

Stížnostní mechanismus ve zdravotnictví v praxi: kvalitativní studie pacientské zkušenosti a institucionální odpovědi

Liga lidských práv, 2026
Mgr. Anna Indra Štefanides

Obsah

ÚVOD.....	2
METODOLOGIE.....	3
DESIGN STUDIE	3
DATOVÝ SOUBOR	3
CHARAKTERISTIKA POSKYTOVATELŮ.....	3
VÝBĚR PŘÍPADŮ.....	4
LIMITY STUDIE	4
ANALYTICKÝ POSTUP.....	4
ANONYMIZACE A PRÁCE S DATY	5
1. ORIENTACE A PROŽÍVÁNÍ PACIENTŮ A JEJICH BLÍZKÝCH PŘI ŘEŠENÍ NEGATIVNÍ ZKUŠENOSTI SE ZDRAVOTNÍ PÉČÍ.....	5
1.1 VZNIK NEGATIVNÍ ZKUŠENOSTI A HLEDÁNÍ POMOCI	5
1.2 NEJISTOTA A HLEDÁNÍ INFORMACÍ.....	6
1.3 ROZHODOVÁNÍ O DALŠÍM POSTUPU	6
1.4 BARIÉRY A (NE)VSTUP DO STÍŽNOSTNÍHO MECHANISMU	7
1.5 PROŽÍVÁNÍ SITUACE	8
1.6 OČEKÁVÁNÍ PACIENTŮ	9
SHRNUTÍ	10
2. KVALITA ODPOVĚDÍ NA STÍŽNOSTI.....	10
2.1 FORMÁLNÍ A OBSAHOVÁ KVALITA ODPOVĚDÍ	11
2.2 ARGUMENTAČNÍ STRATEGIE ODPOVĚDÍ: MEDICÍNSKÝ A PRÁVNÍ RÁMEC	13
2.3 PRÁCE S DŮKAZY A DOMINANCE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE	13
2.4 ROLE KRAJSKÝCH ÚŘADŮ A VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV	15
2.5 LIMITY KOREKTIVNÍ FUNKCE STÍŽNOSTNÍHO MECHANISMU	16
2.6 ZÁVĚR KAPITOLY: KLÍČOVÁ ZJIŠTĚNÍ.....	17
ZÁVĚR.....	19

Úvod

Stížnostní mechanismus ve zdravotnictví představuje jeden z klíčových nástrojů ochrany práv pacientů a zároveň významný zdroj informací o fungování zdravotnického systému. Prostřednictvím stížností mohou pacienti upozorňovat na možné nedostatky v poskytování zdravotní péče, komunikaci zdravotnického personálu či organizaci zdravotnických služeb. Současně mohou artikulovat svou zkušenost a očekávání vůči zdravotnickým institucím.

Navzdory této roli však není zřejmé, do jaké míry stížnostní mechanismus skutečně zachycuje a reflektuje patientskou zkušenost. Formální stížnosti totiž představují pouze část spektra problémů, které pacienti v souvislosti se zdravotní péčí prožívají. Řada situací zůstává artikulována neformálně, například prostřednictvím právního poradenství či konzultací, a do formálního stížnostního mechanismu vůbec nevstupuje.

Způsob vyřizování stížností je navíc ovlivněn institucionálním rámcem zdravotnických zařízení, který zahrnuje právní regulaci, organizační strukturu i profesní standardy zdravotnické péče. Tyto faktory mohou vést k tomu, že se odpovědi poskytovatelů zaměřují především na posouzení odborné správnosti postupu, zatímco širší aspekty patientské zkušenosti – zejména komunikace, informovanost, pocit respektu či důstojnosti – zůstávají upozaděny. Studie reflektuje také existenci Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví k vyřizování stížností (Věstník MZ ČR 8/2023), dále jen “Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví”, který stanoví principy efektivního řešení stížností.

Cílem této studie je analyzovat fungování stížnostního mechanismu ve zdravotnictví ve dvou vzájemně propojených rovinách. První rovina se zaměřuje na kvalitu odpovědi poskytovatelů zdravotních služeb na podané stížnosti. Druhá rovina sleduje orientaci pacientů a jejich blízkých v situacích negativní zkušenosti se zdravotní péčí, včetně způsobu, jakým tyto situace vnímají, interpretují a řeší.

Studie vznikla ve spolupráci s organizacemi, které se dlouhodobě věnují podpoře pacientů při uplatňování jejich práv. Organizaci **Juno Moneta** patří poděkování za poskytnutí vybraných případů stížností, v nichž asistuje stěžovatelům při průchