získat dotace a peníze následně rozdělit mezi jídelny. Ostatní respondenti neuvedli, z jakých zdrojů by bylo možné školní stravování financovat.

Diagnostika celiakie

Jako další byla řešena otázka diagnostiky celiakie. Všechny pacientské organizace si myslí, že je stále v některých lokalitách problém s diagnostikou celiakie, kdy díky neznalosti nebo neochotě praktických lékařů nedojde k včasné diagnostice. Příčinou této situace bývá špatná edukace praktických lékařů, kteří nechtějí nebo nemají čas jezdit na odborná školení. Naopak pacientské organizace věří, že diagnostika celiakie u dětí je již na velmi dobré úrovni.

Všichni lékaři, se kterými autorka vedla rozhovor, uvádí, že problém s diagnostikou není ani u praktických lékařů. Naopak konstatovali, že počty diagnostikovaných pacientů s celiakií rostou právě z důvodu lepší diagnostiky ze stran lékařů. Napomáhá tomu i metodický pokyn MZ ČR – cílený screening celiakie, kde jsou vytipovaná onemocnění a osoby, u nichž je větší riziko propuknutí celiakie a u nichž by se měl dělat screening. 22 % lékařů připouští, že s diagnostikou celiakie může být problém u některých specializovaných lékařů, např. gynekologů, které často nenapadne, že problémy jejich pacientů mohou být způsobeny celiakií.

Preventivní označování potravin

V rámci rozhovorů se řešilo také označování potravin. Konkrétně používání preventivního značení „může obsahovat stopy lepku“ a zda jsou takto označené potraviny vhodné pro pacienty s celiakií. V této věci se názory velmi lišily. Všichni lékaři, a i jedna z pacientských organizací, tedy celkem 67 % respondentů tvrdí, že tyto potraviny rozhodně nejsou vhodné pro pacienty s celiakií. Odlišný názor mají tři ze čtyř pacientských organizací, tedy celkem 33 % respondentů. Zastávají názor, že tyto potraviny pacienti s celiakií mohou jíst a neškodí jim. Odvozují to ze skutečnosti, že Státní zemědělská potravinářská inspekce (SZPI) určila hodnotu, že stopy lepku by se měly na obale uvádět do hodnoty 50 mg/kg. Tato hodnota je stanovena jako desetinásobek meze stanovitelnosti laboratorní metody pro lepek. Pacientské organizace, které zastávají tento názor, argumentují tím, že člověk nikdy nesní takové množství dané potraviny, ve které jsou uváděny stopy lepku, aby ho to ohrozilo. Odpůrci této myšlenky naopak říkají, že výrobci nepoužívají kvalitní metody pro posouzení obsahu lepku v potravinách, protože tyto metody jsou velmi nákladné a spoléhají na to, že SZPI neprovádí příliš mnoho kontrol. Svoji myšlenku také podporují skutečností, že hodnota 50 mg/kg není nijak legislativně zakotvena, a tudíž ne vždy by se podařilo SZPI u soudu obhájit vynucení sankcí pro výrobce.

Celiakie jako sledovaná diagnóza

Jedna z otázek se zaměřovala na fakt, že nejsou v České republice žádná statistická data ohledně počtu pacientů s celiakií. Existují pouze kvalifikované odhady, ale nikdo již neví, jak se tyto odhady liší od skutečnosti. Z toho důvodu se autorka ptala, zda by se měla celiakie stát sledovanou diagnózou statistickým úřadem. Tedy takovou diagnózou, u které budou sbírána statistická data z ambulancí gastroenterologů, pediatrů či praktických lékařů a budou se evidovat nově diagnostikovaní pacienti s celiakií. 33 % respondentů, konkrétně se jednalo o patientské organizace, souhlasilo, že by bylo dobré mít statistické údaje o diagnóze celiakie. 11 % respondentů pak uvádělo, že nemusí nutně existovat statistické údaje, ale bylo by dobré sledovat tuto diagnózu pouze na úrovni medicínské. Rozdílně odpovídali všichni lékaři, kteří v tom nevidí takovou prioritu, tedy celkem 56 % respondentů by nezařadilo celiakii mezi sledované diagnózy statistickým úřadem.

Dotazovaní připouštěli, že ve sledování pacientů s diagnostikovanou celiakií nastává problém, že ne všichni dospělí pacienti chodí na pravidelné kontroly ke gastroenterologům. Tento problém není u dětí, které většinou pravidelně jednou až dvakrát do roka dle potřeby chodí na kontroly. Z tohoto důvodu se nedá zjistit, kolik lidí dochází k lékařům kvůli celiakii. V rozhovorech také zazněla informace, že zdravotní pojišťovny by měly mít k dispozici záznamy o pacientech, kterým byla diagnostikována celiakie a jsou tedy u pojišťovny vedeni pod kódem K900, který patří celiakii. Tuto informaci popřely zdravotní pojišťovny, které na tento dotaz uvádí, že počet pojištěnců, na které byla vykázána diagnóza celiakie nemusí odpovídat skutečným počtům takovýchto pacientů, a to z toho důvodu, že sice ji mají lékařem diagnostikovanou, ale nebyl na ně vykázáán žádný konkrétní výkon, u kterého by měly pojišťovny uvedené, že se jedná o diagnózu K900. Pacienty s celiakií nelze ani vyhledávat pomocí jiných údajů, protože pro toto onemocnění neexistuje specifická terapie.

Příspěvek na péči

Dalším tématem v rozhovorech se stala problematika příspěvku na péči, který poskytuje Ministerstvo práce a sociálních věcí. Jedná se o příspěvek, který je určen osobám, které z důvodu špatného zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při provádění základních životních potřeb dle pravidel příslušného zákona. [76] V minulosti se tento příspěvek poskytoval na děti s celiakií. Následně se změnily podmínky pro udělování této dávky, kdy se nárok na ní neposuzuje dle diagnózy, ale dle stupně závislosti v určitých činnostech. Na základě toho je v současnosti příspěvek na péči některým pacientům s celiakií poskytován a jiným ne. Děje se to v závislosti na posuzujícím lékaři. Patientské organizace se snažily tento problém řešit, ale od Ministerstva práce a sociálních věcí přišla odpověď, že tento příspěvek by se neměl přiznávat žádnému pacientovi s celiakií.

Tři ze čtyř patientských organizací (33 % respondentů) jsou toho názoru, že pacienti s celiakií by měli mít na tento příspěvek nárok. Neshodnou se však na tom, do jakého věku dítěte by měl být tento příspěvek přiznáván. Uváděn byl věk například 10 nebo 15 let. Někdo také prosazuje názor, že pokud by se měl pacientům s celiakií přiznávat příspěvek na celiakii, tak by se měl poskytovat pouze matkám samoživitelkám s malými dětmi. 67 % respondentů, které tvoří 56 % lékařů a 11 % patientských organizací by tento příspěvek pacientům s celiakií vůbec nepřiznávalo.

Zainteresované strany

Série otázek se také týkala zainteresovaných stran. Na otázku, kdo by měl podnikat kroky při prosazování zájmů a řešení problémů souvisejících s celiakií, 100 % dotazovaných odpovědělo, že by to měly být patientské organizace ve spolupráci s lékaři a nutričními terapeuty. 33 % respondentů zastávalo názor, že by podnikat kroky měli i sami pacienti s celiakií. Pacienti jsou však většinou neaktivní. Do zainteresovaných stran dotazovaní jmenovali následující subjekty, v závorkách je vždy procentuálně uvedeno, kolik respondentů danou zainteresovanou stranu zmínilo. Jsou to Ministerstvo zdravotnictví (78 %), Ministerstvo práce a sociálních věcí (56 %), Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (44 %), Ministerstvo zemědělství (33 %), lékaři (100 %), SZPI (44 %), laboratoře pro testování potravin (11 %), patientské organizace (100 %), zdravotní pojišťovny (68 %) a pacienti (33 %). Patientské organizace se shodly, že role lékaře končí v okamžiku, kdy je pacientovi diagnostikována celiakie, ale tvrdí, že je lékaře potřeba více edukovat o tomto onemocnění. SZPI by měla dle názoru patientských organizací provádět kontroly značení potravin, kontroly výrobků a měla by informovat výrobce o podmínkách pro označování „bez lepku“. Ministerstva by se měla starat o problémy uvedené na obrázku 5. Bohužel zatím na jakýkoliv apel ze stran patientských organizací a lékařů nereagují a situaci pacientů s celiakií nemají zájem řešit.

Pacientská rada ministra zdravotnictví

Část otázek se týkala nově vzniklého poradního orgánu ministra zdravotnictví. Pod ministerstvem zdravotnictví v minulém roce po dlouhých přípravách vznikla patientská rada ministra zdravotnictví. V této radě je také zastoupený zástupce za celiakii. Na otázku, zda vidí respondenti možnost díky této radě zlepšit postavení pacientů s celiakií, odpovědělo pouze 11 % respondentů že ano, 33 % respondentů, že nevědí a dalších 56 % dotazovaných spíše, že ne. Problém vidí v tom, že tato patientská rada spadá pouze pod ministerstvo zdravotnictví a pacienty s celiakií trápí i jiné problémy, které spadají pod jiná ministerstva. Také uvádějí, že patientská rada by neměla sloužit k řešení problémů jednotlivých diagnóz, ale měla by řešit problémy zdravotnictví jako celku. Patientská rada by se měla podílet na připomínkování zákonů. Snahou zástupců pro celiakii je vytvořit samostatnou pracovní skupinu. Ze strany celiaků by se mělo upozornit na potřebu zlepšení diagnostiky a edukaci praktických lékařů. Se snahou vytvořit samostatnou pracovní skupinu pro celiakii

by dle představitelů patientské rady měly být seznámeny patientské organizace z celé České republiky. Jedna z dotazovaných patientských organizací však uvedla, že o činnostech zástupců pro celiakii v patientské radě nemají žádné zprávy.

Spolupráce státních patientských organizací věnující se celiakii

V České republice existují dvě oficiální státní organizace, které mají za úkol řešit problémy a podporovat pacienty napříč celou republikou. Z výsledků rozhovorů vyplývá, že tyto dvě patientské organizace mezi sebou příliš nespolupracují. Obě patientské organizace však při rozhovorech uvádí, že spolupráce není úplně potřeba a nezmenšuje to jejich vyjednávací sílu. Faktem ale zůstává, že v některých oblastech, např. používání preventivního značení alergenů, poskytují patientské organizace pacientům s celiakií odlišné informace, což může vést ke zmatkům a nejasnostem.

2.2 Dotazníkové šetření

2.1.1 Metodika dotazníkového šetření

Tato kapitola navazuje na předchozí kapitolu, ve které byly zjištěny názory expertů na současnou problematiku celiakie a intolerance laktózy. Pro získání komplexnějšího pohledu, i ze strany samotných pacientů, využila autorka dotazníkového šetření. Hlavním cílem dotazníkového šetření je získat informace o zkušenostech pacientů s celiakií. Dotazníkové šetření je do práce zařazeno, aby se zjistilo, kterými informacemi jsou pacienti nejvíce ovlivněni a jaké mají sami zkušenosti s fungováním podpory a péče. Otázky v dotazníkovém šetření jsou sestavovány s ohledem na informace získané při polostrukturovaných rozhovorech.

Dotazník je určen pro pacienty s diagnostikovanou celiakií a případně pro rodiče, jejichž dítě má diagnostikovanou celiakii. Dotazník tvoří celkem 14 otázek, kde může respondent vybrat vždy pouze jednu odpověď, některé otázky jsou uzavřené, v jiných je možnost otevřené odpovědi. Prvních devět otázek je pro všechny odpovídající povinné vyplnit. Otázky 10 až 14 jsou určeny pro rodiče, jejichž dítě má diagnostikovanou celiakii nebo pro pacienty, kteří navštěvují základní nebo střední školu. Celý dotazník je uveden v příloze 4. Dotazník byl distribuován ve spolupráci s celostátní patientskou organizací – Společnost pro bezlepkovou dietu. Konkrétně byl dotazník vyvěšen v elektronické podobě na internetových stránkách dané patientské organizace (<https://www.celiak.cz/dotaznik-pro-pacienty-s-celiakii>) a dále byl také šířen pomocí sociálních sítí v komunitě pacientů s celiakií.

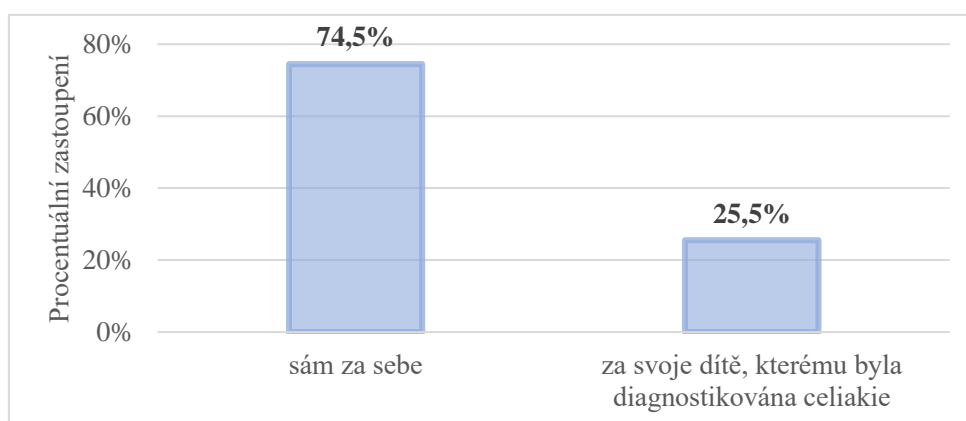
Dotazníkové šetření bylo vyhodnoceno v programu Microsoft Excel, kde byly získané výsledky zpracovány pomocí grafů. Data z dotazníkového šetření byla zpracována běžnými matematicko-statistickými postupy, konkrétně procentuální

vyjádření výsledků. U otázek, u kterých bylo možné zvolit otevřenou odpověď, byly tyto odpovědi zpracovány samostatně.

Celkem dotazník vyplnilo 145 respondentů, kteří buď sami mají diagnostikovanou celiakii, nebo jsou rodiči dítěte, které má diagnostikovanou celiakii. Celková návratnost dotazníků není přesně známá, jelikož se jednalo o internetový průzkum. Návratnost dotazníků, která je dána poměrem vyplněných a zobrazených dotazníků je 81,6 %.

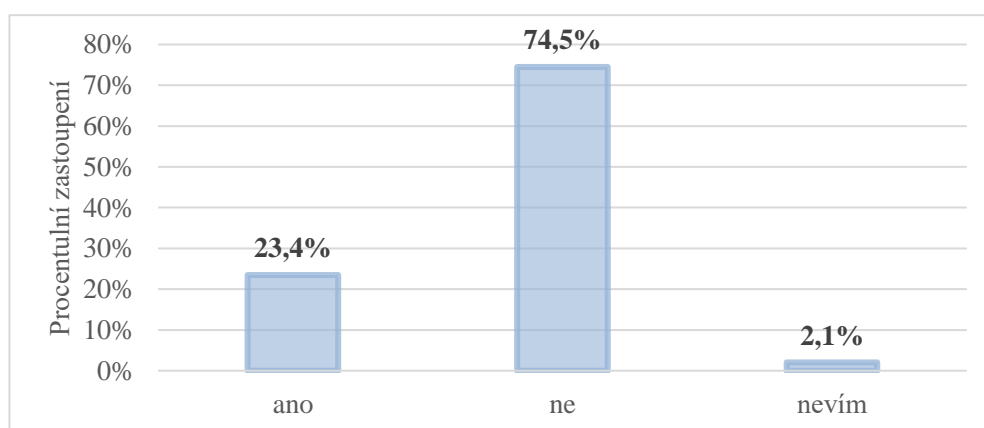
2.2.2 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1 dotazníkového šetření zjišťovala, kdo ho vyplňuje. 74,5 % respondentů odpovídalo samo za sebe a ve 25,5 % odpovídal rodič dítěte s diagnostikovanou celiakií. Výsledky jsou uvedeny na obrázku 6.



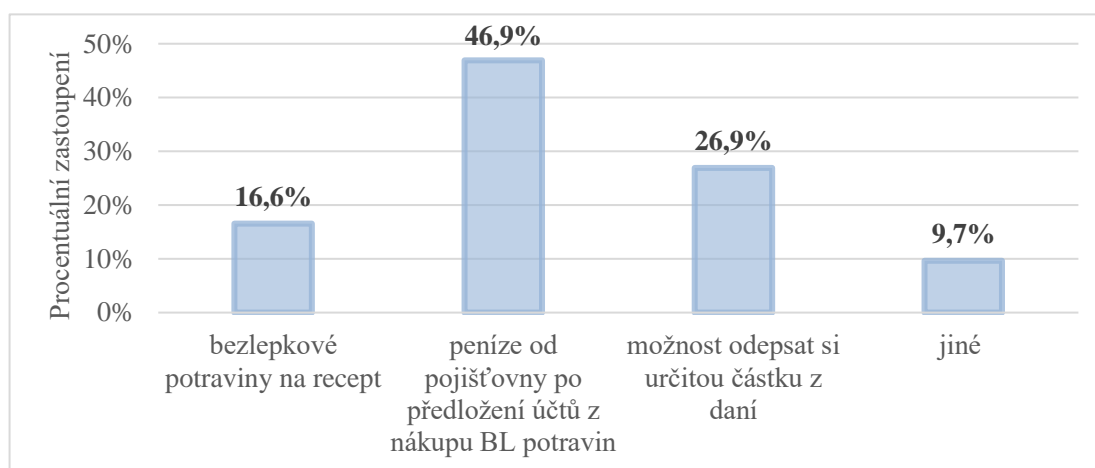
Obrázek 6 Dotazník vyplňuji:

Otázka č. 2 se zaměřovala na to, zda dotazovaní pacienti museli po diagnostikování celiakie dodržovat také bezlaktózovou dietu. Pouze 23,4 % pacientů odpovědělo, že museli dodržovat bezlaktózovou dietu. Zbýlých 74,5 % dotazovaných nemělo takové zdravotní problémy, aby tuto dietu museli držet. 2,1 % respondentů uvedlo odpověď nevím. Všechny výsledky jsou graficky zpracovány na obrázku 7.



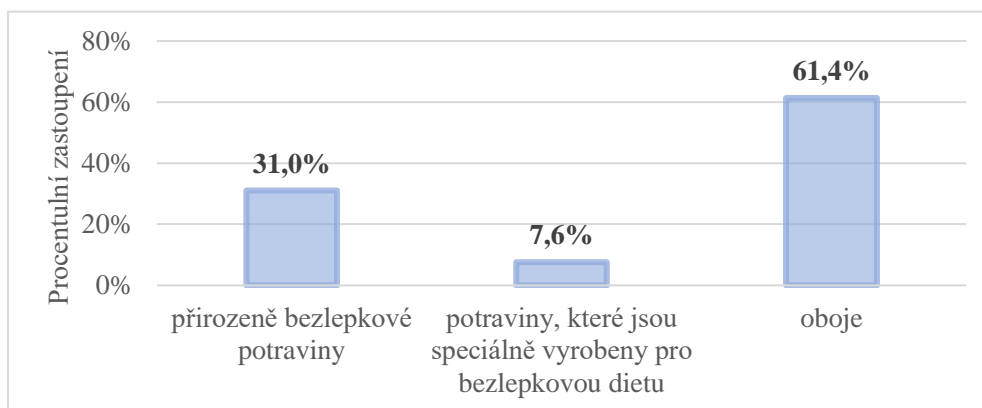
Obrázek 7 Museli jste ze začátku bezlepkové diety držet také bezlaktózovou dietu?

Na otázku č. 3 „Jakou pomoc od státu byste uvítali nejvíce?“ odpovídali respondenti nejčastěji (46,9 %), že by přivítali peníze od pojišťovny po předložení účtenek od bezlepkových potravin. Druhé největší zastoupení 26,9 % měla možnost odepsat si určitou částku z daní. Výsledky jsou shrnuty na obrázku 8. Tato otázka měla možnost volné odpovědi. Pacienti (4,14 %), kteří tuto možnost zvolili, by chtěli příspěvek na celiakii pouze po předložení potvrzení o diagnóze. Další respondenti (4,14 %) by chtěli zlevnit bezlepkové potraviny či dopláct rozdíl mezi normálními a bezlepkovými potravinami. 0,69 % respondentů uvedlo, že by chtělo více kvalitních gastroenterologů a dalších 0,69 % dotazovaných si přeje, aby se příprava bezlepkových jídel zavedla do osnov kuchařů a číšníků.



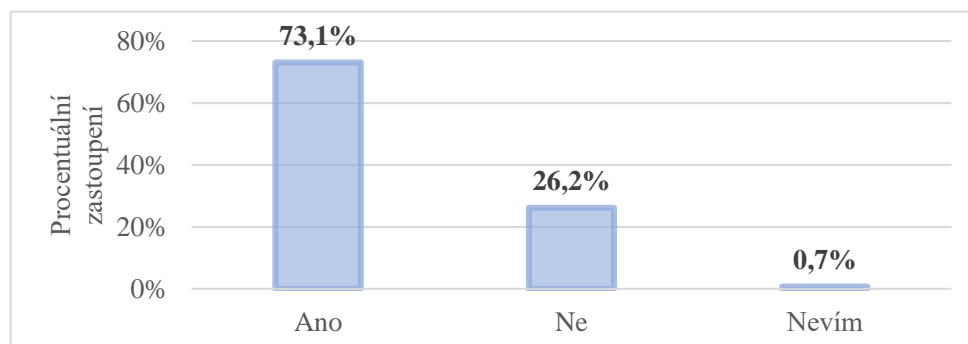
Obrázek 8 Jakou pomoc od státu byste uvítali nejvíce?

Otázka 4 zjišťovala, které potraviny pacienti s celiakií preferují. Tato otázka byla do dotazníkového šetření zařazena z důvodu, že v současné době pojišťovny přispívají pouze na potraviny, které jsou speciálně vyrobeny pro bezlepkovou dietu. Výsledky této otázky jsou představeny na obrázku 9. 61,4 % respondentů kupuje jak přirozeně bezlepkové potraviny, tak i speciální potraviny pro bezlepkovou dietu. 31 % dotazovaných upřednostňuje přirozeně bezlepkové potraviny.



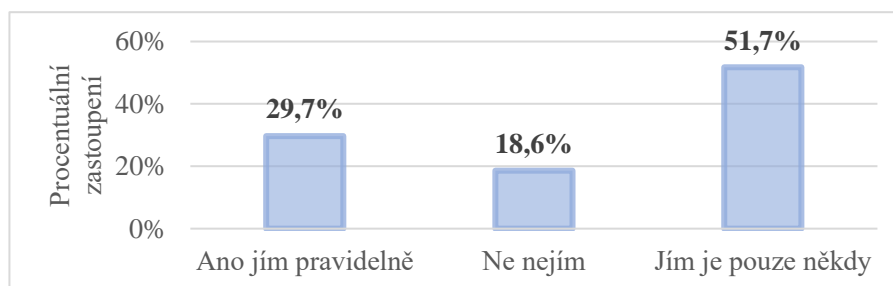
Obrázek 9 Které potraviny preferujete?

Otázka č. 5 zněla „Navštěvujete pravidelně gastroenterologa?“, výsledky jsou sumarizovány na obrázek 10. 73,1 % pacientů s celiakií uvádí, že pravidelně chodí na lékařské kontroly na gastroenterologii. Ze všech dotazovaných, 26,2 % respondentů na pravidelné lékařské kontroly nechodí.



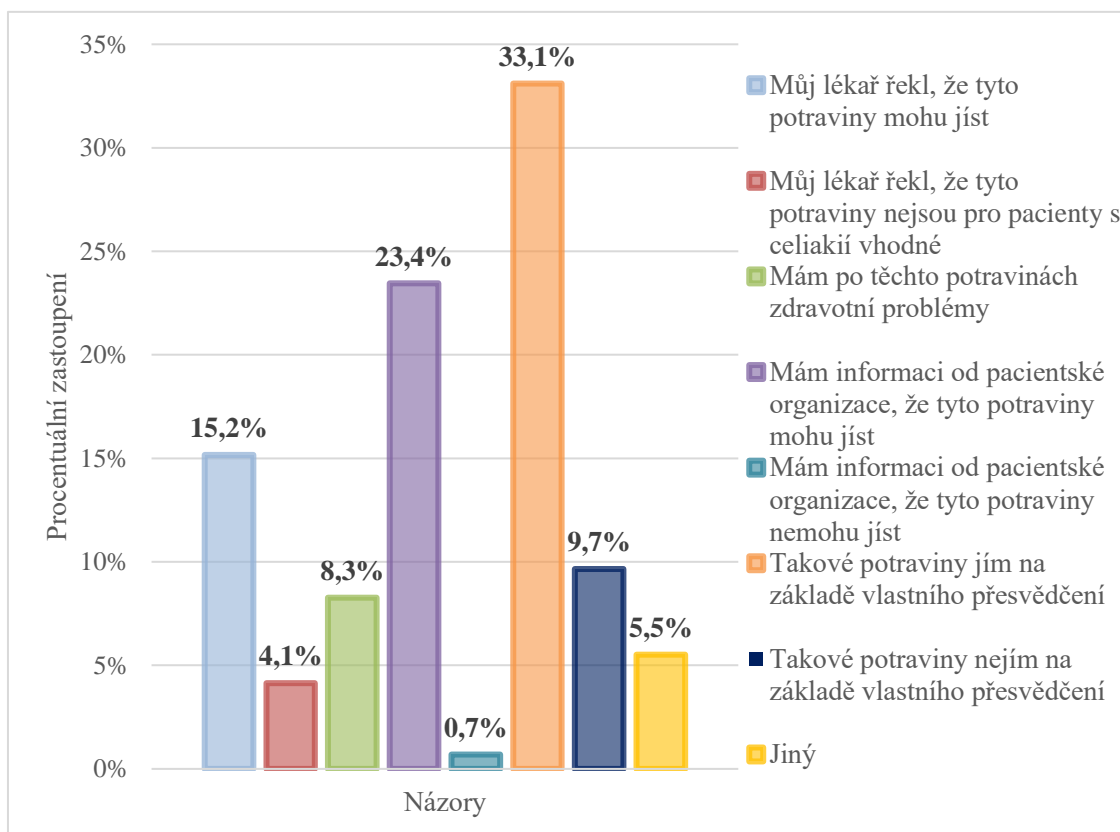
Obrázek 10 Navštěvujete pravidelně gastroenterologa?

Otázka č. 6 měla za úkol zjistit, zda pacienti s celiakií jí potraviny, na kterých je uvedeno „může obsahovat stopy lepku“ nebo „může obsahovat lepek“. Autorka chtěla zjistit názor pacientů z toho důvodu, že při polostrukturovaných rozhovorech od zainteresovaných subjektů zjistila na tuto problematiku různé názory. Z výsledku vyplývá, že 29,7 % pacientů jí takovéto potraviny pravidelně, 51,7 % dotazovaných tyto potraviny pravidelně nejí, ale občas je zařadí do svého jídelníčku. 18,6 % pacientů se těmito potravinám vyhýbá a nekonzumují je.



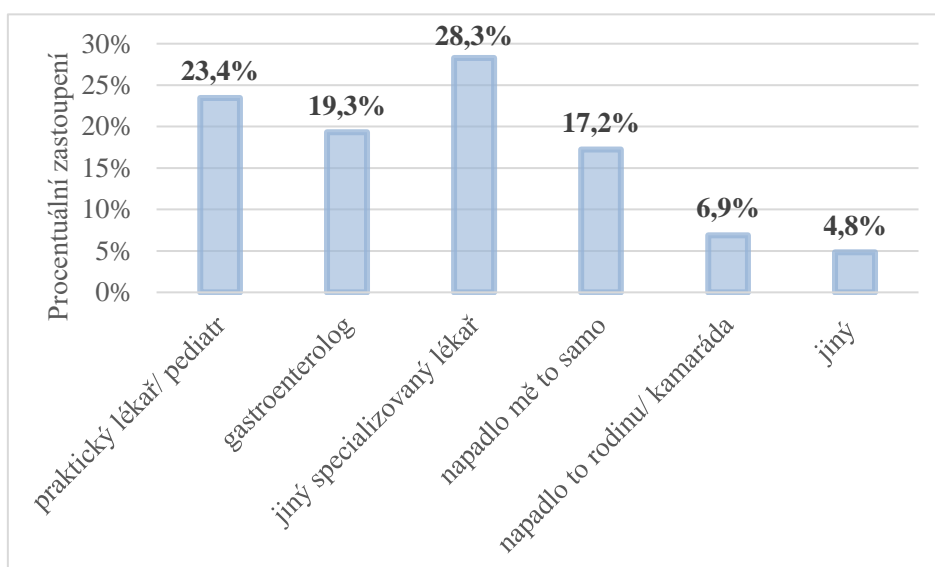
Obrázek 11 Jíte potraviny, které mají na obale uvedeno „může obsahovat stopy lepku“ nebo „může obsahovat lepek“?

Výsledky otázky č. 7 „Proč jíte/nejíte potraviny, které mají na obale uvedeno „může obsahovat stopy lepku“ nebo „může obsahovat lepek“?“ jsou uvedeny na obrázku 12. Největší zastoupení má možnost, že takové potraviny jedí pacienti na základě vlastního přesvědčení, a to 33,1 %. Velmi častá byla také odpověď v 23,4 %, že jí tyto potraviny, protože mají informaci od patientské organizace, že takové potraviny pacienti s celiakií mohou jíst. Malé zastoupení 4,1 % pak měla možnost, kdy pacientům tyto potraviny nedoporučil jíst lékař. V této otázce byla možnost otevřené odpovědi pro respondenty. Odpovědi byly takové, že pacientovi zatím nikdo nevyšvětlil, zda tyto potraviny může či nemůže jíst nebo pacienti jedí tyto potraviny pouze v některých případech, pokud to nezpůsobuje zdravotní potíže nebo pokud se toto označení týká potravin, kterých nesní velké množství.



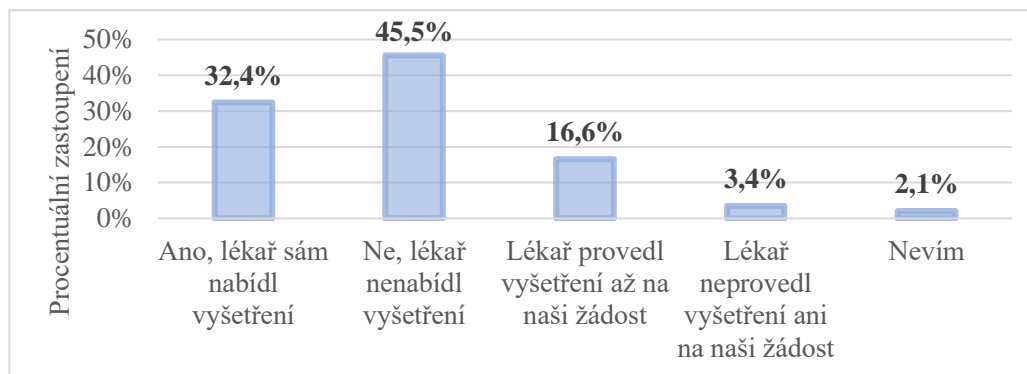
Obrázek 12 Proč jíte/nejíte, které mají na obale uvedeno „může obsahovat stopy lepku“ nebo „může obsahovat lepek“?

Otázka č. 8 zkoumala, kdo přišel s nápadem, že by pacient mohl mít celiakii. Ve 28,3 % to byl lékař, který měl jinou specializaci, než byl praktický lékař/ pediatr a gastroenterolog. Ostatní výsledky jsou uvedeny na obrázku 13. I v této otázce byla možnost volné odpovědi, kdy respondenti uváděli, že podezření na celiakii získali z toho důvodu, že v jejich rodině byla diagnostikována celiakie. Některé odpovědi také uváděly, že celiakie byla rozpoznána až na základě akutních zdravotních problémů, které vedly až k hospitalizaci pacienta v nemocnici.



Obrázek 13 Kdo přišel s nápadem, že byste mohl/a mít celiakii?

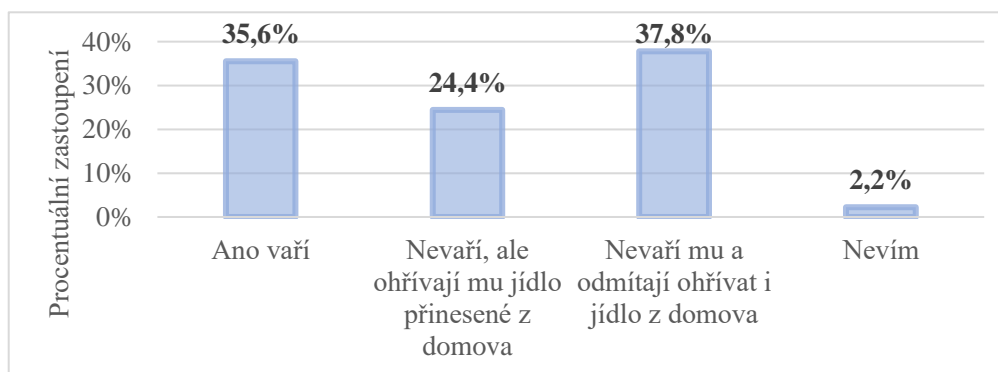
Otázka č. 9 měla za úkol prověřit dodržování metodického pokynu pro screening celiakie praktickými lékaři a pediatry, a to z toho pohledu, zda lékař provedl vyšetření příbuzných pacientů s diagnostikovanou celiakií, kteří jsou k tomuto screeningu indikováni. Ze 45,5 % lékař nenabídl vyšetření na onemocnění celiakie a v 16,6 % lékař provedl vyšetření až na žádost pacientů. V 3,4 % lékař dokonce vyšetření neprovedl ani na žádost pacientů. Ve 32,4 % případech lékař postupoval dle metodické příručky a screening příbuzných provedl. Graficky znázorněné jsou výsledky na obrázku 14.



Obrázek 14 Nabídl praktický lékař/ pediatr vyšetření i ostatním členům Vaší rodiny, zda nemají celiakii, potom, co Vám byla diagnostikována?

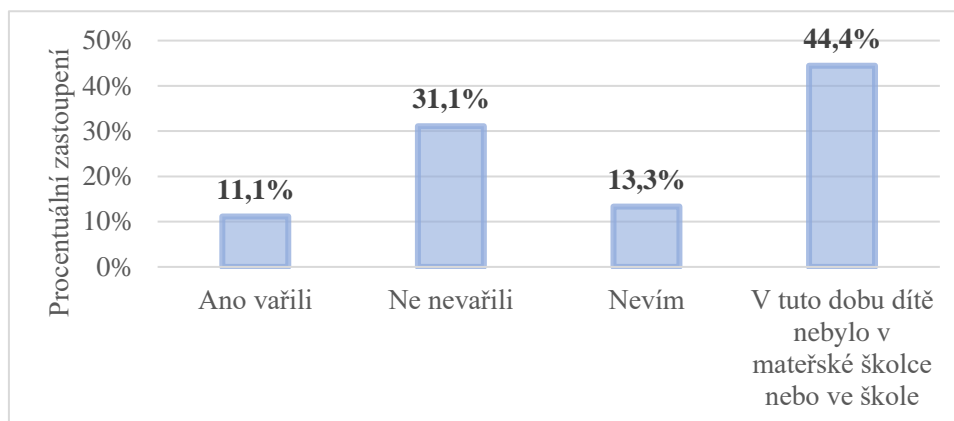
Další část otázek nebyla povinná a byla určena pouze pro rodiče dětí s diagnostikovanou celiakií nebo pacientů, kteří ještě dochází do školy. Tato část dotazníkového šetření má menší vypovídací hodnotu než předchozí část dotazníku z toho důvodu, že na tyto otázky odpovídali pouze někteří respondenti. Přesné počty respondentů jsou uvedeny u každé otázce.

Otázka č. 10 zjišťovala, zda vaří pacientům ve školách nebo mateřských školách bezlepková jídla. Celkem na tuto otázku odpovědělo 45 respondentů. 37,8 % pacientům nevaří bezlepkové jídlo a ani jim neohřívají jídla přinesená z domova. 35,6 % respondentům ve škole nebo v mateřské škole vaří. Dalším 24,4 % dětských pacientů jídlo nevaří, ale jsou ochotni ohřívát jídlo, které si žák přinese z domova. Grafické znázornění této otázky je uvedeno na obrázku 15.



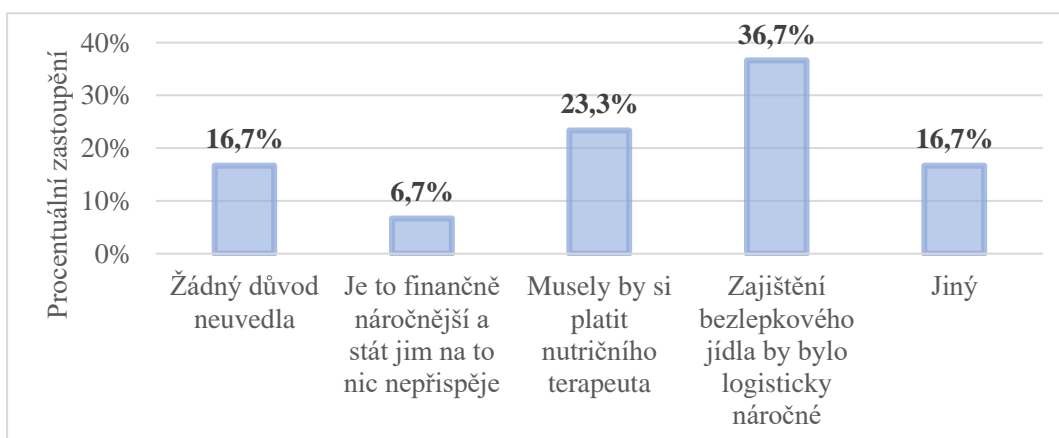
Obrázek 15 Vaří Vašemu dítěti v mateřské škole nebo škole bezlepkovou stravu?

Na otázku č. 11, která se zabývala tím, zda jídelny vařily žákům bezlepkovou stravu před změnou vyhlášky o školním stravování č. 107/2005, odpovědělo celkem 45 respondentů. Bylo zjištěno, že 31,1 % žákům nebyla bezlepková strava vařena. Vařena byla pouze v 11,1 %. Velké množství respondentů (44,4 %) nemůže tuto otázku posoudit, protože v té době neměly dítě v žádném stravovacím zařízení. Podrobné výsledky jsou shrnuty na obrázku 16.



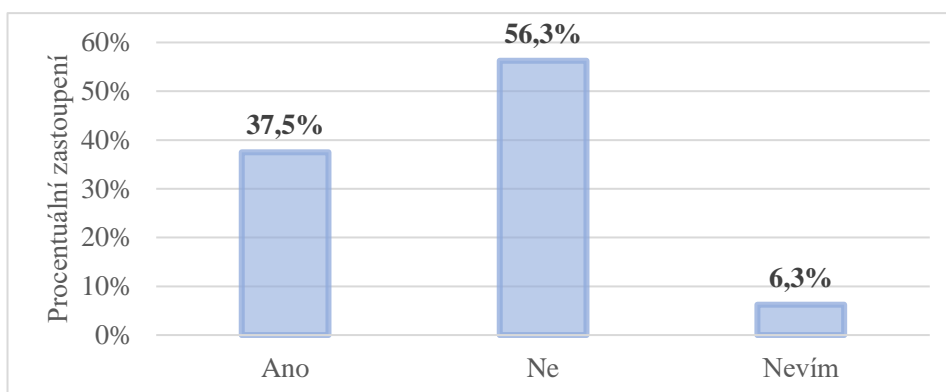
Obrázek 16 Vařili Vašemu dítěti v mateřské škole nebo škole bezlepkovou stravu před rokem 2015 než vyšla novela vyhlášky o školním stravování č. 107/2005?

Otázka č. 12 hledala důvody, které uváděla jídelna, když odmítala vařit bezlepkovou stravu. Otázku zodpovědělo 30 respondentů a nejčastěji ve 36,7 % uváděli, že dle jídelny je příprava bezlepkové stravy logisticky náročnější. Tato otázka měla také možnost otevřené odpovědi, kdy dotazovaní odpovídali, že jejich dítě je jediné, které by se v jídelně stravovalo bezlepkově a z toho důvodu jídelna odmítá vařit bezlepková jídla. Jídelny dále uváděly, že nemají oddělený prostor, kde by vařily bezlepková jídla. Jeden respondent uvedl, že jídelna vaří bezlepkové jídlo po donesení vlastních bezlepkových surovin. Výsledky jsou znázorněny na obrázku 17.



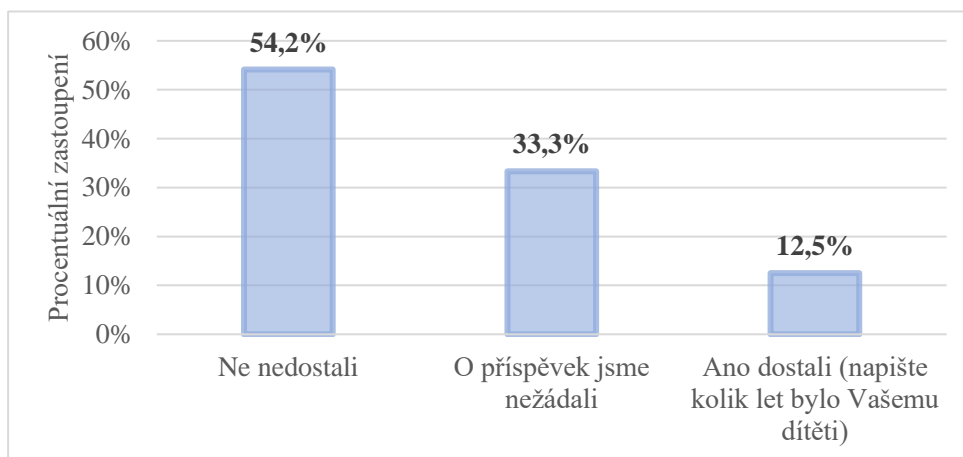
Obrázek 17 Jaký důvod uvedla mateřská škola nebo škola, že nebude vařit bezlepková jídla?

Otázka č. 13 byla určena respondentům, kterým jídelny vaří bezlepková jídla a zjišťovala, zda je nutné si na tato jídla připlácet oproti normálnímu způsobu stravování. Výsledky jsou ilustrovány na obrázku 18. Celkem tato otázka měla 16 odpovědí. 56,3 % dotazovaných na bezlepkovou stravu nepřispívají a 37,5 % si naopak zase za toto dietní stravování připlácí.



Obrázek 18 Připlácíte jídelně za to, aby Vašemu dítěti vařila bezlepkové jídlo?

Poslední otázka č. 14 v dotazníkovém šetření mapovala, zda pacienti dostali příspěvek na péči. Tuto otázku zodpovědělo 48 respondentů, z nichž většině 54,5 % příspěvek nebyl přiznán. 33,3 % pacientů si o příspěvek na péči nežádali. Pouze 12,5 % pacientům byl příspěvek uznán. Věk dětí, kdy jim byl přiznán příspěvek, se značně lišil. Respondenti uváděli následující roky: 1, 3, 5, 6, 7 a 13 let. Otázka je znázorněna na obrázku 19.



Obrázek 19 Dostali jste příspěvek na péči pro Vaše dítě?

2.3 Shrnutí výsledků

Z výsledků kvalitativního výzkumu vyplývá, že situace pacientů s celiakií je velmi aktuální téma, jež v sobě nese celou řadu problémů, které negativně ovlivňují kvalitu života pacientů s celiakií. Ačkoliv mají tyto problémy negativní dopad na stále

vzrůstající počet pacientů, nejsou ze strany státu uskutečňovány žádné kroky pro zlepšení situace i přes neustálý apel patientských organizací.

V rozhovorech je možné pozorovat odlišné názory nejenom lékařů, ale také patientských organizací, v celé řadě problémů. Odlišné názory panovaly především v těchto tématech: celiakie jako sledovaná diagnóza, diagnostika celiakie, preventivní značení alergenů a příspěvek na péči.

Z výsledků polostrukturovaných rozhovorů a dotazníkového šetření vyplývají problémy, které trápí pacienty s celiakií. Těmito problémy jsou:

- nedostatečná diagnostika ze stran praktických lékařů,
- nedodržování metodického pokynu pro cílený screening celiakie ze stran praktických lékařů a pediatrů,
- rozporuplné informace o preventivním značení alergenů,
- dobrovolná příprava dietní stravy ve školách a mateřských školách,
- dobrovolné přispívání zdravotních pojišťoven na bezpečkové potraviny,
- zainteresovanost velkého množství ministerstev, které spolu nespolupracují.

Na základě takto získaných poznatků může autorka v dalších částech práce navrhnout systémová opatření pro Českou republiku, která budou mít za úkol zlepšit situaci pacientů s celiakií. Konkrétní systémová opatření jsou v práci rozebrána v kapitole Diskuze.

3 Financování

3.1 Finanční náročnost pro jednotlivé typy stravování

Tato kapitola je zaměřena na finanční náročnost vybraných typů stravování. Konkrétně se jedná o stravování bezlepkové a bezlaktózové. Cílem této kapitoly je sledovat cenové rozdíly potravin bezlepkových a bezlaktózových a potravin nakupovaných zdravou populací. Zjistit jaký dopad mají tyto diety na rozpočty osob trpících danými zdravotními omezeními.

3.1.1 Metodika

Autorka se v rámci metodiky popsané v kapitole inspirovala metodickou příručkou Indexy spotřebitelských cen vypracovanou Českým statistickým úřadem. [84]

Pro zpracování této kapitoly bylo potřeba vytvořit jídelníček, na jehož základě bude následně počítána finanční náročnost jednotlivých typů stravování. Autorka navázala spolupráci s nutriční terapeutkou Bc. Nikolou Homzovou a nutričními terapeuty z oddělení léčebné výživy ve Fakultní nemocnici Motol. Pro potřeby práce byly vypracovány tři racionální jídelníčky. Jídelníčky jsou uvedeny v příloze 5. Jídelníčky jsou koncipovány pro průměrně těžkého člověka s průměrnou fyzickou aktivitou. Ve všech třech jídelníčích se jedná o racionální a zdravý způsob stravování.

Finanční náročnost je nejprve vyčíslena pro celiakii, kdy je nutné dodržovat bezlepkovou dietu. Následně se kapitola zaměřuje na intoleranci laktózy, kdy je nutné dodržovat bezlaktózovou dietu. Na závěr kapitoly je vypočítána finanční náročnost, pokud je potřeba dodržovat zároveň bezlepkovou i bezlaktózovou dietu.

3.1.1.1 Výběr cenových reprezentantů

Výběr cenových reprezentantů vychází ze tří jídelníčků vytvořených pro účely této práce a zaměřuje se na výrobky, u nichž je jednou z použitých surovin při výrobě alergenní látka lepek nebo laktóza. K těmto výrobkům se na českém trhu hledají potraviny, které nahrazují danou alergenní látku jinou látkou, kterou je již možno konzumovat při daném dietním stravování. Takovéto potraviny mají označení bezlepkové nebo bezlaktózové.

3.1.1.2 Výběr respondentů a zjišťování cen

Na základě jednotlivých jídelníčků je vytvořen seznam výrobků, ke kterým je nutné najít alternativu, která má označení „bez lepku“ nebo „bez laktózy“. K těmto výrobkům a jejich dietním alternativám jsou pak zjištěny ceny a následně je vypočítán jejich rozdíl.

Ceny, za které lze tyto potraviny nakoupit, se zjišťují v hypermarketech a v prodejnách zdravé výživy. Do průzkumu byly zařazeny 3 hypermarkety a 2 prodejny zdravé výživy, ve Středočeském kraji a v hlavním městě Praha. Dále byly do průzkumu zařazeny 2 internetové prodejny potravin.

Ceny se zjišťovaly v průběhu dvou měsíců. Konkrétně se jednalo o únor a březen 2018. Za tu dobu se výše cen nezměnila, pouze se vyskytlo akční zboží za levnější cenu. Ceny akčního zboží nejsou do výpočtu finanční náročnosti jednotlivých typů stravování zařazeny.

Dané výrobky se vyskytují v levnějších nebo dražších variantách. Do průzkumu jsou zařazeny obě varianty. Z tohoto důvodu se autorka v průzkumu snaží získat ceny alespoň od pěti různých výrobců dané potraviny. U speciálních potravin toto nelze vždy dodržet, protože někdy se na daný výrobek specializuje menší počet výrobců.

Ze zjištěných cen jednoho výrobku je následně vypočítán průměr, ze kterého se dále počítá cena za gramáž dané potraviny uvedené v jídelníčku.

Pro znázornění variability mezi dražšími a levnějšími potravinami, jsou dále v práci vypočítány ceny za jednotlivé jídelníčky, pokud by spotřebitelé preferovali dražší nebo levnější potraviny.

3.1.1.3 Postup výpočtů finanční nákladnosti speciálních diet

Při výpočtech autorka vychází z jídelníčků vytvořených nutričními terapeuty. V prvním kroku jsou z jídelníčku zvlášť vybrány potraviny, které obsahují lepek a laktózu a vypsány k nim příslušné gramáže dle jednotlivých jídelníčků. Druhý krok je tvořen zjišťováním cen speciálních potravin a jejich běžných protějšků. V tomto kroku je postupováno tak, jak je popsáno výše. Ve třetím kroku je vypočítán rozdíl mezi speciálními potravinami a jejich běžnými protějšky vždy pro jednotlivé jídelníčky zvlášť. Ve čtvrtém kroku je vykalkulována celková suma, která tvoří peněžní rozdíl, který pacienti s danými dietami musí vynaložit navíc ze svých příjmů za nákup bezlepkových nebo bezlaktózových potravin při stravování podle jednotlivých jídelníčků za jeden týden. Následně je vypočítán rozdíl cen za měsíc a za kalendářní rok o 365 dnech. Jako poslední krok je v práci vypočítán průměr cen ze třech jídelníčků a tím je zjištěna průměrná cena, kterou pacienti s těmito zdravotními omezeními zaplatí navíc oproti běžnému stravování. Výsledky jsou zaokrouhleny na celé koruny.

3.1.2 Výsledky

3.1.2.1 Bezlepková dieta

V této části je počítána finanční náročnost při bezlepkovém způsobu stravování. Při tomto způsobu stravování se musí z potravy daného jedince vyřadit všechny potraviny, které obsahují lepek. Lepek je obsažen v poměrně velkém počtu potravin. Z jídelníčků vytvořených pro tuto práci lepek obsahovaly především tyto potraviny: pečivo, mouka, těstoviny, sušenky a ovesné vločky.

Rozdíl bezlepkového a běžného stravování

V následující části práce je propočten rozdíl mezi bezlepkovým a běžným stravováním. Při výpočtech se vycházelo z postupu uvedeného v metodice. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 14.

Tabulka 14 Rozdíl průměrné ceny mezi bezlepkovými a normálními potravinami

Jídelníček	za 7 dní	za 30 dní (v Kč)	za 365 dní (v Kč)
1.	312,00 Kč	1 307,00 Kč	16 015,00 Kč
2.	272,00 Kč	1 167,00 Kč	14 089,00 Kč
3.	315,00 Kč	1 316,00 Kč	16 171,00 Kč
Průměr	300,00 Kč	1 263,00 Kč	15 425,00 Kč

Z tabulky 14 vyplývá, že výsledky jednotlivých jídelníčků jsou velmi podobné, ačkoliv je každý jídelníček vypracován jiným nutričním terapeutem. Průměrná částka, kterou by osoba s bezlepkovou dietou za tyto tři jídelníčky zaplatila navíc oproti normálnímu stravování, by byla 1 263 Kč měsíčně. Ročně by se při racionálním stravováním vydalo o 15 425 Kč více oproti běžnému stravování.

V současnosti nejvíce přispívá na bezlepkové potraviny v rámci svého preventivního programu Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR částkou 6 000 Kč. [69] Z výše uvedených výsledků vyplývá, že tato proplácená částka pokrývá pouze 39 % z předpokládaných nákladů, které má průměrná osoba s bezlepkovou dietou. Ostatní zdravotní pojišťovny pokrývají náklady těchto pacientů na udržení stabilizovaného stavu při léčbě celiakie ještě méně nebo vůbec.

Pro doplnění pohledu na markantní rozdíl mezi bezlepkovými a běžnými potravinami je vypracován přehled, o kolik peněžních prostředků vychází více 1 kg konkrétního druhu potraviny. Přehled je znázorněn tabulkou 15.

Tabulka 15 Cena na 1 kg potraviny

Potravina	Normální potravina 1 kg	Bezlepková potravina 1 kg	Rozdíl na 1 kg potraviny
Pečivo kupované	74,00 Kč	414,00 Kč	340,00 Kč
Mouka	21,00 Kč	102,00 Kč	81,00 Kč
Těstoviny	40,00 Kč	186,00 Kč	145,00 Kč
Sušenky	204,00 Kč	446,00 Kč	242,00 Kč

Nejdražší položku v případě bezlepkových potravin představovalo kupované bezlepkové pečivo. Pacienti s celiakií mají možnost výroby vlastního pečiva, kdy mohou použít různé chlebové směsi. Takto vyrobený chléb, pokud počítáme pouze cenu bezlepkové směsi, vychází na cca 75 Kč 1 kg chleba. K tomu je však ještě nutné připočítat cenu dalších surovin, dle konkrétního receptu (např. olej, psyllium, droždí, kmín a další), náklady na spotřebovanou energii a náklady na čas strávený výrobou

takového pečiva. Tedy i přesto, že domácí chléb zřejmě bude vycházet levněji než kupovaný, mnozí pacienti budou raději volit kupovaný chléb.

Experti, se kterými autorka vedla rozhovory, uváděli, že bezlepkové potraviny jsou v průměru desetkrát dražší. Dle výzkumu „Nákladnost dietního stravování oproti stravování běžnému“, který proběhl v roce 2006 na žádost Ministerstva práce a sociálních věcí se uvádí, že bezlepková dieta je o 2 400 Kč dražší než normální stravování. [81] Dle provedené kalkulace však vychází, že bezlepkové potraviny jsou pouze pětkrát dražší oproti běžnému stravování. Tomu odpovídá i autorkou vypočtená částka, která je potřebná při měsíčním bezlepkovém stravování, tj. částka 1 263 Kč, která je o polovinu menší než ve výše citovaném výzkumu. Rozdíl cen za měsíční bezlepkové stravování nemusí být způsoben pouze jinou výší ceny bezlepkových potravin. Diference může být zapříčiněna zdražením běžných potravin od roku 2006 nebo to může být způsobeno strukturou jídelníčků.

Omezení výše uvedených výpočtů spočívá v tom, že částka, kterou v praxi utratí pacienti s celiakií za bezlepkové výrobky, může být mnohonásobně vyšší. Je to způsobeno tím, že se pacienti nemusí stravovat racionálně. Pokud se pacienti nebudou stravovat racionálně, objeví se v jejich jídelníčku víc bezlepkových potravin nebo budou konzumovat větší množství těchto potravin. Autorka tedy předpokládá, že částka za bezlepkové stravování je u většiny pacientů s celiakií vyšší než průměrná částka vycházející z racionálních jídelníčků. Skutečná částka, kterou pacienti utratí za bezlepkové potraviny, však není z pohledu zdravotních pojišťoven relevantní. Pokud by se uvažovalo o proplácení nákladů na bezlepkové potraviny z veřejného zdravotního pojištění, měla by se proplácet pouze taková částka, která vychází z výpočtu právě racionálních jídelníčků, z důvodu, že jiné, než racionální stravování není z pohledu zdravotního systému žádoucí, protože právě racionální strava slouží jako prevence mnoha civilizačních onemocnění.

Pacient s celiakií má další dodatečné náklady, které nejsou v uváděné částce 1 263 Kč zahrnuty. Jsou to nepřímé náklady, které mohou být spojeny s nákupem bezlepkových potravin. Pokud pacienti nakupují bezlepkové potraviny přes internet, tak pak se jejich cena zvyšuje o poštovné. Další náklady mohou pacientům vzniknout s obstaráváním všech potřebných bezlepkových potravin, kdy jeden prodejce nemusí nabízet všechny potřebné bezlepkové potraviny. Jelikož je celiakie geneticky podmíněné onemocnění, je velmi časté, že v rodině může být více pacientů s celiakií. V takovém případě se částka za bezlepkové potraviny násobí a pro některé sociálně slabší rodiny to může mít velmi devastující efekt na jejich rodinný rozpočet.

Rozdíl cen dražší a levnější bezlepkový potraviny

V předchozích výpočtech bylo počítáno s průměrnými cenami bezlepkových potravin. Jednotlivé potraviny lze na trhu obstarat v různých cenových variantách.

Pro prokázání citlivosti na výsledek při použití dražších a levnějších potravin je v následné části znázorněno, jaký je cenový rozdíl při nákupu levnějších nebo dražších bezlepkových potravin. Postup při výpočtu vycházel z předcházejících cen nashromážděných pro výpočet rozdílu bezlepkového a běžného stravování. Z těchto dat se vždy vybrala cena, za kterou se konkrétní bezlepková potravina dala zakoupit v nejlevnější a nejdražší variantě. Následně byl vyjádřen rozdíl cen od zprůměrovaných cen za bezlepkové potraviny za celý jídelníček a celkový rozdíl v případě nákupu dražších potravin oproti levnějším. Souhrnné výsledky jsou uvedeny v tabulce 16.

Tabulka 16 Rozdíl mezi dražšími a levnějšími bezlepkovými potravinami

	7 dní	30 dní	365 dní
1. Jídelníček			
A	183,00 Kč	760,00 Kč	9 268,00 Kč
B	125,00 Kč	526,00 Kč	6 431,00 Kč
C	308,00 Kč	1 286,00 Kč	15 699,00 Kč
2. Jídelníček			
A	122,00 Kč	564,00 Kč	6 764,00 Kč
B	67,00 Kč	254,00 Kč	3 062,00 Kč
C	189,00 Kč	818,00 Kč	9 826,00 Kč
3. Jídelníček			
A	211,00 Kč	875,00 Kč	10 677,00 Kč
B	143,00 Kč	597,00 Kč	7 327,00 Kč
C	345,00 Kč	1 472,00 Kč	18 004,00 Kč
Průměr			
A	172,00 Kč	733,00 Kč	8 720,00 Kč
B	112,00 Kč	459,00 Kč	5 607,00 Kč
C	284,00 Kč	1 192,00 Kč	14 510,00 Kč

A – Rozdíl cen dražších bezlepkových potravin a průměrných bezlepkových cen

B – Rozdíl průměrných bezlepkových cen a cen levnějších bezlepkových potravin

C – Rozdíl cen dražších bezlepkových potravin a levnějších bezlepkových potravin

Z dané tabulky 15 vyplývá, že pokud budou pacienti při nákupu preferovat dražší značky bezlepkových potravin, tak zaplatí za rok v průměru o 14 510 Kč více, než pokud by vybírali potraviny, které vychází finančně výhodněji. Z takto předloženého pohledu se jeví jako nejvýhodnější kupovat levnější bezlepkové potraviny, ale při rozhodování o výběru potraviny hrají roli i další faktory. Pacienti s celiakií sledují také kvalitu a chuť jednotlivých potravin, kdy dražší bezlepkové potraviny mohou lépe splňovat tato kritéria. Dalším faktorem, například při výběru mouky, může být náročnost na zpracování, kdy z bezlepkových mouk může být složité vytvořit výslednou potravinu odpovídající běžné potravíně. Z těchto důvodů je důležité,

aby pacienti vždy našli rovnováhu mezi možností svého rozpočtu a svými požadavky na bezpečkové potraviny.

3.1.2.2 Bezlaktózová dieta

Jak již bylo zmíněno v metodice, tato kapitola sleduje také finanční náročnost bezlaktózového stravování. V případě této diety se musely nahrazovat výrobky, které obsahují laktózu. Laktóza se vyskytuje v mléce savců. Na současném trhu je velmi široká nabídka mléčných produktů, které zpestřují jídelníčky [81] Potraviny z jídelníčků, ke kterým se musela hledat bezlaktózová varianta jsou: máslo, mléko, tvaroh, sýry, jogurty.

Rozdíl bezlaktózového a běžného stravování

Jako v případě zjišťování nákladovosti bezpečkového stravování je i v případě bezlaktózového stravování postupováno dle metodiky. Tabulka 17 obsahuje výsledky rozdílů vynaložených financí pro bezlaktózové stravování oproti běžnému stravování.

Tabulka 17 Rozdíl ceny mezi bezlaktózovými a normálními potravinami

Jídelníček	za 7 dní	za 30 dní	za 365 dní
1.	95,00 Kč	408,00 Kč	4 987,00 Kč
2.	91,00 Kč	374,00 Kč	4 525,00 Kč
3.	82,00 Kč	354,00 Kč	4 312,00 Kč
Průměr	89,00 Kč	379,00 Kč	4 608,00 Kč

Z výsledků je patrné, že bezlaktózové stravování je průměrně o 379 Kč měsíčně dražší než normální stravování. Ve výzkumu z roku 2006, který je již zmiňován výše, je bezlaktózové stravování při laktózové intoleranci o 300 Kč dražší. [81] Částka vypočítaná v této práci je o 79 Kč vyšší. To může být opět dáno strukturou jídelníčku. Tento rozdíl se však může považovat za zanedbatelný.

V běžné praxi se může částka za bezlaktózové stravování snížit vzhledem k různé citlivosti jedinců na laktózu při laktózové intoleranci. Různá citlivost těchto jedinců na laktózu může zapříčinit, že nemusí nahrazovat všechny produkty, ve kterých je přítomna laktóza.

I při této dietě autorka uvádí přehled rozdílů na 1 kg/1 l daného typu potraviny. Výsledky jsou představeny v tabulce 18. Z tabulky 18 vyplývá, že oproti bezpečkovým potravinám, zde nejsou tak nápadné rozdíly v ceně běžných a bezlaktózových potravin.

Tabulka 18 Cena na 1 kg/ 1 l potravin

Potravina	Normální potravina 1 kg/1 l	Bezlaktózová potravina 1 kg/ 1 l	Rozdíl na 1 kg potraviny
Máslo	205,00 Kč	292,00 Kč	88,00 Kč
Mléko polotučné	22,00 Kč	33,00 Kč	11,00 Kč
Jogurty	89,00 Kč	111,00 Kč	22,00 Kč
Sýry	203,00 Kč	253,00 Kč	50,00 Kč
Tvaroh	88,00 Kč	145,00 Kč	57,00 Kč

Výsledky získané z propočtu nákladnosti bezlaktózové diety ukazují, že tato dieta není natolik finančně náročná jako bezlepková dieta a není příliš velkou zátěží do rodinného rozpočtu. Z tohoto důvodu autorka dále neuvažuje o možnosti zavést proplácení bezlaktózových potravin z veřejných prostředků plynoucích do zdravotního systému.

Rozdíl cen dražší a levnější bezlepkové potraviny

I v případě bezlaktózových potravin je proveden rozbor levnějších a dražších potravin. Výsledky za všechny tři jídelníčky i jejich průměr jsou přehledně znázorněny v tabulce 19.

Tabulka 19 Rozdíl mezi dražšími a levnějšími bezlaktózovými potravinami

	7 dní	30 dní	365 dní
1. Jídelníček			
A	24,00 Kč	105,00 Kč	1 332,00 Kč
B	52,00 Kč	216,00 Kč	2 669,00 Kč
C	76,00 Kč	321,00 Kč	4 001,00 Kč
2. Jídelníček			
A	297,00 Kč	271,00 Kč	3 308,00 Kč
B	174,00 Kč	239,00 Kč	2 903,00 Kč
C	471,00 Kč	510,00 Kč	6 211,00 Kč
3. Jídelníček			
A	323,00 Kč	158,00 Kč	1 961,00 Kč
B	209,00 Kč	318,00 Kč	3 858,00 Kč
C	532,00 Kč	476,00 Kč	5 820,00 Kč
Průměr			
A	214,00 Kč	178,00 Kč	2 200,00 Kč
B	145,00 Kč	258,00 Kč	3 143,00 Kč
C	359,00 Kč	436,00 Kč	5 344,00 Kč

A – Rozdíl cen dražších bezlaktózových potravin a průměrných bezlaktózových cen

B – Rozdíl průměrných bezlaktózových cen a cen levnějších bezlaktózových potravin

C – Rozdíl cen dražších bezlaktózových potravin a levnějších bezlaktózových potravin

Z tabulky 19 vyplývá, že pokud by pacienti s intolerancí laktózy kupovali levnější typy bezlaktózových potravin, ušetřili by kolem 5 344 Kč, než kdyby dávali přednost dražším potravinám. I zde, podobně jako v případě bezpečkových potravin, hrají roli při rozhodování o koupi dané potraviny i další faktory. Při analýze cen bylo také zjištěno, že na českém trhu je menší nabídka bezlaktózových potravin v porovnání s bezpečkovými potravinami. Z tohoto důvodu mohou být dodatečné nepřímé náklady související s pořízením daných potravin vyšší než v případě bezpečkových potravin. Přesto se však cena za bezlaktózové potraviny nevyrovná cenám za bezpečkové potraviny, protože v průměru jsou ceny bezlaktózových potravin pouze jeden a půl krát vyšší než běžné potraviny.

3.1.2.3 Kombinace bezlaktózové a bezpečkové diety

Finančně nejnáročnější situace vzniká v případě, že někteří jedinci musí dodržovat sdružovanou dietu (bezlaktózovou i bezpečkovou). Kombinace těchto diet se musí často dodržovat po zjištění celiakie, kdy některým jedincům v důsledku postiženého střeva způsobuje zdravotní potíže také laktóza. V dotazníkovém šetření, které proběhlo pro účely této práce, uvedlo 23,4 % ze 145 respondentů, že muselo na začátku dodržování bezpečkové diety držet také bezlaktózovou dietu. Ve studii, která proběhla v Itálii v roce 2005, se zkoumal vztah celiakie a intolerance laktózy. Celkem u 21 % z 57 pacientů s celiakií byla zjištěna také intolerance laktózy. [85] V takovém případě má osoba s kombinovanou dietou ještě vyšší náklady na stravování. Ze součtu nákladů na oba typy diet vyplývají výsledky předložené v tabulce 20.

Tabulka 20 Rozdíl ceny pro bezpečkové i bezlaktózové stravování a normální stravování

Jídelníček	za 7 dní	za 30 dní	za 365 dní
1.	393,00 Kč	1 643,00 Kč	20 155,00 Kč
2.	362,00 Kč	1 541,00 Kč	18 614,00 Kč
3.	397,00 Kč	1 671,00 Kč	20 483,00 Kč
Průměr	384,00 Kč	1 618,00 Kč	19 751,00 Kč

Výsledky z této kapitoly jsou následně použity v kapitole 3.3, kdy na základě výše vypočtených částek je namodelován dopad na rozpočty zdravotních pojišťoven, kdyby proplácely speciálních potravin.

3.2 Analýza dopadu na rozpočet

Tato podkapitola má za cíl zkoumat, jaký dopad na rozpočet zdravotních pojišťoven by mělo proplácení bezpečkových potravin pacientům s celiakií z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Na základě výsledků kapitoly 3.1 se autorka zaměřuje již pouze na celiakii, protože dle provedených propočtů není bezlaktózová dieta příliš finančně náročná oproti běžnému způsobu stravování.

3.2.1 Metodika

Při zjištění dopadu na rozpočet zdravotních pojišťoven se vychází z metody „Analýza dopadu na rozpočet (Budget Impact Analysis)“. Tato analýza je ekonomické hodnocení toho, jaké finanční důsledky bude mít zavedení nové léčebné intervence oproti stávající léčbě. Tedy tato analýza má za cíl vyjádřit rozdíl nákladů před a po zavedení nové léčby. Sledují se náklady v čase nula a v následujících letech.

Pro provedení dopadu na rozpočet autorka využívá „Postup pro hodnocení dopadu do rozpočtu“ zpracovaný Státním úřadem pro kontrolu léčiv (SÚKL) [86] a čerpá z Budget-Impact Analysis of Health Care Interventions [87].

V rámci provedení analýzy dopadu na rozpočet musí být dodržena určitá struktura. V práci musí být popsáno, z jaké perspektivy sledujeme existující a budoucí náklady. Dále se musí určit časový horizont. V analýze se také musí definovat cílová populace, které bude indikována nová léčba. Odhady a predikce cílové populace by měly vycházet z ověřených zdrojů. Preferována jsou lokální publikovaná data, ale dá se vycházet i z dat získaných z jiných zemí, které mají obdobný systém zdravotní péče jako je v České republice. Pokud neexistují žádná naměřená data, lze se odkazovat na názory expertů. Dále se v práci musí provést výběr a popis stávajícího léčebného schématu. Jedná se o popis stávajícího terapeutického postupu, který se u pacientů daného onemocnění používá jako obvyklý zavedený postup a zároveň je hrazen alespoň částečně z veřejného zdravotního pojištění. Pokud neexistuje jeden obvyklý postup, musí se určit tzv. terapeutický mix, tedy soubor postupů, které jsou využívány v poměrném zastoupení. Dále by se měly určit všechny náklady, které souvisí s hodnocenou a srovnávací intervencí. V závěru analýzy dopadu na rozpočet se určí výsledek analýzy dopadu na rozpočet a pro zpřesnění výsledků se provede analýza citlivosti. V analýze citlivosti by se mělo minimálně vyhodnotit, jaký minimální a maximální dopad na rozpočet by mělo zavedení nové léčby. K tomu se může využít například jednocestná analýza citlivosti, kdy se vždy mění jeden parametr a sleduje se, jakou změnu to vyvolalo. [86] [87]

V případě této práce je analýza dopadu na rozpočet využita pro specifickou léčebnou intervenci. Nejedná se o klasický terapeutický postup, jak vyléčit pacienta, který je postižen určitou chorobou. Tato kapitola má za úkol zkoumat, jak by případné zavedení povinného proplácení bezpečných potravin z veřejného zdravotního pojištění, jako lék pro léčbu celiakie, ovlivnilo rozpočet zdravotních pojišťoven.

Bezpečkové potraviny nejsou lékem na celiakii v pravém smyslu slova. Používání bezpečkových potravin vyléčí pacienta od příznaků celiakie, ale nedokáže vyléčit samotnou celiakii, která je v dnešní době neléčitelným onemocněním v tom smyslu, že by člověk přestal být celiakem.

Autorka si v této kapitole klade za cíl modelovat, jak by daná proplácená částka ovlivnila rozpočty zdravotních pojišťoven. Pro stanovení částky, která by se měla proplácet, využívá výsledky z výzkumu uvedeném výše.

Vzhledem k tomu, že neexistují přesné údaje o prevalenci celiakie pro Českou republiku, autorka v analýze dopadu na rozpočet pracuje pouze s odhady, které vychází z názoru expertů.

V následující části jsou popsány a zhodnoceny jednotlivé části analýzy dopadu na rozpočet.

3.2.2 Perspektiva hodnocení

V analýze dopadu na rozpočet je nejprve nutné si určit perspektivu, z které budeme zkoumat náklady. Na perspektivu se můžeme dívat buď z pohledu pacienta, poskytovatele zdravotní péče nebo plátce zdravotní péče. Jelikož autorka vychází z „Postupu pro hodnocení dopadu do rozpočtu“ zpracovaného SUKL, sleduje náklady z pohledu plátce zdravotní péče. Pouze tento pohled totiž obsahuje relevantní náklady, které jsou důležité pro zavedení úhrad za určitou léčbu z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Z legislativního hlediska České republiky jsou za plátce zdravotní péče považovány zdravotní pojišťovny.

3.2.3 Časový horizont

V rámci analýzy dopadu na rozpočet se mohou uvažovat různě dlouhá období, která závisí na konkrétní analýze dopadu na rozpočet. Dle „Postupu pro hodnocení dopadu do rozpočtu“ vypracovaného SÚKL se doporučuje uvažovat časový horizont 5 let.

3.2.4 Cílová populace

V analýze dopadu do rozpočtu zdravotních pojišťoven při částečném proplácení léčby celiakie, tedy při částečném proplácení bezlepkových potravin, je cílová populace tvořena pacienty s celiakií. V současné době neexistují žádná data vztahující se k počtu pacientů s diagnostikovanou celiakií.

3.2.4.1 Odhad pro Českou republiku

V roce 2011 se v metodickém pokynu pro screening celiakie uvádí kvalifikovaným odhadem, že v České republice je prevalence onemocnění 1:200–1:250 tedy, že je cca 40 000 až 50 000 nemocných s celiakií. Z tohoto počtu pacientů se odhadovalo, že pouze 10–15 % pacientů má celiakii diagnostikovanou od lékaře. [88] Tento odhad vznikl na základě studie, která se uskutečnila na přelomu tisíciletí v 10 zemích Evropské unie a severní Afriky, kde se prevalence celiakie pohybovala v rozmezí od 1:70 a 1:1550 (kdy průměr byl 1:266). [89]

V rámci výzkumu autorka žádala o data zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny však uvádějí, že neznají počty diagnostikovaných pacientů s celiakií. Zdravotní pojišťovny mají pouze data o počtu pojištěnců, kterým proplatily příspěvek na bezlepkovou dietu, kde je podmínka pro poskytnutí tohoto příspěvku doložit zprávu o diagnostice celiakie. Tyto údaje byly získány od pěti zdravotních pojišťoven. Dvě zbývající zdravotní pojišťovny, konkrétně se jedná o Vojenskou zdravotní pojišťovnu a Českou průmyslovou pojišťovnu, data odmítly poskytnout. Ze získaných údajů je zřejmé, že v roce 2016 dostalo příspěvek na bezlepkovou dietu 9 439 pojištěnců. Tento počet pojištěnců vychází z dat čtyř zdravotních pojišťoven, které autorce poskytly údaje za rok 2016. Z tohoto počtu 9 439 pojištěnců tvoří většinu děti, a to z toho důvodu, že většina zdravotních pojišťoven poskytuje příspěvek pouze dětem. V roce 2016 příspěvek na bezlepkové potraviny získalo více pacientů, a to z toho důvodu, že dvě zdravotní pojišťovny, které také poskytovaly příspěvek, neposkytly data. Odhadem si za rok 2016 zažádalo kolem 9 700 pojištěnců. Pokud by se tento údaj porovnal s údajem, kdy se předpokládá, že je cca 50 000 osob, trpících celiakií a z nich je 15 % diagnostikovaných, tak by bylo kolem 7 500 pojištěnců, kteří by si mohli žádat o příspěvek. Z toho vyplývá, že tento odhad pro Českou republiku není již aktuální.

3.2.4.2 Celosvětový odhad

V celosvětovém měřítku experti předpokládají, že v současné době je pacientů s celiakií 1 % populace. Z tohoto jednoho procenta je diagnostikováno pouze 15 % pacientů. [80] Podle tohoto předpokladu by se v České republice vyskytovalo kolem 100 000 pacientů s celiakií. Z toho počtu by mělo mít diagnostikovanou celiakii pouze 15 000 pacientů.

3.2.4.3 Odhad expertů

V rámci zkvalitnění odhadu autorka požádala o odhad populace celiaků experty, kteří se věnují této problematice. Odhady expertů jsou uvedeny v tabulce 21. Dotazovaným byly položeny následující otázky.

1. Kolik procent osob ze základní populace v ČR se odhaduje, že má celiakii? (diagnostikované i nediodagnostikované osoby)
2. Kolik procent osob z otázky č. 1 se odhaduje, že má celiakii diagnostikovanou?
3. Jaký odhadujete roční přírůstek diagnostikovaných pacientů s celiakií v ČR?
4. Jaký odhadujete roční přírůstek lidí, kteří mají celiakii V ČR? (diagnostikovaní i nediodagnostikovaní pacienti)

Tabulka 21 Přehled odhadů expertů

	1. otázka	2. otázka	3. otázka	4. otázka
Společnost pro bezpečnou dietu	1 % z celkové populace (cca 100 000 lidí)	10–15 % diagnostikovaných (cca 10 000 až 15 000 lidí)	Nelze odhadnout	Nelze odhadnout
Ing. Dalibor Ježorek	1,5 % z celkové populace (cca 150 000 lidí)	25 % diagnostikovaných (cca 40 000 lidí)	1,5 % z nově narozených dětí + ti, u kterých propukne celiakie později, i v dospělost → toto číslo nelze odhadnout	1,5 % z nově narozených dětí + ti, u kterých propukne celiakie později, i v dospělost → toto číslo nelze odhadnout
doc. MUDr. Pavel Kohout, PhD.	1 % z celkové populace (cca 100 000 lidí)	cca 10 %	cca 500 pacientů za rok	Nelze odhadnout
Odhad použitý v analýze	1 % z celkového počtu pojištěnců	15 % diagnostikovaných	15 % z 1 % průměrně ročně narozených dětí od roku 2006 do roku 2016	1 % z průměrného přirozeného přírůstku (narození – zemřelý) od roku 2006 do roku 2016

3.2.4.4 Odhad použitý v analýze

Analýza dopadu na rozpočet, která je tvořena pro účely této práce, je omezena nemožností zjistit přesné statistické údaje o onemocnění celiakie, které nejsou k dispozici. Odhadnutý počet pacientů s celiakií je vypočítán jako 1 % z celkového počtu pojištěnců v České republice z údajů za rok 2016. Počet lidí, u kterých je diagnostikována celiakie, je vypočítán jako 15 % z 1 % všech pojištěnců.

Při uvažování počtu incidence celiakie se vychází ze statistických údajů z Českého statistického úřadu o počtu narozených dětí od roku 2005 do roku 2016. Předpokládaná incidence celiakie v následujících 5 letech je odvozena od počtu narozených v předchozích 10 letech. Průměrně se narodí ročně 112 417 dětí. Z tohoto počtu by dle odhadů mělo 1 % mít celiakii, to je 1 124 dětí. Když z tohoto množství vypočteme 15 %, která jsou v dnešní době z toho 1 % diagnostikována, vychází, že ročně se diagnostikuje kolem 169 pacientů s celiakií. V přírůstku pacientů s celiakií autorka nebere v potaz zemřelé, a to z toho důvodu, že v dnešní době je minimum

diagnostikovaných pacientů s celiakií ve věku 79, což je věk průměrného dožití lidí při narození.

V celkovém počtu pacientů, kteří mají potenciálně celiakii, autorka bere na zřetel, jak počet narozených, tak také počet zemřelých. Průměrně za posledních 10 let je rozdíl mezi narozenými a zemřelými 5 068 lidí. Z tohoto počtu je 1 % 51 lidí, kteří mohou mít celiakii. Proto jako roční přírůstek v incidenci celiakii autorka počítá s přírůstkem 51 lidí. V tabulce 22 jsou shrnuty odhady počtu diagnostikovaných pacientů a celkového počtu pacientů s celiakií v České republice v následujících 5 letech.

Tabulka 22 Budoucí odhad pacientů s celiakií

	2018	2019	2020	2021	2022
Počet pacientů s celiakií	104 436	104 486	104 537	104 588	104 639
Počet vhodných pacientů pro proplácení bezlepkových potravin	15 666	15 835	16 004	16 173	16 342

3.2.5 Popis stávajícího způsobu proplácení léčby celiakie

V současnosti v České republice není povinnost zdravotních pojišťoven proplácet náklady na léčbu celiakie. Jediná možná léčba celiakie v dnešní době je dodržování přísné bezlepkové diety. Z toho důvodu dochází k situaci, kdy si po stanovení diagnózy pacient hradí sám veškeré náklady na léčbu celiakie. Jak vyplývá z předchozí kapitoly, tak i z dalších studií, nákup bezlepkových potravin je finančně náročnější oproti běžným potravinám.

Většina zdravotních pojišťoven nabízí svým pojištěncům benefit, kdy ve svých zdravotních programech nabízí proplácení bezlepkových potravin pro pacienty s diagnostikovanou celiakií. Proplácení těchto benefitů je dobrovolné a zdravotní pojišťovny nabízejí různě vysoké částky od 1 000 Kč až po 6 000 Kč. Tři zdravotní pojišťovny proplácí příspěvek jak dětem, tak i dospělým. Dvě zdravotní pojišťovny nabízejí tento zdravotní program pouze pro děti nebo studenty do 26 let. Zbýlé dvě zdravotní pojišťovny příspěvek na celiakii pro rok 2018 neposkytují. Přehled příspěvků od jednotlivých zdravotních pojišťoven je uveden v tabulce 10.

System proplácení příspěvků je následující. Za prvé, pacienti musí doložit potvrzení od lékaře, že jim byla diagnostikována celiakie, a to buď na základě biopsie tenkého střeva nebo vyšetřením protilátek IgA. Za druhé, pacienti musí doložit doklady o nákupu potravin, které jsou označeny jako bezlepkové nebo bez lepku, za dané období. Za třetí, pacienti musí předložit žádost o uznání příspěvku. Tyto žádosti se většinou vyplňují do předem stanoveného formuláře konkrétní zdravotní pojišťovny. Po uznání žádosti se peníze pacientům vydávají buď v hotovosti, nebo se zasílají na bankovní účet pojištěnce. Zdravotní pojišťovny proplácí příspěvky buď za pololetí,

nebo na konci roku. Peníze na proplácení těchto příspěvků pocházejí z fondu prevence zdravotní pojišťovny.

3.2.6 Určení nákladů

V následujících odstavcích jsou určeny náklady na léčbu celiakie. Náklady na léčbu bezlepkové diety můžeme rozdělit na přímé a nepřímé náklady. Z pohledu plátce zdravotní péče vznikají ještě náklady na diagnostiku celiakie, které však autorka do analýzy dopadu do rozpočtu nezahrnuje. Pro potřeby analýzy dopadu do rozpočtu se uvažují pouze přímé náklady na léčbu celiakie, které je možné přesně vyčíslit.

3.2.6.1 Přímé náklady na léčbu celiakie

Jak již bylo zmíněno výše, zdravotní pojišťovny nejsou povinny proplácet léčbu celiakie. Proplácení příspěvků je dnes pouze dobrovolná záležitost, od které zdravotní pojišťovny mohou odstoupit nebo změnit výši propláceného příspěvku. Z pohledu zdravotní pojišťovny jsou dnes jediné náklady na léčbu celiakie právě tyto dobrovolné příspěvky. Zdravotní pojišťovna má vedle těchto nepovinných příspěvků také náklady na diagnostiku celiakie, které se však v této analýze dopadu na rozpočet neuvažuje.

V následujícím textu jsou popsány náklady na příspěvek na celiakii od jednotlivých pojišťoven. Tyto údaje autorka získala přímo od zdravotních pojišťoven na základě žádosti, kterou rozeslala všem zdravotním pojišťovnám. Autorka získala údaje od pěti zdravotních pojišťoven ze sedmi. Zdravotní pojišťovny, které neposkytly data je Vojenská zdravotní pojišťovna a Česká průmyslová pojišťovna. V tabulkách 23–27 autorka uvádí, kolik peněz a kolika pojištěncům byl příspěvek konkrétní zdravotní pojišťovnou proplácen.

V současné době má nejvíce pojištěnců s diagnostikovanou celiakií Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP). To je zapříčiněno tím, že tato zdravotní pojišťovna nabízí pacientům s celiakií nejvyšší proplácenou částku ze všech zdravotních pojišťoven. Od roku 2013 VZP přispívá částkou 6000 Kč za rok. Příspěvky jsou propláceny pololetně, kdy je za každé pololetí proplácena maximálně částka 3 000 Kč. VZP tyto příspěvky nabízí pouze dětem a studentům do 26 let. VZP uvádí, že v roce 2013 proplatila příspěvek více než 4 500 dětským pacientům. Zároveň uvádí, že v tomto roce evidovala celkem 8 217 pacientů s diagnostikovanou celiakií. V tabulce 23 jsou znázorněny náklady VZP na pacienty s celiakií za rok 2013 až 2016. Údaje za rok 2017 nejsou k dispozici. V tabulce 23 je vidět, že stoupá počet pojištěnců žádajících o příspěvek na bezlepkovou dietu. Tento nárůst pacientů je způsoben především odchodem dětí s diagnostikovanou celiakií z jiných zdravotních pojišťoven právě k VZP. [69]

Tabulka 23 Náklady VZP na pacienty s celiakií [69]

Rok	2013	2014	2015	2016
Pojištěnci	Děti a studenti do 26 let			
Max. proplácená částka	6 000 Kč			
Celková vyplacená suma	13 736 732 Kč	16 018 359 Kč	20 238 941 Kč	25 221 001 Kč
Počet pacientů žádajících o příspěvek	přes 4 500	5 485	6 904	8 677
% z celkového čerpání z fondu prevence na preventivní programy	2,1 %	4,0 %	5,6 %	4,4 %

Zdravotní pojišťovna, která přispívá jako druhá nejvíce pacientům s celiakií, je Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ). V letech 2016 a 2017 přispívala částkou 4 000 Kč za rok. Velkou výhodou této zdravotní pojišťovny je, že tuto částku vyplácela neomezeně na věku, a proto je tento benefit přístupný nejen dětem. ZPŠ je poměrně malá lokální zdravotní pojišťovna a z toho důvodu není počet pacientů, kteří by si žádali o příspěvek, příliš markantní. Celkový přehled nákladů ZPŠ za rok 2016 a 2017 je uveden v tabulce 24. [73]

Tabulka 24 Náklady ZPŠ na pacienty s celiakií [73]

Rok	2016	2017
Pojištěnci	Věkově neomezeno	
Max. proplácená částka	4 000 Kč	
Celková vyplacená suma	1 317 938 Kč	1 373 242 Kč
Počet pacientů žádajících o příspěvek	333	347
% z celkového čerpání z fondu prevence na preventivní programy	5,5 %	není k dispozici výroční zpráva pro rok 2017

Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra přispívala (ZPMV) v letech 2014–2015 částkou 1 000 Kč. V následujících letech 2016–2017 byla částka snížena na 600 Kč za rok. Příspěvek se proplácí pouze dětem a studentům do 26 let. ZPMV proplácí

příspěvek pouze na bezlepkové potraviny, které jsou zakoupené v lékárně, v prodejně zdravotnických potřeb nebo prodejně zdravé výživy. Tím se liší od ostatních pojišťoven, které proplácí i doklady o nákupu bezlepkových potravin z různých supermarketů. V tabulce 25 jsou uvedeny celkové náklady ZPMV na pacienty s celiakií za roky 2014 až 2017. V roce 2017 můžeme sledovat pokles žádajících pacientů o příspěvek. Autorka předpokládá, že je to způsobeno především odchodem pojištěnců s celiakií k VZP. V roce 2018 již tato zdravotní pojišťovna příspěvek na celiakii neposkytuje. [74]

Tabulka 25 Náklady ZPMV na pacienty s celiakií [74]

Rok	2014	2015	2016	2017
Pojištěnci	Děti a studenti do 26 let			
Max. proplácená částka	1 000 Kč		600 Kč	
Celková vyplacená suma	74 646 Kč	104 252 Kč	63 472 Kč	40 200 Kč
Počet pacientů žádajících o příspěvek	74	104	105	67
% z celkového čerpání z fondu prevence na preventivní programy	0,07 %	0,09 %	0,06 %	není k dispozici výroční zpráva pro rok 2017

Revírní bratrská pokladna, Zdravotní pojišťovna (RBP) přispívala v letech 2015–2017 jak na dětské pacienty s celiakií částkou 500 Kč za rok, tak i dospělým pacientům částkou 300 Kč. RBP je podobně jako ZPŠ lokální pojišťovna, z toho důvodu také nemá oproti ostatním zdravotním pojišťovnám příliš pacientů s celiakií. Celkové náklady RBP na pacienty s celiakií za rok 2015 až 2017 jsou uvedeny v tabulce 26. V roce 2018 RBP zvýšila proplácený příspěvek na celiakii pro děti i dospělé na 1 000 Kč. [75]

Tabulka 26 Náklady RBP na pacienty s celiakií [75]

Rok	2015	2016	2017
Max. proplácená částka	do 18 let 500 Kč od 19 let 300 Kč		
Celková vyplacená suma	166 201 Kč	98 728 Kč	92 346 Kč
Počet pacientů žádajících o příspěvek	350	324	305
% z celkového čerpání z fondu prevence na preventivní programy	0,3 %	0,2 %	není k dispozici výroční zpráva pro rok 2017

Poslední zdravotní pojišťovna, od které se autorce podařilo získat celkové náklady na pacienty s celiakií, je Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP). OZP má oproti jiným zdravotním pojišťovnám jiný systém proplácení příspěvku na celiakii. Pojištěnci OZP sbírají kredity za různé činnosti v rámci systému VITAKONTO. Následně si tyto kredity mohou proplatit na úhradu bezlepkových potravin. Počet kreditů, které mohou pojištěnci OZP za kalendářní rok nasbírat, je omezen. Kredity mohou sbírat jak děti, tak i dospělí. OZP přispívá na nákup bezlepkových potravin teprve od roku 2017. Průměrná částka, která se proplácela, byla 300 Kč. Celkové náklady OZP shrnuje tabulka 27. [72]

Tabulka 27 Náklady OZP na pacienty s celiakií [72]

Rok	2017
Pojištěnci	Věkově neomezeno
Max. proplácená částka	Průměrná proplácená částka 300 Kč, nejvyšší proplácená částka 1 720 Kč
Celková vyplacená suma	167 100 Kč
Počet pacientů žádajících o příspěvek	557

Pacientům s celiakií v roce 2017 přispívala také Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP) (v roce 2017 částkou 1 000 Kč pro děti do 18 let) a Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VoZP), která nepřispívala přímo na nákup bezlepkových potravin, ale jen na doplňky stravy, které se vztahují k zvláštnímu stravovacímu režimu při onemocnění celiakií (v roce 2017 se proplácela částka 400 Kč pro děti i dospělé). V roce 2018 VoZP již tento příspěvek neposkytuje. Od těchto zdravotních pojišťoven se však autorce nepodařilo získat náklady na proplácené příspěvky). [71] [70]

3.2.6.2 Nepřímé náklady léčbu celiakie

V odstavcích výše autorka shrnuje dobrovolné náklady, které vznikají zdravotním pojišťovněm při poskytování příspěvků na bezlepkovou dietu. Tyto náklady se mohou označit jako přímé náklady. Zdravotním pojišťovněm však také vznikají nepřímé náklady. To jsou takové náklady, které vznikají v souvislosti s léčbou příznaků celiakie nebo náklady spojené s následným onemocněním, které vzniká v důsledku neléčené celiakie. Tyto náklady není možné přesně vyčíslit, a to z několika důvodů.

Za prvé, neznáme přesně počty pacientů s celiakií. Za druhé, celiakie má celou řadu příznaků, které často ani nemusejí být odhaleny, že je způsobuje celiakie. Pro přehled autorka jmenuje v literatuře nejčastější uváděné příznaky:

- průjemy,
- nevolnost nebo zvracení,
- chudokrevnost,
- únava,
- úbytek tělesné hmotnosti,
- omezený růst u dětí,
- nedostatek vitamínů,
- různé kožní problémy (vyrážky, hnisavé záněty kůže, třepení nehtů, padání vlasů),
- otoky,
- nadmuté břicho a bolest
- opoždění puberty,
- nepravidelná menstruace,
- poruchy zubní skloviny,
- nedostatek železa. [90]

Tyto příznaky jsou většinou přítomny před diagnostikou celiakie. U některých pacientů se mohou tyto příznaky objevovat i po diagnostikování celiakie, pokud dělají nějaké chyby v dodržování přísné bezlepkové diety. Je důležité si uvědomit, že každý pacient je jedinečný a může trpět různou kombinací příznaků, které se mohou zároveň projevit s různou intenzitou. Existuje také skupina pacientů, kteří jsou tzv. asymptotičtí a žádný z výše uvedených příznaků neuvádějí. [80]

Za třetí, není možnost přesně vyčíslit náklady na onemocnění, které vznikly v důsledku neléčené celiakie. Jedná se o onkologická onemocnění střev, která mohou vést až ke smrti pacienta. Určování těchto nákladů je složité z důvodu, že není vždy úplně jasné, zda dané onkologické onemocnění způsobila právě neléčená celiakie nebo zda onkologické onemocnění vzniklo z jiného důvodu.

Z výše uvedených důvod je zřejmé, že náklady na neléčenou celiakii výrazně zatěžují zdravotní systém. Pacienti s nediagnostikovanou celiakií mohou častěji navštěvovat praktického lékaře nebo různé specialisty, mohou být častěji hospitalizováni, mohou spotřebovávat větší počet léků, podstupují různá vyšetření, která

mají za cíl odhalit příčinu jejich zdravotních problémů, kdy především u dospělých pacientů trvá velmi dlouho, než se odhalí skutečná příčina potíží a je diagnostikována celiakie.

3.2.6.3 Náklady na diagnostiku celiakie

Z pohledu plátce zdravotní péče vznikají v souvislosti s celiakií ještě náklady na diagnostiku tohoto onemocnění. Tyto náklady zahrnují především stanovení sérových autoprotilátek k tkáňové transglutamináze, perorální biopsii duodena. [88] V některých případech se pacientům také dělá genetické vyšetření. Tyto náklady jsou diagnostického charakteru, a proto nebudou v analýze dopadu do rozpočtu uvažovány.

3.2.7 Diskotance

Dle postupu pro hodnocení dopadu do rozpočtu vypracovaný SÚKL se diskontace u analýzy dopadu do rozpočtu neprovádí. [86]

3.2.8 Výsledek dopadu na rozpočet

V následujících propočtech dopadu na rozpočet autorka pracuje s odhadem, který je okomentován v podkapitole Cílová populace – odhad použitý v analýze.

3.2.8.1 Odhad nákladů starého scénáře proplácení bezlepkových potravin

Pro vyjádření nákladů na proplácení bezlepkových potravin dle starého scénáře se vychází z údajů, které poskytly zdravotní pojišťovny. Údaje o počtu pojištěnců, kteří mají diagnostikovanou celiakii a žádali si o příspěvek, vychází z roku 2016. Kromě zdravotní pojišťovny OZP, která přispívá pacientům s celiakií až od roku 2017. Změna je také v tom, že zdravotní pojišťovny ZPMV a VoZP v roce 2018 nenabízejí příspěvek pacientům s celiakií tak, jako v předchozích letech.

Od VoZP a ČPZP se autorce nepodařilo získat informace, kolika pojištěncům propláceli příspěvek na celiakii v roce 2016. Z faktu, že ČPZP má podobný počet pojištěnců jako ZPMV a také přispívá pouze částkou 1 000 Kč pro děti, jako v minulých letech přispívala ZPMV, autorka předpokládá, že má ČPZP také podobný počet pojištěnců žádající o příspěvek na bezlepkovou dietu. VoZP v roce 2018 již neposkytuje příspěvek pacientům na doplňky stravy při celiakii.

Můžeme předpokládat, že pacienti s celiakií, kteří byli hlášeni u ZPMV, se přesunou k VZP, která má pro dětské pacienty s celiakií mnohem štedřejší benefitní program. Odhad pojištěnců, kteří jsou v současné době zařazeni do systému proplácení bezlepkových potravin, je uveden v tabulce 28.

Tabulka 28 Odhad počtu pojištěnců, kteří jsou zařazeny v současnosti do systému proplácení bezlepkových potravin

Pojišťovna	VZP	ZPŠ	ZPMV	RBP	OZP	VoZP	ČPZP
Počet pojištěnců za rok 2016	8 677	333	105	324	557 (údaj za rok 2017)	?	předpoklad 105
Vyplácená částka v roce 2018	6 000 Kč	4 000 Kč	nemá příspěvek	1 000 Kč	průměrně 300 Kč	nemá příspěvek	1 000 Kč
Předpokládaný odhad počtu pojištěnců za rok 2018	8 951	350	-	300	557	-	105

Autorka uvažuje podobně jako u výpočtů k novému scénáři meziroční přírůstek 169 pojištěnců, kteří se přihlásí k VZP, která poskytuje největší příspěvek. Odhad celkové proplácené částky pro starý scénář proplácení bezlepkových potravin je uveden v tabulce 29.

Tabulka 29 Odhad vyplácené částky z veřejného zdravotního pojištění – Starý scénář

Starý scénář	2018	2019	2020	2021	2022
Počet pacientů	10 432	10 599	10 766	10 933	11 100
Celková proplácená částka v Kč	56 692 100	57 706 100	58 720 100	59 734 100	60 748 100

3.2.8.2 Odhad nákladů nového scénáře proplácení bezlepkových potravin

V této podkapitole je odhadnuta částka, která by byla potřeba proplatit pacientům s celiakií, pokud by se proplácely bezlepkové potraviny dle nového scénáře.

Nový scénář proplácení bezlepkových potravin je následující. Z kapitoly 3.1 Finanční náročnost pro jednotlivé typy stravování vyplývá, že pokud by se pacienti s celiakií stravovali dle racionálního bezlepkového jídelníčku, utratili by průměrně za rok o 15 425 Kč více než lidé, kteří by se stravovali racionálně s běžnými potravinami. Autorka navrhuje, aby se každému pacientovi s diagnostikovanou celiakií ročně vyplácela částka 6 000 Kč. Tato částka je navržena s ohledem na současnou situaci, kdy nejvyšší příspěvek, který je proplácen je právě suma 6 000 Kč za rok, který poskytuje VZP pro děti. VZP má v současné době nejvíce pojištěnců s celiakií, proto

má také nejvyšší náklady na proplácení bezlepkových potravin. Pokud bude zvolena částka 6 000 Kč, tak pro tuto zdravotní pojišťovnu to nebude tvořit tak velký finanční šok, protože se nezvýší náklady na děti s celiakií, ale pouze přibudou náklady na dospělé s celiakií.

Na základě této částky je vypočítána suma, kterou by bylo potřeba vynaložit z veřejného zdravotního pojištění. Odhad je proveden na 5 let a výsledky jsou shrnuty v tabulce 30.

Tabulka 30 Odhad vyplácené částky z veřejného zdravotního pojištění – Nový scénář

Nový scénář	2018	2019	2020	2021	2022
Počet pacientů	15 666	15 835	16 004	16 173	16 342
Celkové náklady zdravotních pojišťoven v Kč	93 996 000	94 998 000	95 994 000	96 996 000	97 992 000

Z údajů uvedených ve výročních zprávách zdravotních pojišťoven za rok 2016 vycházelo, že z fondu prevence z celkové částky, která byla využita na čerpání preventivních programů, by částka na proplácení bezlepkových potravin představovala 2,7 %. Pokud se vyjádří, kolik procent by tvořila částka při proplácení dle nového scénáře za rok 2018 vztaženo k celkovým údajům za rok 2016, činilo by to 9,2 % z fondu prevence.

Pokud by však bylo povinné pro zdravotní pojišťovny proplácet pacientům s diagnostikovanou celiakií bezlepkové potraviny, tyto peníze by se již nečerpaly z fondu prevence, ale ze základního fondu zdravotních pojišťoven. Z celkové sumy, která byla vyplacena ze základních fondů zdravotních pojišťoven za rok 2016, by náklady na nový scénář za rok 2018 tvořily pouze 0,04 %.

3.2.8.3 Rozdíl nového a starého scénáře

V následující tabulce 31 je uveden rozdíl nákladů na proplácení bezlepkových potravin dle starého scénáře oproti novému scénáři. V důsledku, že nový scénář naopak od starého uvažuje proplácení bezlepkových potravin všem pacientům, kteří mají diagnostikovanou celiakii, je nutné na nový scénář vynaložit více peněžních prostředků z veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka 31 rozdíl nového a starého scénáře

	2018	2019	2020	2021	2022
Starý scénář					
celkové náklady v Kč	56 692 100	57 706 100	58 720 100	59 734 100	60 748 100
Nový scénář					
celkové náklady v Kč	93 996 000	94 998 000	95 994 000	96 996 000	97 992 000
Rozdíl v Kč	37 303 900	37 291 900	37 273 900	37 261 900	37 243 900
Procentuální rozdíl	65,8 %	64,6 %	63,5 %	62,4 %	61,3 %

V závěru prezentování výsledků analýzy dopadu na rozpočet je nutné říci, že se jedná pouze o hrubé odhady, které se mohou značně lišit od skutečného budoucího vývoje počtu diagnostikovaných pacientů s celiakií. Autorka také neuvažuje do svých výpočtů pacienty, kterým byla diagnostikována celiakie v pozdějších letech života. Pro takové odhady neexistují žádné údaje, z kterých lze počet takových pacientů odhadovat.

3.2.9 Analýza citlivosti

Z důvodu toho, že je v práci využíván pouze odhad všech údajů o počtu pacientů s celiakií, je v rámci analýzy dopadu na rozpočet provedena analýza citlivosti. Analýza citlivosti má za úkol validovat výsledky a ukázat rozptyl možných výsledků při variantách, kdy by se proplácely bezlepkové potraviny maximálnímu nebo naopak minimálnímu počtu pacientů.

Při validaci výsledků je použita jednocestná citlivostní analýza, kdy se mění vždy jeden parametr

3.2.9.1 Změna parametru: počet diagnostikovaných pacientů s celiakií

Z důvodu, že není znám přesný počet pacientů s celiakií je v rámci analýzy citlivosti uvažována situace, kdy poroste počet diagnostikovaných jedinců. V analýze je uvažováno o kolik by se zvětšily náklady, pokud by se počet pacientů zvýšil na 30 %, 50 % a 100 % diagnostikovaných. Pokud by se změnil počet pacientů, kterým je diagnostikována celiakie, výsledek dopadu na rozpočet při proplácení částky 6 000 Kč všem diagnostikovaným pacientům by se změnil tak, jak je uvedeno v tabulce 32. U vyčíslení nákladů pro 100 % diagnostikovaných pacientů je nutné si uvědomit, že reálně, při současné metodě screeningu, není možné nikdy diagnostikovat všechny pacienty, kteří trpí celiakií.

Tabulka 32 Citlivostní analýza – změna parametru: počet diagnostikovaných pacientů s celiakií

	2018	2019	2020	2021	2022
Počet pacientů při 30 % diag.	31 331	31 668	32 006	32 343	32 680
Celkové náklady v Kč	187 986 000	190 009 513	192 033 025	194 056 538	196 080 050
Procentuální rozdíl ke starému scénáři	231,6 %	229,3 %	227,0 %	224,9 %	222,8 %
Počet pacientů při 50 % diag.	52 218	52 780	53 342	53 904	54 466
Celkové náklady v Kč	313 308 000	316 680 521	320 053 042	323 425 563	326 798 084
Procentuální rozdíl ke starému scénáři	452,6 %	448,8 %	445,0 %	441,4 %	438,0 %
Počet pacientů při 100 % diag.	104 436	105 560	106 684	107 809	108 933
Celkové náklady v Kč	626 616 000	633 361 042	640 106 084	646 851 125	653 596 167
Procentuální rozdíl ke starému scénáři	1005,3 %	997,6 %	990,1 %	982,9 %	975,9 %

Z tabulky 32 je patrné, že při růstu počtu diagnostikovaných pacientů by zřejmě bylo neúnosné přispívat všem diagnostikovaným pacientům částkou 6 000 Kč.

3.2.9.2 Změna parametru: výše proplácené částky

V případě citlivostní analýzy se může také uvažovat o změně proplácené částky při předpokládaných 15 % diagnostikovaných pacientů s celiakií. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 33, kdy se uvažuje o změně roční proplácené částky z 6 000 Kč v prvním případě na 3 000 Kč a ve druhém na 15 000 Kč, což je částka, která cca odpovídá nákladům na racionální bezlepkové stravování dle výpočtů uvedených výše. Z tabulky vyplývá, že pokud se změní proplácená částka na 3 000 Kč, zdravotní pojišťovny vynaloží méně nákladů, než je vynakládáno na starý scénář. Naopak při částce 15 000 Kč za rok rostou náklady zdravotních pojišťoven ve výši stovek procent.

Tabulka 33 Citlivostní analýza - změna parametru: výše proplácené částky

	2018	2019	2020	2021	2022
Počet pacientů	15 666	15 835	16 004	16 173	16 342
Celkové náklady v Kč při částce 3 000 Kč na jednoho pacienta	46 998 000	47 505 000	48 012 000	48 519 000	49 026 000
Procentuální rozdíl ke starému scénáři	-17,1 %	-17,7 %	-18,2 %	-18,8 %	-19,3 %
Celkové náklady v Kč při částce 15 000 Kč na jednoho pacienta	234 990 000	237 525 000	240 060 000	242 595 000	245 130 000
Procentuální rozdíl ke starému scénáři	314,5 %	311,6 %	308,8 %	306,1 %	303,5 %

Pokud by se změnil jeden z uvedených parametrů, mělo by to na výsledek velmi významný vliv. Pokud by rostl počet diagnostikovaných pacientů do vysokých čísel, nebylo by možné proplácet náklady na pořizování bezlepkových potravin. V současnosti však nemůžeme počítat s předpokladem, že by se podařilo diagnostikovat většinu pacientů s celiakií.

3.3 Shrnutí

V kapitole Financování byly zkoumány dva zdravotní problémy, a to intolerance laktózy a celiakie. V propočtech založených na zjišťování rozdílu cen při bezlaktózovém, bezlepkovém a běžném způsobu stravování bylo zjištěno následující.

Bezlaktózová dieta je při stravování dle racionálního jídelníčku o 4 608 Kč za rok dražší oproti běžnému stravování. Tato částka není z pohledu jednotlivce natolik likvidační. Nejrozšířenější forma intolerance laktózy, tzv. primární intolerance laktózy, není brána jako zdravotní onemocnění. Z těchto důvodů se nepředpokládá, že by se v budoucnu zavádělo proplácení bezlaktózových potravin.

Bezlepková dieta při racionálním stravování je o 15 425 Kč dražší než běžné racionální stravování. V důsledku tohoto propočtu autorka navrhuje připlácet pacientům s diagnostikovanou celiakií 6 000 Kč ročně z veřejného zdravotního pojištění. Pokud se pracuje s odhadem, že v České populaci je 1 % pacientů s celiakií a z toho je pouze

15 % diagnostikovaných, vyplácená částka by se pohybovala kolem 90 až 100 milionů Kč. Tento výsledek vychází pouze z odhadů. Pokud by se měla odhadnout přesnější částka, musel by se začít monitorovat skutečný počet pacientů s celiakií.

Přínosem proplácení alespoň částečných nákladů na bezlepkovou dietu se zvyšuje počet pacientů s celiakií, kteří bezlepkovou dietu dodržují. V důsledku vysoké ceny bezlepkových potravin dnes mnoho pacientů bezlepkovou dietu nedodrží z důvodu nedostatečných finančních prostředků.

4 Diskuze

Cílem diplomové práce je zkoumat dopady zákonodárství vztahujícího se k vybraným potravinovým alergiím a intolerancím ve zvolených zemích na pacienta a na zdravotní systém. Pro splnění vytyčeného cíle autorka v rámci teoretické části práce zkoumá obecně zákonodárství, které se vztahuje k potravinovým alergiím a intolerancím v Evropské unii, Spojených státech amerických, Kanadě, Argentině, Švýcarsku, Austrálii a Novém Zélandě. V praktické části práce se pak autorka zaměřuje na dvě konkrétní zdravotní omezení – celiakii a intoleranci laktózy, ke kterým zjišťuje podrobnosti v rámci situace v České republice. Na základě provedeného výzkumu autorka zde níže v diskuzi shrnuje získané poznatky a výsledky z teoretické a praktické části práce a navrhuje systémová opatření vhodná pro Českou republiku, obecně v oblasti potravinových alergenů a intolerancí, ale především v problematice celiakie.

Legislativa, která se vztahuje k potravinovým alergiím a intolerancím se zaměřuje především na značení potravinových alergenů na potravinách. Ve všech výše uvedených zemích byly prozkoumány zákony, které se věnovaly značení potravinových alergenů. Od začátku nového tisíciletí došlo v této problematice k obrovskému posunu. Světová zdravotnická organizace a další orgány pro bezpečnost potravin potvrzují, že potravinové alergie a intolerance představují významné riziko v oblasti veřejného zdraví z důvodu vysoké prevalence a poměrně vysokému riziku vzniku velmi závažných reakcí. V další řadě přiznávají, že tato zdravotní omezení mají negativní vliv na kvalitu života a hospodářství. [38] Všechny zkoumané země mají v současnosti zákonem stanovenou povinnost značit balené potraviny. Austrálie, Nový Zéland Švýcarsko i země Evropské unie mají k tomu povinnost značit i nebalené potraviny. [4] [5] [6]

Na základě provedené analýzy legislativy vztahující se ke značení potravinových alergenů bylo zjištěno, že je tato část legislativy na velmi vysoké úrovni ve všech jmenovaných státech, kde byla legislativa zkoumána. V jednotlivých zemích jsou rozdíly v počtu značených potravinových alergenů a v povinnosti značit nebalené potraviny.

Těmito zákonnými opatřeními se zvyšuje možnost kontroly složení konzumovaných potravin. Velký význam to má pro lidi trpící potravinovými alergiemi. Může se tím snížit pravděpodobnost alergenní reakce nebo dokonce i anafylaktického šoku. Tyto legislativy nejenom, že zvyšují kvalitu života lidí trpící potravinovými alergiemi či intolerancemi, ale snižují náklady, které zdravotní systém musí vynakládat na zdravotní pomoc při řešení potravinových alergií a intolerancí.

Legislativy týkající se potravinových alergenů vznikaly s ohledem na vzrůstající znalosti o rizicích, které mohou alergeny způsobit jedincům, kteří jsou na ně citliví. [39] Vzniklé legislativy v této problematice jsou brány jako opatření pro řízení rizik pro vybrané potravinové alergenů. [38] Autorka se na základě provedené analýzy domnívá,

že legislativy zkoumaných zemí řeší podstatné věci vztahující se k značení potravinových alergenů. Jako chybějící ve většině zkoumaných států se v této souvislosti může zdát problematika používání preventivního značení alergenů. To má dopad na pacienty, kteří trpí potravinovými alergiemi a intolerancemi z toho důvodu, že není jasně určeno, zda jsou tyto potraviny pro ně vhodné. Pokud není jasně zákonem definováno stopové množství alergenu v potravine, může nastávat dvojj situace. Potraviny, které ve složení mají napsáno, že obsahují stopy alergenu, mohou daný alergen obsahovat ve výši, která je již nebezpečná pro daného pacienta. Takové nejasné preventivní označení potravinových alergenů vede k riskantnímu chování spotřebitelů potravin, kdy je prudká alergická reakce může ohrozit na životě. Nebo naopak výrobce používá označení stopových prvků preventivně, kdy výrobek ve většině případů neobsahuje daný alergen nebo pouze jeho velmi malé množství. V tomto případě se naopak mnoho lidí takovému výrobku vyhýbá i přesto, že by tento výrobek z hlediska reakce na alergenní látku nebyl nebezpečný. [32] Pouze Argentina a Švýcarsko mají tuto oblast řešenou v zákoně. Argentina zákonem zakazuje používání preventivního značení alergenů na potravinách a Švýcarsko má zákonem stanovenou hodnotu, od které se preventivní značení používá. [8] [10]

Odlišné postavení má Česká republika, která sice přijala zákon o značení potravinových alergenů od Evropské unie, kde otázka preventivního značení není řešena, ale Státní zemědělská potravinářská inspekce uvedla, že by se preventivní značení měla využívat do hranice, která je stanovena jako desetinásobek meze stanovitelnosti akreditované laboratorní metody, kterou využívá Státní zemědělská potravinářská inspekce (SZPI). Tímto prohlášením se řídí SZPI, není to však ošetřeno v žádném zákoně. Je takovéto stanovení hranice prospěšné pro pacienty? Jelikož hranice není stanovena na základě výzkumu, kdy by bylo prokázáno, jaká hranice potravinových alergenů ještě neškodí, ale hodnota byla stanovena jako desetinásobek meze stanovitelnosti akreditovanou laboratorní metodou, zůstává otevřená otázka, zda jsou takovéto potraviny vhodné pro pacienty s určitou potravinovou alergií či intolerancí. Například pro lidi s celiakií je tato problematika stále nevyřešena. Dle SZPI by se stopové množství lepku mělo uvádět do hodnoty 50 mg/kg. Potravina může být označena jako „bez lepku“, pokud má hodnotu lepku menší než 20 mg/kg. [20] V současnosti nepanuje jasný názor, zda pacienti s celiakií smí ještě konzumovat potraviny, které obsahují stopy lepku. Autorka v rámci diplomové práce zjistila, že rozdílný názor na tuto problematiku mají i dvě celostátní patientské organizace, které se věnují celiakii, což může vést k nejistotě mezi pacienty s celiakií. Dle dotazníkového průzkumu mezi pacienty s celiakií vyplývá, že většina pacientů z průzkumu jí potraviny, které mají označení „může obsahovat lepek“. 33,1 % pacientů tyto potraviny jí na základě vlastního přesvědčení a 23,4 % pacientů, protože mají informaci od patientské organizace, že tyto potraviny jsou pro ně vhodné. Při setkáních s lékaři, se kterými autorka vedla rozhovor, bylo řečeno, že takovéto potraviny pro pacienty

s celiakií nejsou vhodné. V dotazníkovém průzkumu však 15,2 % respondentů uvedlo, že jim lékař řekl, že tyto potraviny jíst mohou a pouze 9,7 % respondentů uvedlo, že jim lékař tyto potraviny zakázal. Z tohoto průzkumu je vidět, že se k pacientům dostávají odlišné informace různou cestou a bylo by dobré tento názor sjednotit na základě provedení dalších studií, které by prokázaly, zda jsou tyto potraviny pro pacienty vhodné nebo nevhodné. Také by bylo třeba zavést hodnotu pro uvádění stopového množství lepku v zákoně, aby se tato hodnota mohla lépe právně vymáhat na výrobcích, kteří by tuto hodnotu nedodrželi.

Práce také zkoumala dopady těchto zdravotních omezení na pacienta a na zdravotní systém, kdy bylo zjištěno z dostupné literatury, že pacienti s potravinovými alergiemi a intolerancemi mají sníženou kvalitu života. Následný průzkum se v diplomové práci zaměřil na zdravotní onemocnění celiakie. Z daného průzkumu vyplývá, že v problematice tohoto onemocnění jsou oblasti, které jsou buď nedostatečné, nebo nevhodně ošetřeny po legislativní stránce a v důsledku toho dochází ke značnému snižování kvality života, jak pacientů s celiakií, tak také jejich rodinných příslušníků. Tato zjištění odpovídají výsledkům studií, které se obecně zabývaly kvalitou života pacientů s potravinovými alergiemi a intolerancemi [44] [91] Jednotlivé problémové oblasti budou diskutovány níže v textu. Je to především problematika nákladovosti bezlepkového dietního stravování a zajišťování vhodné stravy dětem při povinné školní docházce, tak aby nebyly vyčleňovány z kolektivu.

V rámci práce byli identifikováni stakeholderi v problematice potravinových alergií a intolerancí. V České republice existuje velký počet zainteresovaných stran, které spolu příliš nespolupracují. Celkem bylo v České republice odhaleno 11 zájmových skupin, kterými jsou: pacienti, domácnosti, zaměstnavatelé, výrobci potravin, školství a veřejné stravování, výzkumné organizace, kontrolní a vynucovací orgány, plátce zdravotní péče, poskytovatelé zdravotních služeb, patientské organizace, regulátor. Některé z výše vyjmenovaných skupin se problematiky dotýkají pouze okrajově např. zaměstnavatelé, výzkumné organizace. Jiné zájmové skupiny však mají nebo by mohly mít při lepší organizaci významný vliv na dění v této problematice, jako je např. regulátor, plátce zdravotní péče, poskytovatel zdravotní péče a pacienti s patientskými organizacemi. Za velkou slabinu autorka považuje fakt, že v prostředí České republiky neexistuje žádná patientská organizace, která by podporovala zájmy lidí, kteří trpí některou potravinovou alergií či intolerancí. Obecně existuje patientská organizace – Sdružení pro alergické a astmatické děti. Tato organizace se však nezaměřuje přímo na potravinové alergie. V České republice jsou pouze patientské organizace, které se zaměřují na celiakii, tedy na nesnášenlivost lepku. [66] Na území České republiky existují dvě celostátní patientské organizace, které však spolu dle provedených polostrukturovaných rozhovorů nespolupracují, a to snižuje dle autorky vyjednávací sílu. Autorka navrhuje, aby se mezi státními patientskými organizacemi i občanskými sdruženími věnujících se celiakii nastolila větší spolupráce týkající se vyjednávání se

státním aparátém a více se sdílely kroky, které jsou uskutečňovány v rámci snahy zlepšit kvalitu života pacientů s celiakií. Mezi těmito organizacemi by se také měly sjednotit názory, které se předávají pacientům o preventivním značení alergenů. Kromě těchto pacientských organizací by bylo vhodné, aby v České republice vznikla i pacientská organizace, která se bude obecně zaměřovat na potravinové alergie a intolerance.

Na základě identifikace zainteresovaných stran i polostrukturovaných rozhovorů je zřejmé, že problematiku potravinových alergií a intolerancí komplikuje fakt, že jednotlivé problémy, které souvisejí s potravinovými alergiemi a intolerancemi spadají vždy pod jiné ministerstvo. Těmito ministerstvy jsou: Ministerstvo práce a sociálních věd, Ministerstvo zemědělství, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Z výše napsaného vyplývá, že by mělo dojít ke sjednocení všech problémů pod jedno ministerstvo, nejspíše pod Ministerstvo zdravotnictví. To však není možné, protože jednotlivé problémy jsou natolik specifické danému ministerstvu, že je nelze sloučit tak, aby spadaly pod jedno ministerstvo. Dle autorky by mohla fungovat lepší spolupráce mezi jednotlivými ministerstvy. Ministerstvo zemědělství by mělo spolupracovat s Ministerstvem zdravotnictví ohledně preventivního značení alergenů a stanovení, zda jsou potraviny, které mohou obsahovat stopy určitého potravinového alergenu vhodné pro osoby trpící konkrétní potravinovou alergií či intolerancí. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy by mělo navázat spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví, aby se určil vhodnější způsob zavedení přípravy dietního stravování ve školách. Ministerstvo práce a sociálních věcí, které má na starosti vydávání příspěvků na péči a příspěvek na živobytí při celiakii, by dle autorky mělo sjednotit přiznávání příspěvků na péči celiakům. Pokud by Ministerstvo zdravotnictví zajistilo alespoň částečné proplácení bezpečných potravin a pokud by se zajistila povinnost škol vařit dietní jídla, tak by mohla odpadnout potřeba přiznávání příspěvků na péči pro dětské pacienty s celiakií. Tato potřeba by odpadla z toho důvodu, že by rodiče dítěte s celiakií mohli chodit do zaměstnání a nemuseli zajišťovat pro své dítě vhodnou stravu. Zároveň by se jim částečně vracely náklady na pořizování bezpečných potravin z veřejného zdravotního pojištění.

V současné době poskytování dietního stravování ve školách není povinné. [92] To značně komplikuje život jak dětem s diagnostikovanou celiakií a žákům s jinými dietními potřebami, tak i jejich rodičům, kteří vynakládají nemalé finanční náklady, ale i čas na přípravu domácí stravy. Některé jídelny ani neumožňují ohřát dětem jídlo přinesené z domova. V takových případech rodiče přicházejí i o část svého možného platu v důsledku toho, že musejí zajistit svému dítěti stravu. Problematiku tohoto školního stravování potvrdily i pacientské organizace a výsledky dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření ukázalo, že pouze v 35,6 % případů vaří jídelna bezpečná jídla pro děti s celiakií. Ve 24,4 % případů jídelny odmítají dietní jídla vařit a zároveň ani neumožňují ohřát jídlo přinesené z domova. A v 37,8 % případů dietní jídla nevaří, ale

ohřívají jídla přinesená z domova. Autorka navrhuje, aby se uzákonilo povinné poskytování dietních jídel pro pacienty, kteří to mají diagnostikováno lékařem. V současné době přispívá stát jídelně na režijní náklady připadající na jednoho žáka. Rodič pak platí náklady na potraviny. Z důvodu, že jídelna disponuje omezenými finančními prostředky, autorka navrhuje, aby si rozdíl za bezlepkové potraviny připlatili rodiče z vlastních zdrojů. V rámci současné legislativní úpravy musejí jídelny, pokud chtějí zavést dietní stravování, spolupracovat s nutričními terapeuty a ty musejí zaplatit z vlastních finančních prostředků. Z tohoto důvodu se velká část jídelen rozhodla dietní stravování neposkytovat. Z dotazníkového šetření je patrné, že ve 23,3 % jídelny odmítly vařit diety právě v důsledku nutnosti financovat nutričního terapeuta. Proto autorka navrhuje, aby náklady na nutričního terapeuta a náklady na zavedení dietního stravování dotoval zřizovatel dané školní nebo mateřské jídelny.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že ve 36,7 % pacienti uvedli, že jídelna odmítá vařit bezlepková jídla, protože příprava těchto jídel je logisticky náročnější. Tvrzení, že příprava bezlepkových jídel je logisticky náročnější odmítají patientské organizace, které tvrdí, že tato nevědomost je způsobena především neznalostí kuchařek v přípravě bezlepkových jídel. Z tohoto důvodu autorka navrhuje, aby ve spolupráci s patientskými organizacemi zaměřujícími se na celiakii, nutričními terapeuty a Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy vznikl metodický pokyn pro správnou praxi v případě jednotlivých dietních jídel.

Na základě polostrukturovaných rozhovorů s experty a dotazníkového šetření s pacienty bylo zjištěno, že jedním z největších problémů, je financování bezlepkové diety, která je považována za drahou dietu. Experti uváděli, že speciální potraviny pro bezlepkovou dietu jsou až 10 x dražší oproti stejným potravinám, které ale obsahují lepek. Tento předpoklad potvrdil propočtení finanční náročnosti bezlepkové diety na základě racionálních jídelníčků zpracovaných nutričními terapeuty. Pacient, který má celiakii a stravoval by se racionálním způsobem, zaplatí na bezlepkových potravinách o cca 15 500 Kč za rok více, než pokud by se stravoval racionálně, ale běžnými potravinami. V dřívějším průzkumu „Nákladnost dietního stravování oproti stravování běžnému“, který proběhl v České republice v roce 2006, bylo vypočítáno, že bezlepková dieta stojí ročně ještě více, než ukázal propočtení v rámci diplomové práce. V daném průzkumu bylo vypočítáno, že bezlepková dieta je o 2 400 Kč měsíčně dražší než běžné stravování. Roční rozdíl by tedy vycházel 28 800 Kč. [81] Rozdíl mezi částkou vypočítanou v diplomové práci a částkou z průzkumu z roku 2006 je 13 300 Kč. Tento rozdíl může být způsoben změnou cen bezlepkových potravin. Rozdíl také může být způsoben rozmanitostí jídelníčků, z kterých byly počítány ceny. V obou případech se však ukazuje, že je bezlepková dieta o hodně dražší než běžný způsob stravování.

Jak již bylo výše uvedeno, je bezlepková dieta cca o 15 425 Kč dražší. Tato částka však může být mnohem vyšší, a to především z toho důvodu, že většina české populace

se nestravuje racionálně, ale například může konzumovat větší množství pečiva či sladkostí. Právě pečivo je dle provedeného průzkumu cenově nejvíce odlišné oproti běžnému pečivu. Tato cena je navíc zprůměrována a nezohledňuje možnost nákupu pouze levnějších nebo dražších potravin. Pokud pacient nakupuje především dražší potraviny, mohl by zaplatit více cca o 14 510 Kč za rok, než kdyby se snažil na potravinách ušetřit a nakupoval by zejména levnější bezlepkové potraviny. Tato částka je natolik vysoká, že většina pacientů s celiakií musí volit mezi chuťovými preferencemi a cenou potraviny.

V částce 15 500 Kč jsou zahrnuty pouze náklady na pořízení dané potraviny. V případě bezlepkového stravování je nutné si uvědomit, že náklady na tento typ stravování jsou navýšeny dalšími položkami. Těmi jsou například čas strávený vyhledáváním vhodných potravin, finanční prostředky vynaložené v případě objednání speciálních bezlepkových potravin v e-shopech, čas strávený přípravou domácího pečiva, energie vydané při přípravě domácího pečiva. Racionální jídelníček navíc ctí pravidla správného stravování a vyvážené stravy. Z toho důvodu je takový jídelníček složen z podstatné části potravinami jako je ovoce, zelenina, jogurty, které jsou většinou bez lepku a dále se tyto jídelníčky snaží zpestřit stravu potravinami jako je pohanka, jáhly, rýže a dalšími potravinami, které jsou přirozeně bezlepkové. V jídelníčku, který by nebyl racionální, by se více vyskytovaly potraviny, které by obsahovaly lepek, a tudíž by se musely nahradit dražšími bezlepkovými potravinami. V důsledku všech těchto faktorů by docházelo k nárůstu rozdílu ceny mezi bezlepkovým a běžným stravováním.

Pokud by se však chtěla zavést určitá částka, která by se měla proplácet pacientům s celiakií jako kompenzace za zvýšené náklady na bezlepkové potraviny, mělo by se vycházet z částky, která je určena z racionálního jídelníčku, a to z toho důvodu, že zdravotní systém má podporovat správné, vyvážené a racionální stravování. V duchu této myšlenky je nesmyslné žádat o příspěvek, který by se zakládal na výpočtu rozdílu běžného a bezlepkového stravování na jiném než racionálním jídelníčku.

Proplácení alespoň části nákladů způsobené bezlepkovými potravinami z veřejného zdravotního pojištění je však potřebné proto, že celiakie je dědičné onemocnění a v mnoha případech trpí celiakií více než jeden člen domácnosti. Pokud má jeden rodič celiakii, je velice pravděpodobné, že celiakie bude diagnostikována také u jeho dětí. V tom případě náklady na bezlepkové potraviny vzrůstají. Rodič neplatí jenom svoje náklady, ale také náklady svých dětí. Při takové situaci mohou tyto náklady velmi zatížit finanční rozpočet domácnosti.

Nákladnost bezlepkové diety vidí jako jeden z největších problémů i patientské organizace věnující se celiakii i lékaři. V současnosti probíhají snahy o zavedení povinných příspěvků na bezlepkovou dietu. Zatím existují pouze dobrovolné příspěvky od zdravotních pojišťoven a některým dětem je poskytován příspěvek na péči

od Ministerstva práce a sociálních věcí. Pro sjednocení poskytování příspěvků na bezlepkovou dietu by autorka zrušila poskytování příspěvků na péči pro děti s celiakií, které je v současnosti problematické získat a zavedla by pouze zpětné proplácení bezlepkových potravin z veřejného zdravotního pojištění.

Ve světě existují i jiné druhy podpory pacientům s celiakií, jako je například odepisování si nákladů na bezlepkovou dietu z daní, jak je tomu v Kanadě nebo vydávání bezlepkových potravin na recept, toho využívají v Itálii nebo ve Velké Británii. V Argentině naopak využívají právě peněžní příspěvky, které pacienti s diagnostikovanou celiakií obdrží každý měsíc. [52] Všechny tyto uváděné druhy podpory pacientům s celiakií se však musí promítnout do legislativy dané země. V České republice k tomu i přes veškerou snahu všech patientských organizací není stát nakloněn.

Jednotlivé druhy podpor mají svoje výhody a nevýhody. Z toho důvodu bylo v rámci práce zjišťováno pomocí dotazníkového šetření, kterou z výše uvedených druhů podpor by pacienti s celiakií nejvíce preferovali. Z výsledků vyplývá, že 46,9 % respondentů preferuje právě zpětné proplácení bezlepkových potravin po předložení dokladu o koupi dané potravin. Tento výsledek může být zapříčiněn tím, že v ČR toto zpětné proplácení po předložení účtenek již v dobrovolné formě ze stran zdravotních pojišťoven funguje a z toho důvodů dotazovaní pacienti volili právě možnost, se kterou mají osobní zkušenost.

Pro zavedení tohoto povinného proplácení z veřejného zdravotního pojištění by se muselo v české legislativě zakotvit, že bezlepková potravina bude vedena jako lék na celiakii a zařadit jí do úhrad zdravotními pojišťovnami.

Některé země již podobné zákony přijaly. Například v Argentině byl v roce 2009 přijat národní zákon o celiakii, kde v jednom z bodů je stanovena povinnost zdravotních pojišťoven pokrývat náklady na alternativní potraviny vhodné pro bezlepkovou dietu. Příslušnou vyhláškou byla stanovena částka, která má možnost průběžně se aktualizovat. [93]

Proto, aby se odhadlo, jaký dopad by mělo částečné hrazení bezlepkových potravin pro pacienty s diagnostikovanou celiakií na rozpočet zdravotních pojišťoven, byla v práci provedena analýza dopadu na rozpočet zdravotních pojišťoven. V analýze dopadu na rozpočet je pracováno s velmi hrubými odhady, protože v České republice neexistují žádné statistické údaje o počtu pacientů s celiakií. Tuto skutečnost autorce potvrdily také patientské organizace a lékaři z oboru gastroenterologie, kteří ani pro vlastní potřeby nemají žádné statistiky. Z tohoto důvodu a za předpokladu, že roste počet diagnostikovaných pacientů, autorka navrhuje, aby se zavedl národní registr pro pacienty s diagnostikovanou celiakií, a tím se zařadila celiakie mezi sledované diagnózy statistickým úřadem. Zavedení tohoto opatření by vedlo ke sledování, zda se v příštích letech bude rodit více pacientů s celiakií a díky tomu

by se dalo posoudit, zda opravdu dochází k růstu počtu těchto pacientů. Tyto statistiky by se tak mohly využít, aby byl vypočítán přesný dopad na rozpočet zdravotních pojišťoven v případě proplácení bezlepkových potravin. Tento národní registr by měly spravovat patientské organizace ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví a Českou gastroenterologickou společností.

V rámci analýzy dopadu na rozpočet byly náklady vyčísleny při současných odhadech počtu diagnostikovaných pacientů. Náklady na částečné proplácení bezlepkových potravin by se pohybovaly kolem 100 milionů. V následujících letech se může očekávat nárůst pacientů, kterým bude diagnostikována celiakie, a to z toho důvodu, že v dnešní době se v případě dětí více myslí na možnost diagnózy celiakie při celé řadě zdravotních obtíží, kterými mohou děti trpět. Na druhé straně nebude umírat velké množství diagnostikovaných pacientů z toho důvodu, že se v současnosti předpokládá, že není příliš pacientů ve vyšším věku, kterým by byla diagnostikována celiakie. V budoucnu se může předpokládat díky lepší diagnostice, že nárůst pacientů nebude tak výrazný, protože bude umírat a rodit se podobný počet diagnostikovaných pacientů s celiakií. V rámci tohoto předpokladu by bylo vhodné, aby se přispívaná částka dala aktualizovat podobně jako je tomu v Argentině, aby nedošlo k situaci, kdy by tyto úhrady nepřiměřeně zatížily zdravotní systém. I z tohoto důvodu je vhodné zavést statistické sledování této diagnózy.

Pokud by na základě statistického sledování pacientů s celiakií došlo k názoru, že by bylo finančně neúnosné proplácet výše zmíněnou částku nebo i jinou nižší částku všem pacientům s diagnostikovanou celiakií, mohl by se příspěvek poskytovat například pouze rodinám, které žijí v jedné domácnosti a mají tři a více osob, jimž byla diagnostikována celiakie. Nebo by se mohlo uvažovat o poskytování příspěvků pouze dětem a studentům do 26 let. Pokud by bylo finančně únosné přispívat i dalším osobám s diagnostikovanou celiakií, mohla by se určit hranice příjmu a pokud by diagnostikovaný pacient s celiakií měl menší měsíční příjem, než by byla stanovená hranice, tak by měl nárok na částečné proplácení nákladů na bezlepkové potraviny.

V rámci diplomové práce byla zkoumána problematika intolerance laktózy. Na základě polostrukturovaných rozhovorů bylo zjištěno, že ani lékaři ani patientské organizace zaměřené na celiakii nemají zájem řešit toto zdravotní omezení. A to především proto, že primární intolerance laktózy, která je nejčastější, je přirozená. Patientské organizace zaměřené na celiakii by se mohly zabývat sekundární intolerancí laktózy vyvolanou celiakií. Tato laktózová intolerance je však dočasná a při dodržování bezlepkové diety mizí. Z dotazníkového šetření také vyšlo, že pouze 23,4 % respondentů muselo držet po diagnostikování celiakie také bezlaktózovou dietu. Při průzkumu finanční náročnosti na bezlaktózovou dietu vyšlo, že bezlaktózové potraviny jsou oproti běžným potravinám sice dražší, ale v ceně není tak výrazný rozdíl jako u bezlepkových potravin. Z toho důvodu jsou také roční náklady na racionální stravování při bezlaktózové dietě méně náročné než u bezlepkové diety. Pacienti

s intolerancí laktózy zaplatí v průměru o 4 600 Kč za rok více oproti běžnému stravování. Tato částka není natolik zatěžující jako při bezlepkové dietě, a to i v případě, že by v domácnosti žilo více osob, které trpí intolerancí laktózy. Autorka proto dále neuvažovala, že by bylo potřeba zavést v České republice proplácení nákladů, které pacientům vznikají při bezlaktózové dietě. Obecně se dle provedeného výzkumu a získaných názorů od expertů nemusejí přijímat konkrétní systémová opatření týkající se přímo intolerance laktózy, protože není příliš snížena kvalita života pacientů.

Jak již bylo zmiňováno výše v textu, je v dnešní době na velmi dobré úrovni diagnostika celiakie v dětském věku. Toto potvrzují jak lékaři, tak i patientské organizace, se kterými byl veden polostrukturovaný rozhovor. Velmi diskutované téma ze stran expertů byla ale diagnostika celiakie u dospělých pacientů. Zatímco lékaři na jedné straně mluvili o tom, že i diagnostika dospělých je na velmi dobré úrovni a je dodržován metodický pokyn pro screening celiakie, tak patientské organizace názoru dobré diagnostiky u dospělých lidí oponovaly. V rámci zjištění těchto rozdílných stanovisek se v dotazníkovém šetření zjišťovalo, zda byli vyšetřeni na celiakii také příbuzní prvního stupně osoby, již byla diagnostikována celiakie tak, jako tomu má být dle postupu uvedeného v metodickém pokynu pro screening celiakie. V 65,5 % případů od dotázaných respondentů se neprovedla diagnostika celiakie u příbuzných prvního stupně nebo byla provedena až poté, co si o to sami pacienti zažádali. Z toho výsledku vyplývá, že aplikace metodického pokynu pro screening celiakie je velmi nedostačující a pozornost by se měla zaměřit na edukaci především praktických lékařů, aby tento pokyn dodržovali.

Z výše uvedené diskuze vyplývají následující možná systémová opatření pro Českou republiku.

- Upravit zákon č. 180/2016 Sb. ve smyslu rozšíření jeho znění o stanovení mezi stopového množství daných potravinových alergenů, aby dodržování těchto mezi bylo právně vynutitelné a sankcionované v případě jeho nedodržení.
- Upravit vyhlášku č. 107/2005 Sb. o školním stravování, kde by se zavedla povinnost školních jídelen připravovat stanovená dietní jídla pro žáky, u kterých to vyžaduje jejich zdravotní stav na základě potvrzení od lékaře. Dále zanechat povinnost zřizovatele těchto školních zařízení podílet se na financování zavedení a fungování procesu připravování dietních jídel.
- Zřídit patientskou organizaci zaměřenou obecně na potravinové alergie a intolerance.
- Navázat efektivnější spolupráci mezi patientskými organizacemi a občanskými sdruženími zaměřujícími se na celiakii a tím posílit jejich roli při vyjednávání se státním aparátem.
- Zavést statistické sledování diagnózy celiakie Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR na základě vytvoření národního zdravotního registru celiakie,

a to ve spolupráci s patientskými organizacemi a Českou gastroenterologickou společností.

- Zavést do úhrad z veřejného zdravotního pojištění částečné proplácení potravin na bezlepkovou dietu ve výši 6 000 Kč za rok na osobu s diagnostikovanou celiakií.
- Zaměřit se na větší edukaci praktických a jiných specializovaných lékařů na diagnostiku celiakie a dodržování metodického pokynu pro screening celiakie. Edukaci by měla zajišťovat Česká gastroenterologická společnost, která by pořádala školení v diagnostice celiakie.
- Více posílit roli Ministerstva zdravotnictví v problematice celiakie a navázat spolupráci mezi Ministerstvem zemědělství ohledně značení potravinových alergenů, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ohledně dietního stravování ve školách.

Tato systémová opatření jsou primárně zaměřena na celiakii a měla by být přijata, aby se zvýšila kvalita života pacientů s celiakií a zmírnil se dopad zdravotních komplikací celiakie na zdravotní systém. První tři systémová opatření jsou však zaměřena obecně na zlepšení kvality života všech osob, které trpí některou z potravinových alergií či intolerancí.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo zkoumat dopady zákonodárství vztahujícího se k vybraným potravinovým alergiím a intolerancím ve zvolených zemích na zdravotní systémy a na pacienta.

Diplomová práce byla členěna tak, aby vedla k naplnění zadaného cíle. Autorka zkoumala současný stav zákonodárství vztahujícího se k potravinovým alergiím a intolerancím ve vybraných zemích a zkoumaly se dopady těchto zdravotních omezení na pacienta a na zdravotní systém. Z výsledku analýzy vyplývá, že problematika potravinových alergií a intolerancí se stává celospolečenským problémem a byla odhalena slabá místa v současné legislativě týkající se preventivního značení potravinových alergenů ve většině zkoumaných zemí. Zároveň bylo zjištěno, že Česká republika nemá přijata žádná legislativní opatření týkající se konkrétních potravinových alergií či intolerancí, kde by byla řešena podpora života pacientů trpících těmito zdravotními omezeními. Inspirativní prvky by mohla Česká republika čerpat z Argentinského legislativního rámce, kde byly přijaty zákony na podporu pacientů s celiakií.

V prostředí České republiky bylo dále v souladu s cílem diplomové práce identifikováno mnoho zainteresovaných stran ve zkoumané problematice. V rámci průzkumu byli ze zainteresovaných stran vybráni představitelé patientských organizací a lékařů, s nimiž byla řešena problematika celiakie a intolerance laktózy. Celiakie byla z pohledu expertů zajímavým tématem, kterým je třeba se zabývat. Z polostrukturovaných rozhovorů vyplynulo, že intolerance laktózy, která je v práci také zkoumána, nepředstavuje tak závažný problém, aby byla potřeba celospolečensky řešit.

Přínosem této práce je, že byl zmapován názor na život pacientů s celiakií z pohledu lékařů, patientských organizací i samotných pacientů. Hlavním zjištěním práce je absence českého legislativního rámce, který by podporoval kvalitu života pacientů s celiakií. Byl potvrzen problém s financováním bezlepkové diety a dietním stravováním ve školských stravovacích zařízeních. Zároveň byla propočítána náročnost bezlepkové diety, která se musí při celiakii dodržovat a bylo zjištěno, že bezlepkové potraviny jsou v průměru pětikrát dražší než běžné potraviny. Snížená kvalita života pacientů je způsobena právě problémy, které vznikají v souvislosti s tímto zdravotním omezením.

Jako výsledek tohoto průzkumu jsou v diskuzi nabídnuta systémová opatření pro Českou republiku, která autorka navrhla s ohledem na zvýšení kvality života pacientů s celiakií. Konkrétně se opatření týkají doplnění příslušného zákona o oblast značení stopového množství alergenů, upravení vyhlášky o školním stravování o dietním stravování, zřízení patientské organizace zaměřené na potravinové alergie a intolerance,

zavedení sledování diagnózy celiakie a začlenit do úhrad částečné proplácení bezpečných potravin. Práce v sobě skrývá další potenciál v možnosti detailně rozpracovat jednotlivá navrhnutá systémová opatření a vytvořit k nim konkrétní legislativní rámec, který by se dal aplikovat do českého zákonodárství.

Cíl diplomové práce tak, jak je stanoven v zadání, byl splněn.

Seznam použité literatury

1. NWARU BI, Hickstein L, Panesar SS, Roberts G, Muraro A a Sheikh A on behalf of the EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. Prevalence of common food allergies in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Allergy* 2014; 69: 992–1007. Dostupné také z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.12423/full>
2. SICHERER, Scott H. Epidemiology of food allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* [online]. 2011, 127(3), 594-602 [cit. 2017-06-02]. DOI: 10.1016/j.jaci.2010.11.044. ISSN 00916749. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091674910018683>
3. CORNELISSE-VERMAAT, Judith R., Sylvia PFAFF, Jantine VOORDOUW, George CHRYSOCHOIDIS, Gregory THEODORIDIS, Lois WOESTMAN a Lynn J. FREWER. The information needs and labelling preferences of food allergic consumers: the views of stakeholders regarding information scenarios. *Trends in Food Science & Technology*. 2008, 19(12), 669-676. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2008.08.003>. ISSN 0924-2244. Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924224408002264>
4. CANADA. Food and Drug Regulations C.R.C., c. 870. Current to April 25, 2017. Last Amended on March 14, 2017. In: *Justice Laws Website* [online]. [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/regulations/C.R.C.,_c._870/FullText.html
5. AUSTRALIA. Australia New Zealand Food Standards Code – Standard 1.2.3 Information requirements – warning statements, advisory statements and declarations. F2017C00308. As at 13 April 2017. In: *Federal Register of Legislation*. [online]. [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <https://www.legislation.gov.au/Details/F2017C00308>
6. Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1169/2011 ze dne 25. října o poskytování informací o potravinách spotřebitelům, o změně nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1924/2006 a (ES) č. 1925/2006 a o zrušení směrnice Komise 87/250/EHS, směrnice Rady 90/496/EHS, směrnice Komise 1999/10/ES, směrnice Evropského parlamentu a Rady 2000/13/ES, směrnic Komise 2002/67/ES a 2008/5/ES a nařízení Komise (ES) č. 608/2004. In: *EUR-Lex* [online]. Úřad pro publikace Evropské unie [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/ALL/?uri=CELEX:32011R1169>
7. ČESKO., Zákon č. 110 ze dne 24. dubna 1997 o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 38, 2178-2188. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-110/zneni-20170401> ISSN 1211-1244.

8. SUISSE. 817.022.21 Ordonnance du DFI sur l'étiquetage et la publicité des denrées alimentaires (OEDAI) du 23 novembre 2005 (Etat le 25 mars 2014). [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20050161/201403250000/817.022.21.pdf>
9. USA. U.S. Food And Drug Administration. *Food Allergen Labeling and Consumer Protection Act of 2004*. Public Law 108-282, Title II. 118 STAT 906-911. 2 August 2004. [online]. FDA, 2004. Updated 11/29/2016.[cit. 2017-05-08].. Dostupné z: <https://www.fda.gov/Food/GuidanceRegulation/GuidanceDocumentsRegulatoryInformation/Allergens/ucm106187.htm>
10. ARGENTINA. Ley 18284 Código Alimentario Argentino. Actualizado al 2/2017. In: *ANMAT* [online]. [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: http://www.anmat.gov.ar/alimentos/normativas_alimentos_caa.asp
11. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. *Codex alimentarius: food labelling complete texts. Revised 2001*. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization, 2001. ISBN 92-5-104679-4.
12. CANADA. Guidelines for safety assessment of novel foods Volume II. September, 1994. [online]. [cit. 2017-05-19]. Dostupné z: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H43-4-1-1994-2E.pdf>
13. *Health Canada* [online]. Ottawa, 2017 [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <http://www.hc-sc.gc.ca/index-eng.php>
14. *Gluten-free certification program* [online]. Milton, 2017 [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <http://www.glutenfreecert.com/>
15. Food allergies. *Food Standards Australia New Zealand* [online]. © 2015. [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <http://www.foodstandards.gov.au/consumer/foodallergies/Pages/default.aspx>
16. *Allergen Bureau: Informing the food industry*. [online]. Hobart, © 2016 [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <http://allergenbureau.net/>
17. ALLEN, Katrina J., Benjamin C. REMINGTON, Joseph L. BAUMERT, Rene W.R. CREVEL, Geert F. HOUBEN, Simon BROOKE-TAYLOR, Astrid G. KRUIZINGA, a Steve L. TAYLOR. Allergen reference doses for precautionary labeling (VITAL 2.0): Clinical implications. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. **133**(1), 156-164. DOI: 10.1016/j.jaci.2013.06.042. ISSN 0091-6749. Dostupné také z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2013.06.042>
18. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2000/13/ES ze dne 20. března o sblížení právních předpisů členských států týkajících se označování potravin, jejich obchodní úpravy a související reklamy. In: *EUR-Lex* [online]. Úřad pro publikace Evropské unie [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/HTML/?uri=CELEX:32000L0013&from=en>
19. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2003/89/ES ze dne 10. Listopadu 2003, kterou se mění směrnice 2000/13/ES, pokud jde o uvádění složek přítomných v potravinách. In: *EUR-Lex* [online]. Úřad pro publikace Evropské unie [cit. 2017-

- 05-08]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=celex:32003L0089>
20. PAVELKOVÁ, Kateřina. Označování potravin z hlediska obsahu lepku. In: *Státní zemědělská a potravinářská inspekce* [online]. 26. 05. 2017. [cit. 2017-11-27]. Dostupné z: <http://www.szpi.gov.cz/clanek/oznacovani-potravin-z-hlediska-obsahu-lepku.aspx>
 21. PROVÁDĚCÍ NAŘÍZENÍ KOMISE (EU) č. 828/2014 ze dne 30. července 2014 o požadavcích na poskytování informací o nepřítomnosti či sníženém obsahu lepku v potravinách spotřebitelům. In: *EUR-Lex* [online]. Úřad pro publikace Evropské unie [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014R0828&from=EN>
 22. ČESKO. Zákon č. 180 ze dne 27. dubna 2016, kterým se mění zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky. 2016, částka 69, 2898-2928*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-180>
 23. SUISSE. 817.022.104 *Ordonnance du DFI sur les denrées alimentaires destinées aux personnes ayant des besoins nutritionnels particuliers (OBNP) du 16 décembre 2016 (Etat le 1er mai 2017)*. [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20143408/201705010000/817.022.104.pdf>
 24. SUISSE. OFFICE FEDERAL DE LA SANTÉ PUBLIC (OFSP). *Allergènes dans les denrées alimentaires: informations de base* [online]. 21 mars 2011 [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <https://www.service-allergie-suisse.ch/file/Food/Allergene%20in%20Lebensmitteln.pdf>
 25. USA. U.S. Department Of Health And Human Services. *U. S. Food and Drug Administration* [online]. FDA, 2017. [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <https://www.fda.gov/default.htm>
 26. ROSSO GROSSMAN, M., Food Labels and Labeling in the United States. *European Food & Feed Law Review* [online]. 2015, 10(2), 160-163. ISSN 1862-2720. [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b5fd2413-1800-46c6-a96e-6f2e6b7c7233%40sessionmgr4007&vid=5&hid=4206>
 27. DAHL, R. Allergen Labeling Takes Effect. *Environmental Health Perspectives*. 2006, 114(1), A 24. ISSN 0091-6765.[cit. 2017-04-21]. Dostupné také z: <http://80.web.a.ebscohost.com/dialog.cvut.cz/ehost/detail/detail?sid=ff7da7a9-0119-4c0b-a990-898dbc96cd8d%40sessionmgr4009&vid=0&hid=4104&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbtG12ZSZZY29wZT1zaXRl#AN=19315345&db=a9h>
 28. MURARO A, K. HOFFMANN-SOMMERGRUBER, T. HOLZHAUSER, L.K. POULSEN, M.H. GOWLAND, C.A. AKDIS, E.N.C. MILLS, N.

- PAPADOPOULOS, G. ROBERTS, S. SCHNADT, R. VANREE, A. SHEIKH, S. VIETHS a EAACI FOOD ALLERGY AND ANAPHYLAXIS GUIDELINES GROUP. EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines. Protecting consumers with food allergies: understanding food consumption, meeting regulations and identifying unmet needs. *Allergy*. 2014, **69**(11), 1464–1472. ISSN 0105-4538. Dostupné také z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.12453/full>
29. ALLEN, Katrina J., Paul J. TURNER, Ruby PAWANKAR, Stephen TAYLOR, Scott SICHERER, Gideon LACK, Nelson ROSARIO, Motohiro EBISAWA, Gary WONG, E. N. Clare MILLS, Kirsten BEYER, Alessandro FIOCCHI a Hugh A. SAMPSON. Precautionary labelling of foods for allergen content: are we ready for a global framework? *World Allergy Organization Journal*. 2014, **7**(1), 10. DOI: 10.1186/1939-4551-7-10. ISSN 1939-4551. Dostupné také z: <http://dx.doi.org/10.1186/1939-4551-7-10>
 30. TAYLOR, Steve L. a Joseph L. BAUMERT. Cross-Contamination of Foods and Implications for Food Allergic Patients. *Current Allergy and Asthma Reports*. 2010, **10**(4), 265-270. DOI: 10.1007/s11882-010-0112-4. ISSN 1534-6315. Dostupné také z: <http://dx.doi.org/10.1007/s11882-010-0112-4>
 31. FOOD SAFETY AUTHORITY OF IRELAND. *94% of Precautionary Food Allergen Labels are Unreliable*. [online]. Dublin, 2011 [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: https://www.fsai.ie/news_centre/press_releases/AllergenSurvey28062011.html
 32. DUNNGALVIN A, C.-H. CHAN, R. CREVEL, K. GRIMSHAW, R. POMS, S. SCHNADT, S.L. TAYLOR, P. TURNER, K.J. ALLEN, M. AUSTIN, A. BAKA, J.L. BAUMERT, S. BAUMGARTNER, K. BEYER, L. BUCCHINI, M. FERNÁNDEZ-RIVAS, K. GRINTER, G.F. HOUBEN, J. HOURIHANE, F. KENNA, A.G. KRUIZINGA, G. LACK, C.B. MADSEN, E.N. CLARE MILLS, N.G. PAPADOPOULOS, A. ALLDRICK, L. REGENT, R. SHERLOCK, J.-M. WAL a G. ROBERTS. Precautionary allergen labelling: perspectives from key stakeholder groups. *Allergy*. 2015; **70**(9), 1039–1051. ISSN 0105-4538. Dostupné také z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.12614/full>
 33. MARCHISOTTO, Mary Jane, Laurie HARADA, Opal KAMDAR, Bridgit M. SMITH, Susan WASERMAN, Scott SICHERER, Katie ALLEN, Antonella MURARO, Steve TAYLOR a Ruchi S. GUPTA. Food Allergen Labeling and Purchasing Habits in the United States and Canada. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2017, **5**(2), 345-351.e2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2016.09.020>. ISSN 2213-2198. Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213219816304202>
 34. MARCHISOTTO, M. J., L. HARADA, J. A. BLUMENSTOCK, L. A. BILAVER, S. WASERMAN, S. SICHERER, Y. BOLOH, L. REGENT, M. SAID, S. SCHNADT, K. J. ALLEN, A. MURARO, S. L. TAYLOR a R. S. GUPTA. Global perceptions of food allergy thresholds in 16 countries. *Allergy*, 2016, **71**(8), 1081–

1085. doi:10.1111/all.12933 ISSN 0105-4538. Dostupné také z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.12933/full>
35. REMINGTON BC, J.L. BAUMERT, W.M. BLOM, G.F. HOUBEN, S.L. TAYLOR a A.G. KRUIZINGA. Unintended allergens in precautionary labelled and unlabelled products pose significant risks to UK allergic consumers. *Allergy*. 2015; 70(7), 813–819. ISSN 0105-4538. Dostupné také z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.12625/full>
36. ZURZOLO, G. A., M. L., MATHAI, J. J. KOPLIN, a K. J. ALLEN. Precautionary allergen labelling following new labelling practice in Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health [online]*. 2013, 49(4), E306–E310. doi:10.1111/jpc.12138. [cit. 2017-0512]. ISSN 1034-4810. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpc.12138/full>
37. CREVEL, R. W. R., B. K. BALLMER-WEBER, T. HOLZHAUSER, J. O'B. HOURIHANE, A. C. KNULST, A. R. MACKIE, F. TIMMERMANS a S. L. TAYLOR. Thresholds for food allergens and their value to different stakeholders. *Allergy*. 2008, 63(5), 597–609. doi:10.1111/j.1398-9995.2008.01636.x. ISSN 0105-4538. Dostupné také z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1398-9995.2008.01636.x/full>
38. BJÖRKSTÉN, B., R. CREVEL, C. HISCENHUBER, M. LØVIK, F. SAMUELS, S. STROBEL, S.L. TAYLOR, J.M. WAL a R. WARD. Criteria for identifying allergenic foods of public health importance. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*. 2008, 51(1), 42-52. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2008.01.002>. ISSN 0273-2300. Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027323000800007X>
39. WARD, R., R. CREVEL, I. BELL, N. KHANDKE, C. RAMSAY a S. PAINE. A vision for allergen management best practice in the food industry. *Trends in Food Science & Technology*. 2010, 21(12), 619-625. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2010.09.004>. ISSN 0924-2244. Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924224410001986>
40. MILES, S., Fordham, R., Mills, C, Valovirta, E. a Mugford, M. (2005), Rámec Miles, S., Fordham, R., Mills, C., Valovirta, E. and Mugford, M. (2005), A framework for measuring costs to society of IgE-mediated food allergy. *Allergy*, 60: 996–1003. doi:10.1111/j.1398-9995.2005.00868.x
41. FOX, Margaret, Jantine VOORDOUW, Miranda MUGFORD, Judith CORNELISSE, Gerrit ANTONIDES a Lynn FREWER. Social and Economic Costs of Food Allergies in Europe: Development of a Questionnaire to Measure Costs and Health Utility.: Development of a Questionnaire to Measure Costs and Health Utility. *Health Services Research*. Wiley-Blackwell, 2009, 44(5p1), 1662-1678. ISSN 00179124. Dostupné také z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=43988401&site=ehost-live&scope=site>

42. WHOQOL: Measuring Quality of Life. *World Health Organization* [online]. ©2017 [cit. 2017-05-19]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
43. De Blok, B. M. J., Vlieg-Boerstra, B. J., Oude Elberink, J. N. G., Duiverman, E. J., DunnGalvin, A., Hourihane, J. O'B., Cornelisse-Vermaat, J. R., Frewer, L., Mills, C. and Dubois, A. E. J. (2007), A framework for measuring the social impact of food allergy across Europe: a EuroPrevall state of the art paper. *Allergy*, 62: 733–737. doi:10.1111/j.1398-9995.2006.01303.x
44. DUNN GALVIN, A. a J. O'B. HOURIHANE. Health-related quality of life in food allergy. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2016, 59(7), 841-848. DOI: 10.1007/s00103-016-2368-x. ISSN 14371588. Dostupné také z: <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-016-2368-x>
45. ANTOLÍN-AMÉRIGO, Darío, Luis MANSO, Marco CAMINATI, et al. Quality of life in patients with food allergy. *Clinical and Molecular Allergy*. 2016, 14(1), 4. DOI: 10.1186/s12948-016-0041-4. ISSN 14767961. Dostupné také z: <http://dx.doi.org/10.1186/s12948-016-0041-4>
46. FERRO MA, Van Lieshout RJ, Ohayon J, Scott JG. Emotional and behavioral problems in adolescents and young adults with food allergy. *Allergy* 2016; 71: 532–540. DOI: 10.1111 / all.12829
47. FOX, Margaret, Miranda MUGFORD, Jantine VOORDOUW, et al. Health sector costs of self-reported food allergy in Europe: a patient-based cost of illness study: a patient-based cost of illness study. *European Journal of Public Health*. 2013/10/01, 23(5), 757-762. ISSN 11011262. Dostupné také z: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt010>
48. JUTEL M, Angier L, Palkonen S, Ryan D, Sheikh A, Smith H, Valovirta E, Yusuf O, van Wijk RG, Agache I. Improving allergy management in the primary care network – a holistic approach. *Allergy* 2013; 68: 1362–1369. DOI: 10.1111/all.122587
49. FLABBEE, J., Petit, N., Jay, N., Guénard, L., Codreanu, F., Mazeyrat, R., Kanny, G. and Moneret-Vautrin, D. A. (2008), Original article: The economic costs of severe anaphylaxis in France: an inquiry carried out by the Allergy Vigilance Network. *Allergy*, 63: 360–365. doi: 10.1111/j.1398-9995.2007.01513.x
50. PATEL, Dipen A., David A. HOLDFORD, Eric EDWARDS a Norman V. CARROLL. Estimating the economic burden of food-induced allergic reactions and anaphylaxis in the United States. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2011, 128(1), 110-115.e5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2011.03.013>. ISSN 00916749. Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091674911004313>
51. AGACHE I, Ryan D, Rodriguez MR, Yusuf O, Angier E, Jutel M. Allergy management in primary care across European countries – actual status. *Allergy* 2013; 68: 836–843. DOI: 10.1111/all.12150

52. PINTO-SANCHEZ, Maria Ines, Elena F VERDU, Maria C GORDILLO, Julio C BAI, Stephen BIRCH, Paul MOAYYEDI a Premysl BERCIK. Tax-deductible provisions for gluten-free diet in Canada compared with systems for gluten-free diet coverage available in various countries. *Canadian Journal of Gastroenterology & Hepatology*. Pulsus Group, 2015/03/, 29(2), 104-110. ISSN 22912789. Dostupné také z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4373559/>
53. MADSEN, Charlotte B., René CREVEL, Chun-Han CHAN, Antony E.J. DUBOIS, Audrey DUNNGALVIN, Bertine M.J. FLOKSTRA-DE BLOK, M. Hazel GOWLAND, Sue HATTERSLEY, Jonathan O HOURIHANE, Pia NØRHEDE, Sylvia PFAFF, Gene ROWE, Sabine SCHNADT, Berber J. VLIEG-BOERSTRA. Food allergy: Stakeholder perspectives on acceptable risk. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*. 2010, 57(2–3), 256-265. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2010.03.003>. ISSN 0273-2300. Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0273230010000437>
54. ČESKO. MINISTERSTVO ZEMĚDĚLSTVÍ. *Ministerstvo zemědělství* [online]. Praha: Ministerstvo zemědělství, ©2009-2017 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://eagri.cz/public/web/mze/ministerstvo-zemedelstvi/>
55. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, ©2009-2017 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/>
56. ČESKO. MINISTERSTVO PRŮMYSLU A OBCHODU. *Ministerstvo průmyslu a obchodu* [online]. Praha: Ministerstvo průmyslu a obchodu, ©2005-2017 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <https://www.mpo.cz/>
57. ČESKO. MINISTERSTVO FINANCÍ. *Ministerstvo financí* [online]. Praha: Ministerstvo financí, ©2005-2013 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/>
58. ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/>
59. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ [online]. [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz>
60. STÁTNÍ ZEMĚDĚLSKÁ A POTRAVINÁŘSKÁ INSPEKCE. *Státní zemědělská a potravinářská inspekce* [online]. Brno: Státní zemědělská a potravinářská inspekce, © 2017 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://www.szpi.gov.cz/>
61. VÝZKUMNÝ ÚSTAV POTRAVINÁŘSKÝ PRAHA. *Výzkumný ústav potravinářský Praha* [online]. Praha: Výzkumný ústav potravinářský Praha, ©2016 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <https://www.vupp.cz/cs/uvod/>
62. MIKROBIOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR. *Mikrobiologický ústav AV ČR, v. v. i.* [online]. Praha: Mikrobiologický ústav AV ČR, ©2016 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://mbucas.cz/>

63. Občanské sdružení spotřebitelů TEST [online]. ©2016 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: https://www.dtest.cz/?gclid=CjwKEAjwr_rIBRDJzq-Z-LC_2HgSJADoL57H05S5fKZTnfS1b3Vbw9J-pwXpafq-VE68Az0CiwEhERoClafw_wcB
64. KOALICE OBČANSKÝCH SPOŘEBITELSKÝCH AKTIVIT ČR. [online]. [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: [http://www.mzp.cz/web/edice.nsf/8FB4B12A8965F479C1256FC80042E498/\\$file/16.pdf](http://www.mzp.cz/web/edice.nsf/8FB4B12A8965F479C1256FC80042E498/$file/16.pdf)
65. VAN DE BOVENKAMP, Hester M. a Margo J. TRAPPENBURG. Government Influence on Patient Organizations. *Health Care Analysis*. 2011, 19(4), 329-351. DOI: 10.1007/s10728-010-0155-7. ISSN 15733394. Dostupné také z: <http://dx.doi.org/10.1007/s10728-010-0155-7>
66. STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV. *Pacientské organizace* [online]. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv, © 2010 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/sukl/pacientske-organizace>
67. ČESKO. Zákon č. 280 ze dne 28. dubna 1992 České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. Praha: AION CS, 2017 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-280>
68. ČESKO. Zákon č. 551 ze dne 6. prosince 1991 České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. Praha: AION CS, 2017 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-551>
69. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR* [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, ©2015 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/>
70. VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Vojenská zdravotní pojišťovna ČR* [online]. Praha: Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, ©1993-2017 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <https://www.vozp.cz/cs/>
71. ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Česká průmyslová zdravotní pojišťovna* [online]. Ostrava – Vítkovice: ČPZP [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/main/index.php>
72. OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN A STAVEBNICTVÍ. *Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví* [online]. Praha: Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, ©2017 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://www.ozp.cz/>
73. ZAMĚSTNANECKÁ POJIŠŤOVNA ŠKODA. *Zaměstnanecká pojišťovna Škoda* [online]. Mladá Boleslav: Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, ©2016 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/>

74. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR* [online]. Praha: Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR, ©2017 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/>
75. REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA, ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna* [online]. Slezská Ostrava: Revírní bratrská pokladna, ©2017 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/>
76. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. dubna 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. Praha: AION CS, 2017 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast2>
77. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: ÚZIS ČR, ©2010-2017 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>
78. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/>
79. ČESKÁ SPOLEČNOST ALERGOLOGIE A KLINICKÉ IMUNOLOGIE. *Česká společnost alergologie a klinické imunologie* [online]. [Praha]: ČSAKI 2007-2017 [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <http://www.csaki.cz/>
80. GUJRAL, Naiyana, Hugh J FREEMAN a Alan BR THOMSON. Celiac disease: Prevalence, diagnosis, pathogenesis and treatment: Prevalence, diagnosis, pathogenesis and treatment. *World Journal of Gastroenterology: WJG*. Baishideng Publishing Group Co., Limited, 2012/11/14, 18(42), 6036-6059. DOI: 10.3748/wjg.v18.i42.6036. ISSN 1007-9327. Dostupné také z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3496881/>
81. KOHOUT, Pavel a Petr KOHOUT. Nákladnost dietního stravování oproti stravování běžnému: Závěrečná zpráva řešení projektu výzkumu. Praha, 2006, 37. Dostupné také z: <http://docplayer.cz/2772006-Nakladnost-dietniho-stravovani-oproti-stravovani-beznemu.html>
82. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
83. Výroční zpráva České školní inspekce za školní rok 2015/2016. Praha: Česká školní inspekce. ISBN 978-80-88087-09-0. Dostupné také z: http://www.csicr.cz/html/VZCSI2015_2016/html5/index.html?&locale=CSY&p n=237
84. ODBOR STATISTIKY CEN. Indexy spotřebitelských cen: metodická příručka pro uživatele [online]. Český statistický úřad. Praha, 2018 [cit. 2018-05-09]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/kdyz_se_rekne_inflace_resp_mira_inflace
85. BARRETT, J. S., IRVING, P. M., SHEPHERD, S. J., MUIR, J. G. and GIBSON, P. R. (2009), Comparison of the prevalence of fructose and lactose malabsorption across chronic intestinal disorders. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 30: 165–174. doi:10.1111/j.1365-2036.2009.04018.x. Dostupné také

- z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2009.04018.x/full?wv=1&url=/doi/10.1111/j.1365-2036.2009.04018.x/full®ionCode=CZ&identityKey=bcdd469f-4cca-48a8-b187-f8bd02a215f9>
86. STÁTNÍ ÚŘAD PRO KONTROLU LÉČIV. *Postup pro hodnocení dopadu do rozpočtu*: SP-CAU-027. Praha: SÚKL, 2012, str 3., Dostupné také z: www.sukl.cz/file/79997_1_1
 87. MAUSKOPF, Josephine. Budget-impact analysis of health care interventions. New York, NY: Springer Berlin Heidelberg, 2017. ISBN 9783319504803.
 88. Cílený screening celiakie: Metodický pokyn MZ ČR. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. 2011, č. 3, s. 51-54. [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_4741_2162_11.html
 89. FASANO, Alessio a Carlo CATASSI. Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease: An evolving spectrum: An evolving spectrum. *Gastroenterology*. Elsevier, 120(3), 636-651. DOI: 10.1053/gast.2001.22123. ISSN 0016-5085. Dostupné také z: <http://dx.doi.org/10.1053/gast.2001.22123>
 90. BIAGI, F. a G.R. CORAZZA. Clinical features of coeliac disease. *Digestive and Liver Disease*. Elsevier, 34(3), 225-228. DOI: 10.1016/S1590-8658(02)80197-9. ISSN 1590-8658. Dostupné také z: [http://dx.doi.org/10.1016/S1590-8658\(02\)80197-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1590-8658(02)80197-9)
 91. SKJERNING, Halfdan, Ruth O. MAHONY, Steffen HUSBY a Audrey DUNNGALVIN. Health-related quality of life in children and adolescents with celiac disease: patient-driven data from focus group interviews: patient-driven data from focus group interviews. *Quality of Life Research*. 2014, 23(6), 1883-1894. DOI: 10.1007/s11136-014-0623-x. ISSN 15732649. Dostupné také z: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-014-0623-x>
 92. ČESKO. Vyhláška č. 107 ze dne 25. února 2005 o školním stravování, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. Praha: AION CS, 2017 [cit. 2018-05-09]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-107>
 93. La ley celiaca Argentina. < www.ley-celiaca.com.ar/ > (Accessed March 2014)
 94. DE F TOLEDO, M.C. A need for harmonized legislation: perspectives in South America. *Journal of the Science of Food and Agriculture*. 2014, 94(10), 1958–1961. doi:10.1002/jsfa.6163. ISSN 0022-5142. Dostupné také z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jsfa.6163/full>
 95. VOORDOUW, Jantine, Judith Ruth CORNELISSE-VERMAAT, Sylvia PFAFF, Gerrit ANTONIDES, Dieter NIEMIETZ, Michael LINARDAKIS, Olga KEHAGIA a Lynn J. FREWER. Preferred information strategies for food allergic consumers. A study in Germany, Greece, and The Netherlands. *Food Quality and Preference*. 2011, 22(4), 384-390. DOI:

- <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2011.01.009>. ISSN 0950-3293. Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0950329311000188>
96. RUMBLE, Tracey, Alison WALLACE, Catherine DEEPS, Kirsti MCVAY, Margaret CURRAN, Jane ALLEN, John STAFFORD a Angela O'SULLIVAN. New food labelling initiatives in Australia and New Zealand. *Food Control*. 2003, **14**(6), 417-427. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0956-7135\(03\)00036-7](https://doi.org/10.1016/S0956-7135(03)00036-7). ISSN 0956-7135. Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0956713503000367>
97. HEFLE, Susan L., Terence J. FURLONG, Lynn NIEMANN, Heather LEMON-MULE, Scott SICHERER a Steve L. TAYLOR. Consumer attitudes and risks associated with packaged foods having advisory labeling regarding the presence of peanuts. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2007, **120**(1), 171-176. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2007.04.013>. ISSN 0091-6749. Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091674907007610>
98. COCHRANE, Stella Anne, M. Hazel GOWLAND, David SHEFFIELD a René Wilfrid Robert CREVEL. Characteristics and purchasing behaviours of food-allergic consumers and those who buy food for them in Great Britain. *Clinical and Translational Allergy*. 2013, **3**(1), 31. DOI: 10.1186/2045-7022-3-31. ISSN 2045-7022. Dostupné také z: <http://dx.doi.org/10.1186/2045-7022-3-31>
99. VAN HENGEL, Arjon J. Declaration of allergens on the label of food products purchased on the European market. *Trends in Food Science & Technology*. 2007, **18**(2), 96-100. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2006.07.012>. ISSN 0924-2244. Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924224406002469>
100. TURNER, P. J., I. J. SKYPALA, a A. T. FOX. Advice provided by Health Professionals regarding precautionary allergen labelling. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2014, **25**(3), 290–292. doi:10.1111/pai.12178. ISSN 0905-6157. Dostupné také z: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/exportCitation/doi/10.1111/pai.12178>
101. MARRA, Carlo A., Stephanie HARVARD, Maja GRUBISIC, Jessica GALO, Ann CLARKE, Susan ELLIOTT a Larry D. LYND. Consumer preferences for food allergen labeling. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*. 2017, **13**(1), 19. DOI: 10.1186/s13223-017-0189-6. ISSN 1710-1492. Dostupné také z: <http://dx.doi.org/10.1186/s13223-017-0189-6>
102. BEN-SHOSHAN, Moshe, Shashank SHETH, Daniel HARRINGTON, Lianne SOLLER, Joe FRAGAPANE, Lawrence JOSEPH, Yvan ST PIERRE, Sebastien LA VIEILLE, Susan ELLIOTT, Susan WASERMAN, Reza ALIZADEHFAR, Laurie HARADA, Mary ALLEN, Marilyn H. ALLEN a Ann E. CLARKE. Effect of precautionary statements on the purchasing practices of Canadians directly and indirectly affected by food allergies. *Journal of Allergy and Clinical*

- Immunology*. **129**(5), 1401–1404. ISSN 0091-6749. Dostupné také z: [http://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(12\)00316-8/fulltext](http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(12)00316-8/fulltext)
103. VOORDOUW, Jantine, Judith R. CORNELISSE-VERMAAT, Vassiliki YIAKOUMAKI, Gregory THEODORIDIS, George CHRYSOCHOIDIS a Lynn J. FREWER. Food allergic consumers' preferences for labelling practices: a qualitative study in a real shopping environment. *International Journal of Consumer Studies*. 2009, **33**(1), 94-102. ISSN 1470-6423. Dostupné také z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=35994535&site=ehost-live&scope=site>
104. ANSSON S-A, Protudjer JLP, Arnlind Heibert M, Bengtsson U, Kallström-Bengtsson I, Marklund B, Middelveld RJM, Rentzos G, Sundqvist AC, Åkerström J, Östblom E, Dahlén S-E, Ahlstedt S. Socioeconomic evaluation of well-characterized allergy to staple foods in adults. *Allergy* 2014; 69: 1241–1247. DOI: 10.1111/all.12443
105. PROTUDJER, Jennifer L.P., Sven-Arne JANSSON, Marianne HEIBERT ARNLIND, et al. Household Costs Associated with Objectively Diagnosed Allergy to Staple Foods in Children and Adolescents. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2015, 3(1), 68-75. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2014.09.021>. ISSN 22132198. Dostupné také z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213219814004474>
106. TANG, Mimi L.K. a Raymond MULLINS. Food allergy: is prevalence increasing? is prevalence increasing?. *Internal Medicine Journal*. Wiley/Blackwell (10.1111), 2017/03/05, 47(3), 256-261. DOI: 10.1111/imj.13362. ISSN 1444-0903. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1111/imj.13362>

Seznam tabulek

Tabulka 1 Přehled zákonů a organizací v jednotlivých zemích, které upravují značení alergenů	13
Tabulka 2 Přehled značených alergenů ve vybraných zemích [29]	19
Tabulka 3 Souhrnný přehled zjištěných informací [29]	20
Tabulka 4 Přehled ekonomických nákladů pro pacienta a zdravotní systém [40] ..	24
Tabulka 5 přehled regulátorů v České republice	29
Tabulka 6 přehled kontrolních a vynucovacích orgánů v České republice	29
Tabulka 7 přehled výzkumných institucí v České republice	30
Tabulka 8 přehled spotřebitelských institucí v České republice.....	30
Tabulka 9 přehled patientských organizací v České republice [66]	31
Tabulka 10 Přehled zdravotních pojišťoven v České republice	32
Tabulka 11 Přehled zdravotních služeb v České republice	33
Tabulka 12 Výběr zdravotních omezení.....	34
Tabulka 13 Výhody a nevýhody jednotlivých způsobů pomoci pro pacienty s celiakií [52] [Rozhovory s patientskými organizacemi]	39
Tabulka 14 Rozdíl průměrné ceny mezi bezlepkovými a normálními potravinami	55
Tabulka 15 Cena na 1 kg potravinu	55
Tabulka 16 Rozdíl mezi dražšími a levnějšími bezlepkovými potravinami.....	57
Tabulka 17 Rozdíl ceny mezi bezlaktózovými a normálními potravinami.....	58
Tabulka 18 Cena na 1 kg/ 1 l potravinu.....	59
Tabulka 19 Rozdíl mezi dražšími a levnějšími bezlaktózovými potravinami.....	59
Tabulka 20 Rozdíl ceny pro bezlepkové i bezlaktózové stravování a normální stravování.....	60
Tabulka 21 Přehled odhadů expertů	64
Tabulka 22 Budoucí odhad pacientů s celiakií	65
Tabulka 23 Náklady VZP na pacienty s celiakií [69].....	67
Tabulka 24 Náklady ZPŠ na pacienty s celiakií [73]	67
Tabulka 25 Náklady ZPMV na pacienty s celiakií [74]	68
Tabulka 26 Náklady RBP na pacienty s celiakií [75].....	69

Tabulka 27 Náklady OZP na pacienty s celiakií [72].....	69
Tabulka 28 Odhad počtu pojištěnců, kteří jsou zařazeny v současnosti do systému proplácení bezlepkových potravin.....	72
Tabulka 29 Odhad vyplácené částky z veřejného zdravotního pojištění – Starý scénář.....	72
Tabulka 30 Odhad vyplácené částky z veřejného zdravotního pojištění – Nový scénář.....	73
Tabulka 31 rozdíl nového a starého scénáře.....	74
Tabulka 32 Citlivostní analýza – změna parametru: počet diagnostikovaných pacientů s celiakií.....	75
Tabulka 33 Citlivostní analýza - změna parametru: výše proplácené částky.....	76
Tabulka 34 Přehled zdrojů z databází vztahující se k problematice značení alergenů.....	105
Tabulka 35 Přehled zdrojů z databází vztahující se k problematice 2. kapitoly....	111
Tabulka 36 Návod k rozhovoru – obecná část.....	115
Tabulka 37 Návod k rozhovoru – doplňková část.....	116

Seznam obrázků

Obrázek 1 Postup vyhledávání článků a studií v databázích pro značení alergenů. 12	
Obrázek 2 Postup vyhledávání článků a studií v databázích 2. kapitoly.....	23
Obrázek 3 Schematické znázornění obecných aktérů v problematice potravinových alergenů a intolerancí.....	28
Obrázek 4 Popis zpracování rozhovorů [82].....	36
Obrázek 5 Přehled jednotlivých ministerstev.....	37
Obrázek 6 Dotazník vyplňuji:.....	45
Obrázek 7 Museli jste ze začátku bezlepkové diety držet také bezlaktózovou dietu?.....	45
Obrázek 8 Jakou pomoc od státu byste uvítali nejvíce?.....	46
Obrázek 9 Které potraviny preferujete?.....	46
Obrázek 10 Navštěvujete pravidelně gastroenterologa?.....	47
Obrázek 11 Jíte potraviny, které mají na obale uvedeno „může obsahovat stopy lepků“ nebo „může obsahovat lepek“?.....	47

Obrázek 12 Proč jíte/nejíte, které mají na obale uvedeno „může obsahovat stopy lepku“ nebo „může obsahovat lepek“?	48
Obrázek 13 Kdo přišel s nápadem, že byste mohl/a mít celiakii?	48
Obrázek 14 Nabídl praktický lékař/ pediatr vyšetření i ostatním členům Vaší rodiny, zda nemají celiakii, potom, co Vám byla diagnostikována?	49
Obrázek 15 Vaří Vašemu dítěti v mateřské škole nebo škole bezlepkovou stravu?	49
Obrázek 16 Vařili Vašemu dítěti v mateřské škole nebo škole bezlepkovou stravu před rokem 2015 než vyšla novela vyhlášky o školním stravování č. 107/2005?... ..	50
Obrázek 17 Jaký důvod uvedla mateřská škola nebo škola, že nebude vařit bezlepková jídla?	50
Obrázek 18 Připlácíte jídelně za to, aby Vašemu dítěti vařila bezlepkové jídlo? ...	51
Obrázek 19 Dostali jste příspěvek na péči pro Vaše dítě?.....	51

Příloha 1: Přehled zdrojů z databází vztahující se k problematice značení alergenů

Tabulka 34 Přehled zdrojů z databází vztahující se k problematice značení alergenů

Název článku	Rok	Původ autorů *	Použité metody	Řešená problematika	Výsledky
The information needs and labelling preferences of food allergic consumers: the views of stakeholders regarding information scenarios [3]	2008	NL, DE, GR	Sběr kvantitativních dat ze skupinových diskuzí	Výzkum zaměřený na proveditelnost zavádění nových strategií pro komunikaci o potravinových alergenech z hlediska hlavních zúčastněných stran	Používání informačně komunikačních technologií by mělo velký přínos pro spotřebitele pro lepší orientaci v nabídce potravin, ale zavedení této technologie má negativa ve vysokých nákladech zavedení. Zúčastněné strany se shodly na potřebě sjednocovat postupy při označování potravin
Criteria for identifying allergenic foods of public health importance [38]	2008	SE, UK, CH, NO, BE, US, FR	rešerše	Jaké uzákonit potravinové alergenů, posouzení řízení rizik s potravinovými alergiemi	Návrh způsobu, jak zhodnotit vědeckou literaturu o potravinové alergii z hlediska veřejného zdraví a návrh rámce pro rozhodování jako nástroje pro řízení rizik.
A vision for allergen management best practice in the food industry [39]	2010	UK	rešerše, kvantitativní vyhodnocení rizik potravinových alergenů	Jak sjednotit používání preventivního značení alergenů v potravinách	Vypracován návrh pro minimalizaci rizika pro alergické spotřebitele a zároveň maximalizovat výběr vhodných potravin.
EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines. Protecting consumers with food allergies: understanding food consumption, meeting regulations and identifying unmet needs [28]	2014	IT, AT, DE, DK, UK, CH, GR, NL, US,	Sběr kvantitativních dat ze skupinových diskuzí	Přehled o nedávných doporučeních při posuzování a řízení rizik v potravinářském průmyslu a dopady na koncového spotřebitele	Ke snížení rizika na přijatelnou úroveň je zapotřebí dobře proškoleného personálu při výrobě potravin a ve stravovacích zařízeních. Je potřeba certifikovaných referenčních materiálů a vzniku závazných právních limitů pro alergenů, které by mohli využívat výrobci potravin

Allergen reference doses for precautionary labeling (VITAL 2.0): Clinical implications [17]	2013	AU, US, UK, NL,	Systematická rešerše studií	Výzkum zaměřen na určení prahových dávek pro potravinové alergenů	Na základě 57 publikovaných studií zkoumající prahové hodnoty na vyvolání alergie způsobené potravinami, byly vytvořeny referenční hodnoty pro 11 nejběžnějších potravinových alergenů
A need for harmonized legislation: perspectives in South America [94]	2013	BR	Deskripce	Článek o postupech zavedení potravinových norem v Jižní Americe	Shrnutí problémů, kterým čelí mezinárodní organizace MERCOSUR při zavádění mezinárodních předpisů v oblasti potravin ve svých členských zemích Jižní Ameriky
Preferred information strategies for food allergic consumers. A study in Germany, Greece, and The Netherlands [95]	2011	NL, DE, GR, UK	Webový dotazník na předem vybrané skupince respondentů	Pohled spotřebitelů na různé strategie při označování potravinových alergenů	Většina respondentů upřednostňuje klasické etikety s označenými alergenů. Němečtí respondenti by uvítali slovníček pojmů, který by objasňoval některé složité výrazy. Naopak respondenti z dalších dvou zemí by upřednostnili před slovníčkem pojmů informačně komunikativní technologie. Důležitá je spolupráce všech zainteresovaných stran.
New food labelling initiatives in Australia and New Zealand [96]	2003	AU	Deskripce	Důvody pro zvedení globálnějšího značení potravinových alergenů v Austrálii a na Novém Zélandě	Zpráva o vzniku nových požadavků pro značení potravinových alergenů v Austrálii a Novém Zélandu

Food allergy: Stakeholder perspectives on acceptable risk [53]	2010	DK, UK, NL, IE, DE	Rešerše – HRQL dotazníky	Pohledy jednotlivých zainteresovaných skupin lidí na problematiku přijatelném riziku potravinové alergie	Většina zúčastněných stran je negativně ovlivněna potravinovými alergiemi (např. nejsou legislativně ukotveny žádné prahové hodnoty, které by už způsobovaly alergie). Předpoklad pro stanovení prahových hodnot je provedení systematického sběru dat z celého spektra potravinových alergií. Není reálná možnost pro nulové riziko a je potřeba se shodnout na přijatelném riziku potravinových alergií.
Precautionary allergen labelling: perspectives from key stakeholder groups [32]	2015	IE, UK, DE, US, AU, AT, BE, IT, ES, DK, GR, FR	Kvalitativní výzkum – focus group (Skupinové diskuze)	Shrnutí názorů všech zainteresovaných stran při preventivním značení alergenů s cílem definovat společnou ochranu zdraví a minimalizovat rizikové postupy.	Všechny zúčastněné strany tvrdí, že současné používání preventivního značení alergenů je nevýhodné pro spotřebitele. Problematika preventivního značení závisí na určení prahových dávek odkdy by měl být alergen uváděn.
Precautionary labelling of foods for allergen content: are we ready for a global framework? [29]	2014	AU, UK, JP, US, IT, DE, HK	Rešerše	Článek o tom, jak je v současnosti ve světě řešena otázka značení potravinových alergenů a jaké přínosy by mělo, kdyby se zavedl globální rámec pro zavedení značení potravinových alergenů.	Globální rámec by měl výhody pro spotřebitele a jejich lékaře. Aby bylo globální značení efektivní, muselo by se nařídit legislativně a výrobci by do svých výrobních procesů museli implementovat přesně dané nástroje pro hodnocení rizik.
Food Allergen Labeling and Purchasing Habits in the United States and Canada [33]	2017	CA, US, IT, UK	Dotazníkové šetření, následná analýza dat: vícenásobná logistická regrese, McNemarův test, chi-square test	Orientace spotřebitelů v preventivním označování alergenů.	Spotřebitelé si myslí mnoho mylných informací o preventivním značení alergenů a špatně se v této problematice orientují.

Consumer attitudes and risks associated with packaged foods having advisory labeling regarding the presence of peanuts [97]	2007	US	Dotazníkové šetření. Data vyhodnocena : χ^2 test	Analýza toho, zda spotřebitelé dbají na preventivní označování alergenů v roce 2003 a 2006.	Výsledky spotřebitelského průzkumu ukazují zvyšující se tendenci ignorování preventivního značení alergenů.
Characteristics and purchasing behaviours of food-allergic consumers and those who buy food for them in Great Britain [98]	2013	UK	Dotazníkové šetření – online	Studie zkoumá nákupní chování Britských spotřebitelů trpících alergickými reakcemi na různé potraviny.	Studie ukázala, že potravinové alergie jsou podceňovány, protože většina respondentů nikdy nehlásila alergickou reakci na určitou potravinu orgánům pro veřejné zdraví. Z výsledků také vyplývá, že většina respondentů riskuje při nákupu, i když jim hrozí závažná alergická reakce a preventivní označování potravin má velmi omezenou účinnost.
Declaration of allergens on the label of food products purchased on the European market [99]	2006	BE	Kvalitativní analýza dokumentů a textů	Zkoumání označování potravinových etiket po zavedení směrnice 2003/89 / ES.	I přes zlepšení značení alergenů stále přetrvávají obtíže při identifikaci alergenu na etiketě, ať už způsoben použitím nevhodné barvy textu nebo použitím různých označení pro stejný alergen.
Unintended allergens in precautionary labelled and unlabelled products pose significant risks to UK allergic consumers [35]	2015	NL, US	Kvantitativní analýza rizik	Posouzení rizik potravinových alergenů (mléka, pšenice, ořechů a arašídů) na balených potravinách s a bez preventivního značení alergenů ve Velké Británii.	Výsledky studie ukazují, že i výrobky, co nemají preventivní značení alergenů mohou alergeny obsahovat a jsou rizikem pro veřejné zdraví.
Precautionary allergen labelling following new labelling practice in Australia [36]	2013	AU	Kvalitativní analýza dokumentů a textů	Používání preventivního značení na etiketách v Australském Melbourne a cílem je zjistit různé typy pokynů na obalech.	Používání doporučených pokynů VITAL (Voluntary Incidental Trace Allergen Labelling) je nízké, dále se zjistilo, že 65 % všech zkoumaných potravin obsahovalo preventivní značení na jeden nebo více alergenů.

Advice provided by Health Professionals regarding precautionary allergen labelling [100]	2013	UK	Dotazníkové šetření založené na posouzení rizik při různých scénářích	Zkoumá názory a rady zdravotnických pracovníků na preventivní značení potravinových alergenů.	Rady jednotlivých zdravotnických pracovníků se velmi liší od úplného se vyhýbání potravinám nesoucích preventivní značení až po názory, že vyhýbání se těmto potravin není potřeba za určitých podmínek. Pouze malá část zdravotnických pracovníků také radí mít u sebe záchranné medikace.
Consumer preferences for food allergen labelling [101]	2017	NZ, CA	Dotazníkové šetření diskrétního výběru, sestaven na základě kvalitativní studie.	Studie měla za cíl prozkoumat preference spotřebitelů při značení potravin a zda existují různé podskupiny spotřebitelů s odlišnými preferencemi.	Na základě studie byly zjištěny 3 skupiny respondentů s různými preferencemi. Nejvíce přínosným bylo pro respondenty použití specifických symbolů při značení a používání bezpečnostního prohlášení typu "Neobsahuje...".
Effect of precautionary statements on the purchasing practices of Canadians directly and indirectly affected by food allergies [102]	2012	CA	Dotazníkové šetření	Zkoumá nákupní zvyklosti alergických spotřebitelů v závislosti na uváděných údajích na etiketách.	Respondenti pocházeli ze tří zdrojů (náhodný vzorek domácností přímo postižených potravinovou alergií, členové zájmových sdružení potravinových alergií a domácnosti nepřímo postiženy alergií na potraviny). Bylo zjištěno, že první skupina mnohem více ignoruje preventivní značení než další dvě skupiny.
Food allergic consumers' preferences for labelling practices: a qualitative study in a real shopping environment [103]	2008	NL, GR	Kvalitativní výzkum metodou hloubkového rozhovoru	Účastníci studie měli za úkol nakoupit 15 problematických potravin z předem daného seznamu.	Studie dokázala, že i po zavedení směrnice 2003/89 / ES nebylo značení alergenů na dobré úrovni.
Thresholds for food allergens and their value to different stakeholders [37]	2008	UK	Deskripce	Přehled o způsobech zjišťování prahových hodnot vytvořený projektem Europrevall.	Doporučení postupů pro vytváření studií o prahových hodnotách alergenů a shrnutí zainteresovaných stran o problému prahových hodnot.

Cross-Contamination of Foods and Implications for Food Allergic Patients [30]	2010	US	Deskripce	Zabývá se problematikou křížové kontaminaci.	Přehled, kde všude může dojít ke křížové kontaminaci.
Global perceptions of food allergy thresholds in 16 countries [34]	2016	US, CA, FR, UK, AU, DE, IT	Dotazníkové šetření	Tato studie zkoumá globálně spotřebitelské vnímání označování alergenů.	Studie ukázala, že pouze 16 % z celkového počtu dotazovaných by koupilo potravinu s označením "může obsahovat alergen...", jiné typy značení např. "může obsahovat stopy..." by už koupilo 25 % respondentů.

* Dvoupísmenné zkratky zemí dle normy ISO 3166-1

Příloha 2: Přehled zdrojů z databází vztahující se k problematice 2. kapitoly

Tabulka 35 Přehled zdrojů z databází vztahující se k problematice 2. kapitoly

Název článku	Rok	Původ autorů *	Použité metody	Řešená problematika	Výsledky
A framework for measuring costs to society of IgE-mediated food allergy [40]	2005	UK, BE	Rešerše	Ekonomický dopad na zúčastněné strany.	V rámci rešerše nebyly nalezeny žádné studie zkoumající náklady na potravinové alergie, byly pouze nalezeny studie týkající se jiných alergických stavů. Bylo identifikováno několik faktorů, které mohou mít vliv na odhad nákladů potravinových alergií a liší se v různých zemích.
Social and Economic Costs of Food Allergies in Europe: Development of a Questionnaire to Measure Costs and Health Utility [41]	2009	UK, NL	Dotazníkové šetření – Food Allergy Economic Questionnaire (FA-ECOQ)	Řeší sociální a ekonomické náklady na potravinové alergie v Evropě. Cílem bylo vytvořit dotazník, který shromáždí údaje o nákladech na potravinové alergie na úrovni jednotlivců.	Článek popisuje, jak byl dotazník sestaven. Dotazníkem se dají změřit náklady na potravinovou alergii z hlediska jedinců a domácností. Zhodnotit možnosti poskytování zdravotní péče.
Health sector costs of self-reported food allergy in Europe: a patient-based cost of illness study [47]	2013	UK, NL, ES, PL, GR, CZ, IT, FR, IS	Dotazníkové šetření (dotazník FA-ECOQ)	Studie zkoumající prevalenci a socio-ekonomické náklady na potravinové alergie.	Z vyhodnocení dotazníku vyplývá, že jedinci navštěvují průměrně za rok vícekrát zdravotnické zařízení než zdraví jedinci. Existuje významný růst nákladů s rostoucí závažností potravinové alergie. Předpokládá se, že náklady na těžkou formu potravinové alergie budou 2x vyšší než na mírnou formu.

Original article: The economic costs of severe anaphylaxis in France: an inquiry carried out by the Allergy Vigilance Network [49]	2008	FR	Cost of illness – zdola	Studie odhaduje ekonomická náklady na anafylaxi.	Průměrná cena anafylaxe byla 1895–5610 €.
Quality of life in patients with food allergy [45]	2016	ES, IT	Rešerše	Přehled literatury socio-ekonomických dopadů potravinové alergie na pacienty. A popis faktorů, které ve větší míře ovlivňují kvalitu života pacienta.	Uveden přehled specifických dotazníků, které se používají ke zhodnocení kvality života pacientů s potravinovou alergií a studií, kde byly použity.
Improving allergy management in the primary care network – a holistic approach [48]	2014	PL, UK, BE, FI, PK, NL, RO	Deskripce	Článek navrhuje v důsledku zvýšeného výskytu alergií a rostoucích nákladů zdravotnictví změnit model pro poskytování péče pro alergiky v Evropě.	Špatná kvalita péče o lidi s alergií je v důsledku nedostatku kvalifikovaných zdravotníků. Praktičtí lékaři by měli být lépe proškoleni ohledně alergií, aby dokázali poskytnout lepší péči.
Health-related quality of life in food allergy [44]	2016	IE	Deskripce	V článku se zkoumají kvalitativní a kvantitativní výsledky výzkumu dopadů potravinových alergií na každodenní život pacientů.	Diskutován problém při měření HRQL potravinových alergií. HRQL by měl být zkoumán v rámci kvantitativních teoretických rámců, aby byly zohledněny různé charakteristiky pacientů.
Emotional and behavioral problems in adolescents and young adults with food allergy [46]	2016	CA, AU	Specifické dotazníkové šetření – Child Behavior Checklist	Studie zkoumá vliv přítomnosti potravinové alergie u adolescentů (14 a 21 let).	U adolescentů s potravinovou alergií se často objevovaly emocionální a behaviorální problémy (především příznaky deprese, úzkost a ADHD).
A framework for measuring the social impact of food allergy across Europe: a EuroPrevall state of the art paper [43]	2007	NL, IE, UK	Deskripce	Zpráva EuroPrevall (výzkumný projekt Evropské unie, klade si za cíl zlepšit kvalitu života jedinců s potravinovou alergií).	Zkoumá sociální dopady potravinových alergií na pacienty. Studie HRQL se musí spojit s epidemiologickými údaji o výskytu potravinových alergií, jen tehdy zjistíme velikost sociálního dopadu.

Socioeconomic evaluation of well-characterized allergy to staple foods in adults [104]	2014	SE	Dotazníkové šetření FA-ECOQ	Studie zkoumá, jak se liší náklady dospělých jedinců s a bez potravinové alergie.	Rozdíl celkových nákladů je až ve výši 8164 €, přímé náklady se mezi skupinami příliš nelišily až na výdaje za léky, ale velký rozdíl byl u nepřímých nákladů, kde alergici trávili spoustu času s přípravou nebo nákupem jídla.
Household Costs Associated with Objectively Diagnosed Allergy to Staple Foods in Children and Adolescents [105]	2015	SE	Dotazníkové šetření FA-ECOQ	Studie zkoumá, jak se liší náklady v domácnostech s dětmi a dospívajícími s a bez potravinové alergie.	Celkové náklady domácností s dětmi nebo dospívajícími byli v obou případech vyšší.
Estimating the economic burden of food-induced allergic reactions and anaphylaxis in the United States [50]	2011	US	Cost of illness – zdola, retrospektivní analýza	Zjišťování přímých nákladů na zdravotní péči a nepřímé náklady vyvolané potravinovými alergiemi a anafylaxickou reakcí v USA.	První studie, která odhaduje ekonomickou zátěž potravinových alergií v USA. V roce 2007 byly vyčísleny celkové roční přímé náklady na potravinové alergie v USA na 225 milionů \$.
Food allergy: is prevalence increasing? [106]	2017	AU	Deskripce	Článek o zvyšování se prevalence potravinových alergií.	Přesné určení počtu jedinců s potravinovou alergií je znemožněno, kvůli nespolehlivým populačním odhadům, které využívají objektivní metody hodnocení. Na základě dostupných zdrojů můžeme očekávat globální růst výskytu potravinových alergií.
Health-related quality of life in children and adolescents with celiac disease: patient-driven data from focus group interviews [91]	2014	DK, IE	Kvalitativní výzkum – focus group (Skupinové diskuze)	Jaký dopad má celiakie na kvalitu života dětí a adolescentů.	Byla zjištěna velká rozmanitost toho, jaký má celiakie dopad na děti a adolescenty. Výsledky budou využity k sestavení speciálního dotazníku k měření HRQL u celiakie.

Allergy management in primary care across European countries – actual status [51]	2013	RO, UK, ES, PK, PL	Kvalitativní strukturovaný rozhovor	Postavení primární péče při diagnostice potravinových alergií.	Pokud by obvodní lékaři byli více vzdělaní v oblasti alergologie, předcházelo by se tak špatným diagnózám a přeplnění alergických klinik.
Tax-deductible provisions for gluten-free diet in Canada compared with systems for gluten-free diet coverage available in various countries [52]	2015	CA, AR	Deskripce	Článek zkoumá různé druhy finanční podpory pro lidi s celiakií.	Různé typy podpor mají své výhody a nevýhody. Je vhodné si položit také otázku, zda je vůbec potřeba poskytovat podporu, když spousta potravin je přirozeně bezpečných.

* Dvoupísmenné zkratky zemí dle normy ISO 3166-1

Příloha 3: Návod k rozhovoru

Tabulka 36 Návod k rozhovoru – obecná část

Témata	Otázky
Slabiny	<ul style="list-style-type: none"> • Co považujete v současné době za největší problém pro pacienty s celiakií? Podnikáte nějaké kroky pro řešení tohoto problému? • Jakou největší slabinu vidíte na systému fungování podpory pro pacienty s celiakií nebo intolerancí laktózy?
Značení potravin	<ul style="list-style-type: none"> • Vidíte na současném značení potravinových alergenů na potravinách nějaký výrazný nedostatek, který může vést až k snížení kvality života pacientů s celiakií? • Je značení alergenů na potravinách přehledné? Jsou přesná označení „bez lepku“ a „bez laktózy“ na potravinách? • Jaký je Váš názor na používání preventivního značení na potravinách typu „může obsahovat stopy ..., může obsahovat ...“? Jakým způsobem byste preferovali, aby se toto značení regulovalo? (zakázat, uvádět od určité hodnoty)
Systém organizace péče	<ul style="list-style-type: none"> • Zařadili byste celiakii mezi sledované diagnózy statistickým úřadem? • Myslíte, že by bylo vhodné zavést povinnost stravovacích zařízení ve školách a mateřských školách připravovat pro pacienty s celiakií bezlepkové stravování?
Financování	<ul style="list-style-type: none"> • Z jakých zdrojů by se dalo financovat dietní stravování ve školách? • Je adekvátní, aby pojišťovny poskytovaly pacientům s celiakií finanční pomoc?
Hráči	<ul style="list-style-type: none"> • Kdo by měl podnikat kroky při prosazování zájmů a řešení problémů související s celiakií nebo intolerancí laktózy? • Koho byste jmenovali, že patří do zainteresovaných stran v ČR? Jaké role by měli mít tyto hráči? Plní tyto role? • Má některá ze zainteresovaných stran snahu měnit situaci v neprospěch pacientů?
Podpora pacientů	<ul style="list-style-type: none"> • Zajímáte se o to, jak je v zahraničí řešena problematika celiakie? Pokud ano, je něco, v čem by se ČR mohla inspirovat?

Tabulka 37 Návod k rozhovoru – doplňková část

Témata	Otázky
Pacientské organizace	
Systém organizace péče	<ul style="list-style-type: none"> • Tlumočili jste problémy svých členů na jednáních Pacientské rady Ministerstva zdravotnictví a VZP? Pokud ano, jaké? A jaká byla odezva příslušných institucí? • Mnoho pacientů s celiakií zároveň trpí i například intolerancí laktózy. Snažíte se podporovat i věci, které by se týkaly zlepšení situace pro pacienty s intolerancí laktózy? • Co si slibujete od vzniku Pacientské rady? • Na jak problémy, které se týkají celiakie by se mělo upozornit prostřednictvím Pacientské rady? • Jaké všechny kroky by měly být podniknuty, aby se zlepšila kvalita života pacientů s celiakií?
Edukace	<ul style="list-style-type: none"> • Jakou formou komunikujete a edukujete pacienty s celiakií/alergií na lepek? Zaměřujete se také na obecnou veřejnost?
Spolupráce	<ul style="list-style-type: none"> • Poskytuje Vaše pacientská organizace pacientům poradenství, např. při výběru vhodných potravin? Spolupracuje s potravinovými řetězci? Pokud ano, jak? • V ČR existují oficiálně 2 pacientské organizace pro pacienty s celiakií. Spolupracujete spolu? Pokud ano, tak v čem? Spolupracujete i s jinými pacientskými organizacemi, popřípadě s odbornými společnostmi či lékaři?
Financování	<ul style="list-style-type: none"> • Co si myslíte o příspěvku na péči pro děti s diagnostikovanou celiakií? • Upřednostňovali byste spíše finanční pomoc nebo například vydávání receptů na speciální potraviny?
Lékaři	
Systém organizace péče	<ul style="list-style-type: none"> • Vzrůstají počty pacientů s celiakií nebo intolerancí laktózy za poslední roky? Sledujete počty těchto pacientů? ÚZIS žádné údaje neposkytuje, nemáte k dispozici Vy nějaké neoficiální statistiky? • Přicházejí pacienti za gastroenterologem sami od sebe nebo na doporučení praktického lékaře/pediatra? • Jak často tyto pacienti navštěvují gastroenterologa? Jaký je ideální počet návštěv, například za rok? • Využívají pediatři metodický pokyn MZ ČR pro cílený screening celiakie? Provádí se standardně screening celiakie u pacientů, kteří jsou

	k screeningu indikováni?
Zdravotní stav	<ul style="list-style-type: none"> • Jak je běžné, že pacienti s celiakií trpí i dalšími problémy například nesnášlivostí laktózy? • Jsou celiakie, alergie na lepek a intolerance laktózy častější než jiná metabolická a alergická onemocnění?
Edukace	<ul style="list-style-type: none"> • Co si myslíte o edukaci pediatrů a praktických lékařů pro rozpoznání celiakie či intolerance laktózy?
Financování	<ul style="list-style-type: none"> • Co si myslíte o poskytování příspěvku na péči pro děti s diagnostikovanou celiakií? Je potřeba? Pokud ano, pro jak staré děti?
Potraviny	<ul style="list-style-type: none"> • Obsahují bezlepkové potraviny všechny potřebné složky potravy a v dostatečné míře pro správný vývoj? • Jsou lepší přirozeně bezlepkové potraviny nebo potraviny, z kterých byl lepek odstraněn nebo nahrazen jinou látkou?

Příloha 4: Dotazníkové šetření

Dobrý den,

jsem studentkou 2. ročníku oboru Systémová integrace procesů ve zdravotnictví na Českém vysokém učení technickém. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který se týká problematiky celiakie, pro účely méj diplomové práce. Dotazník je určen pro pacienty s diagnostikovanou celiakií nebo rodiče, jejichž dítě má diagnostikovanou celiakií.

V diplomové práci se věnuji problematice toho, jaká systémová opatření by se mohla zavést v České republice pro zlepšení situace pacientů s diagnostikovanou celiakií. Tímto dotazníkem bych ráda zmapovala současnou situaci z pohledu pacienta. Velmi děkuji za vyplnění dotazníku.

Bc. Aneta Pospíšilová

1. Dotazník vyplňuji

- a. sám za sebe
- b. za svoje dítě, kterému byla diagnostikována celiakie

2. Museli jste ze začátku bezlepkové diety držet také bezlaktózovou dietu?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

3. Jakou pomoc od státu byste uvítali nejvíce?

- a. bezlepkové potraviny na recept
- b. peníze od pojišťovny po předložení účtů z nákupu BL potravin
- c. možnost odepsat si určitou částku z daní
- d. jiné (napište jakou)

4. Které potraviny preferujete?

- a. přirozeně bezlepkové potraviny
- b. potraviny, které jsou speciálně vyrobeny pro bezlepkovou dietu
- c. oboje

5. Navštěvujete pravidelně gastroenterologa?

- a. Ano
- b. Ne

- c. Nevím
- 6. Jíte potraviny, které mají na obale uvedeno „může obsahovat stopy lepku“ nebo „může obsahovat lepek“?**
- a. Ano jím pravidelně
 - b. Ne nejím
 - c. Jím je pouze někdy
- 7. Proč jíte/nejíte, které mají na obale uvedeno „může obsahovat stopy lepku“ nebo „může obsahovat lepek“?**
- a. Můj lékař řekl, že tyto potraviny mohu jíst
 - b. Můj lékař řekl, že tyto potraviny nejsou pro pacienty s celiakií vhodné
 - c. Mám po těchto potravinách zdravotní problémy
 - d. Mám informaci od patientské organizace, že tyto potraviny mohu jíst
 - e. Mám informaci od patientské organizace, že tyto potraviny nemohu jíst
 - f. Takové potraviny jím na základě vlastního přesvědčení
 - g. Takové potraviny nejím na základě vlastního přesvědčení
 - h. Jiné (napište, jaký máte důvod)
- 8. Kdo přišel s nápadem, že byste mohl/a mít celiakii**
- a. praktický lékař/ pediatr
 - b. gastroenterolog
 - c. jiný specializovaný lékař
 - d. napadlo mě to samo
 - e. napadlo to rodinu/ kamaráda
 - f. jiný (napište kdo)
- 9. Nabídl praktický lékař/ pediatr vyšetření i ostatním členům Vaší rodiny, zda nemají celiakii, potom, co Vám byla diagnostikována?**
- a. Ano, lékař sám nabídl vyšetření
 - b. Ne, lékař nenabídl vyšetření
 - c. Lékař provedl vyšetření až na naši žádost
 - d. Lékař neprovedl vyšetření ani na naši žádost
 - e. Nevím

Část s otázkami určené pouze pro rodiče dětí s diagnostikovanou celiakií

- 10. Vaří Vašemu dítěti v mateřské školce nebo škole bezlepkovou stravu?**
- Ano vaří
 - Nevaří, ale ohřívají mu jídlo přinesené z domova
 - Nevaří mu a odmítají ohřívát i jídlo z domova
 - Nevím
- 11. Vařili Vašemu dítěti v mateřské školce nebo škole bezlepkovou stravu před rokem 2015 než vyšla novela vyhlášky o školním stravování č. 107/2005?**
- Ano vařili
 - Ne nevařili
 - Nevím
 - V tuto dobu dítě nebylo v mateřské školce nebo ve škole
- 12. Jaký důvod uvedla mateřská škola nebo škola, že nebude vařit bezlepková jídla? (otázka pro ty, co odpověděli v otázce č. 10, že škola bezlepkové jídlo nevaří)**
- Žádný důvod neuvedla
 - Je to finančně náročnější a stát jim na to nic nepřispěje
 - Musely by si platit nutričního terapeuta
 - Zajištění bezlepkového jídla by bylo logisticky náročné
 - Jiný (napište jaký)
- 13. Připlácíte jídelně za to, aby Vašemu dítěti vařila bezlepkové jídlo? (otázka pro ty, kteří v otázce č. 10 odpověděli, že škola vaří bezlepkově)**
- Ano
 - Ne
 - Nevím
- 14. Dostali jste příspěvek na péči pro Vaše dítě?**
- Ne nedostali
 - O příspěvek jsme nežádali
 - Ano dostali (napište kolik let bylo Vašemu dítěti)

Příloha 5: Jídelníčky

1. Jídelníček

1. den	
Snídaně	chléb žitný (100 g, 1010 kJ), máslo (11 g, 345 kJ), šunka vepřová nejvyšší jakosti (100 g, 494 kJ)
Dopolední svačina	Skyr natur (175 g, 454 kJ)
Oběd	rýže bílá dlouhozrnná vařená (200 g, 1086 kJ), kuřecí čína se zeleninou (250 g, 870 kJ)
Odpolední svačina	ořechy mandle neloupané (20 g, 533 kJ), meruňky sušené (75 g, 914 kJ)
Večeře	vejce slepičí (100 g, 632 kJ), zelenina čerstvá rajčata, okurka, ledový salát (200 g, 177 kJ), olej olivový extra panenský (15 ml, 518 kJ), dalať (80 g, 881 kJ)
2. den	
Snídaně	ovesné vločky (60 g, 969 kJ) mléko polotučné 1,5 % tuku (300 ml, 595 kJ), exkluzivní hořká čokoláda Arriba 81 % kakaa Lidl (30 g, 682 kJ)
Dopolední svačina	banán (90 g, 354 kJ), ořechy mandle neloupané (10 g, 267 kJ), selský jogurt bílý 3,5 % tuku Hollandia (150 g, 397 kJ)
Oběd	brambory vařené bez slupky (300 g, 840 kJ), kuřecí stehno pečené (150 g, 308 kJ)
Odpolední svačina	knäckebrot žitný s vlákninou Racio (40 g, 589 kJ), pomazánka Hummus s rajčaty a bazalkou Toppo (40 g, 449 kJ)
Večeře	zelnáčka s uzeným tofú mrkev, koření, trocha celozrnné mouky (350 ml, 2254 kJ)
3. den	
Snídaně	selský jogurt bílý 3,5 % tuku Hollandia (200 g, 530 kJ), celozrnné lupínky špaldové s čokoládou Semix (70 g, 1134 kJ), ořechy mandle neloupané (20 g, 533 kJ)
Dopolední svačina	pomelo (250 g, 435 kJ), eidam sýr 30 %tuku, plátkový (51 g, 551 kJ)
Oběd	špagety boloňské omáčkou (300 g, 2619 kJ)

Odpolední svačina	Alpro soya puding vanilkový (200 g, 720 kJ), chia semínka (20 g, 439 kJ)
Večeře	chléb žitný (100 g, 1010 kJ), zelenina čerstvá rajčata, okurka, ledový salát (100 g, 88 kJ), pomazánka pažitková tvarohová (80 g, 542 kJ)
4. den	
Snídaně	kaše instantní pohanková Nominal (80 g, 1240 kJ), mandlové mléko Alpro (300 ml, 306 kJ), lněné semínko celé (20 g, 394 kJ)
Dopolední svačina	rýžové chlebičky v hořké čokoládě Lim bio (50 g, 1040 kJ)
Oběd	veganské pohankové rizoto (350 g, 2236 kJ)
Odpolední svačina	chlebaček žitný (50 g, 499 kJ), Patifu premiova tofu paštika delikates (50 g, 498 kJ)
Večeře	mozzarella Galbani (125 g, 1237 kJ), rajčata (250 g, 232 kJ), Focaccia (50 g, 566 kJ), olej olivový extra panenský (10 g, 345 kJ)
5. den	
Snídaně	chléb žitný Moskva Penam (100 g, 967 kJ), budapešťská pomazánka (5 g másla, 80 g tvarohu 723 kJ), paprika žlutá (150 g, 150 kJ)
Dopolední svačina	Alpro soya banana (250 ml, 665 kJ), simply pomeranč Racio (40 g, 643 kJ)
Oběd	zapečené brambory se sýrem, uzeninu, vejcem, cibulí, a česnekem (350 g, 2475 kJ)
Odpolední svačina	fazolová polévka (300 ml, 930 kJ)
Večeře	směs na tortily krutí maso zelenina (150 g, 645 kJ), tortilla wraps whole wheat celozrnná pšeničná (144 g, 1501 kJ)
6. den	
Snídaně	ovesné lívance s banánem (180 g, 1421 kJ), cottage sýr (200 g, 455 kJ)
Dopolední svačina	rohlík celozrnný (50 g, 587 kJ), lučina (30 g, 365 kJ), kedlubna bílá (100 g, 110 kJ)
Oběd	domácí hovězí polévka Pho (400 g, 2460 kJ)
Odpolední svačina	fit müsli tyčinka (30 g, 462 kJ), řecký jogurt bílý 0 % tuku

	(140 g, 334 kJ), konopné semínko jogurtové (10 g, 245 kJ)
Večeře	bramborák z trouby (200 g, 1583 kJ), tvaroh (100 g, 460 kJ), zelí kysané (100 g, 93 kJ)
7. den	
Snídaně	mléko polotučné 1,5 % tuku (200 ml, 396 kJ), palačinky domácí (240 g, 1440 kJ), džem jahodový (40 g, 397 kJ)
Dopolední svačina	ořechová tyčinka s arašídami, ořechy a medem Firts Nice (35 g, 802 kJ)
Oběd	pstruh na másle (190 g, 1262 kJ), bramborová kaše (150 g, 711 kJ), pečená zelenina Vitalité (100 g, 366 kJ)
Odpolední svačina	eidam sýr 30 % tuku, plátkový (68 g, 735 kJ), jablko (150 g, 356 kJ)
Večeře	kuskus vařený (200 g, 981 kJ), kuřecí prsa restovaná (150 g, 706 kJ), cuketa (100 g, 85 kJ), rajčata sušená v oleji (30 g, 211 kJ), zelené olivy (30 g, 174 kJ)

2. jídelníček

1. den	
Snídaně	tmavý toustový chléb 60 g, máslo 5 g, tvarohový sýr 30 g, rajče 100 g
Dopolední svačina	jogurt s ovocem 150 g, rohlík celozrnný 40 g
Oběd	polévka hovězí s kapáním 150 ml, hovězí maso 130 g, rajská omáčka 200 ml, těstoviny 80 g, zeleninový salát 150 g
Odpolední svačina	chléb slunečnicový 50 g, máslo 5 g, pomeranč 100 g
Večeře	rybí filé 150 g, brambory 150 g, okurkový salát 100 g
2. den	
Snídaně	ovesná kaše s ořechy a ovocem 150 g, jablko 100 g
Dopolední svačina	rohlík celozrnný 40 g, máslo 5 g, eidam 30 g
Oběd	zeleninová polévka 150 ml, vepřové maso na žampionech 120 g, kus-kus 60 g
Odpolední svačina	jogurt bílý 150 g, broskev 100 g
Večeře	zapečené brambory se šunkou a zeleninou 200 g, hlávkový salát 150 g
3. den	

Snídaně	corn flakes 30 g, banán 100 g, polotučné mléko 200 ml
Dopolední svačina	sójový rohlík 40 g, tvaroh 30 g, salátová okurka 50 g
Oběd	špenátová polévka 150 ml, pečený kuře 150 g, dušená rýže natural 100 g, mrkvový salát s ananasem 150 g
Odpolední svačina	bílý jogurt 150 g, jahody 60 g
Večeře	dýňový chleba 60 g, máslo 5 g, eidam 15 g, šunka 15 g, rajče 100 g
4. den	
Snídaně	chleba 60 g, rybí pomazánka 50 g, paprika 100 g
Dopolední svačina	ovocný salát s ořechy 150 g
Oběd	kmínová polévka 150 ml, svičková na smetaně 130 g, knedlík 80 g
Odpolední svačina	banánový koktejl 100 ml, trustový tmavý chléb 40 g
Večeře	tortellini se sýrovou omáčkou 150 g, míchaný salát 180 g
5. den	
Snídaně	celozrnná veka 60 g, máslo 5 g, tvarohový sýr 40 g, ředkvičky 50 g
Dopolední svačina	ovocný tvaroh s ovesnými vločkami 150 g
Oběd	luštěninová polévka 150 ml, sekaná pečeně 100 g, bramborová kaše 150 g, ledový salát 180 g
Odpolední svačina	ovocný jogurt 100 g, celozrnná sušenka 30 g
Večeře	pohanková kaše s ovocem a mandlemi 200 g, polotučné mléko 200 ml
6. den	
Snídaně	slunečnicová houska 60 g, máslo 5 g, šunková pěna 30 g, kedlubna 80 g
Dopolední svačina	puding s malinami 100 g
Oběd	kuřecí polévka s těstovinou 150 ml, pečený králík 150 g, dušená mrkev 150 g, pečené brambory 150 g
Odpolední svačina	ovocný salát s bílým jogurtem 150 g
Večeře	žitný chléb 80 g, humrová pomazánka 80 g, červená kapie 120 g

7. den	
Snídaně	vánočka 50 g, máslo 5 g, bílý jogurt 200 g
Dopolední svačina	rohlík dýňový 60 g, zeleninová pomazánka 40 g, rajče 100 g
Oběd	bulharská polévka 150 ml, hovězí maso 120 g, bramborový knedlík 100 g, dušený listový špenát 120 g
Odpolední svačina	ovocný koktejl 200 ml, celozrnná sušenka 30 g
Večeře	rizoto s drůbežím masem a zeleninou 200 g, šopský salát 170 g

3. jídelníček

1. den	
Snídaně	Vepřová šunka od kosti 100 g, žitný chléb 70 g, lučina 20 g
Dopolední svačina	BeBe Dobré ráno celozrnné s medem a oříšky 50 g, jahody 60 g
Oběd	Pečené kuřecí stehno 1 ks, bramborová kaše 150 g
Odpolední svačina	Větší jablko
Večeře	Mozzarella 125 g, rajče 200 g, rohlík celozrnný 40 g
2. den	
Snídaně	jogurt bílý 150 g, müsli 50 g
Dopolední svačina	sýr eidam 50 g, žitný chléb 70 g, máslo 20 g
Oběd	kuřecí vývar 150 ml, vepřový plátek 100 g, rýže 150 g
Odpolední svačina	Krůtí šunka 100 g, červená paprika 100 g
Večeře	Pečené bramborové plátky se sýrem 150 g, zeleninový salát 100 g
3. den	
Snídaně	sýr cottage 150 g, celozrnné pečivo 100 g
Dopolední svačina	BeBe Dobré ráno celozrnné s medem a oříšky 50 g, pomeranč 100 g
Oběd	boloňské špagety 250 g
Odpolední svačina	ovocný jogurt 200 g
Večeře	kuřecí na kari 100 g, rýže 100 g
4. den	

Snídaně	ovesná kaše 70 g, mléko polotučné 200 ml
Dopolední svačina	vařené vejce 2 ks, paprika 120 g, žitný chléb 70 g
Oběd	gulášová polévka 150 ml, rizoto se sýrem 200 g
Odpolední svačina	müsli tyčinka 35 g, sušené meruňky 50 g
Večeře	těstovinový salát s kuřecím masem 200 g
5. den	
Snídaně	jogurt 150 g, müsli 50 g
Dopolední svačina	gervais 40 g, celozrnný rohlík 40 g
Oběd	vepřový řízek 100 g, vařený brambor 150 g
Odpolední svačina	vepřová šunka 50 g, toustový chléb 100 g
Večeře	bramborák 200 g, salát se zelím 75 g
6. den	
Snídaně	vejce 3 ks, žitný chléb 70 g, máslo 10 g
Dopolední svačina	ovocný jogurt 200 g, mandle 10 g
Oběd	losos 130 g, bramborové hranolky 100 g, zelenina 100 g
Odpolední svačina	bábovka 75 g
Večeře	krutí šunka 50 g, mozzarella 60 g, celozrnný toust 100 g
7. den	
Snídaně	palačinky 120 g, džem 40 g
Dopolední svačina	vepřová šunka od kosti 100 g, žitný chléb 70 g, máslo 20 g
Oběd	polévka s vaječným kapáním 150 ml, grilované kuřecí řízky 150 g, vařený brambor 150 g, okurkový salát 100 g
Odpolední svačina	větší jablko
Večeře	sýr cottage 150 g, celozrnné pečivo 100 g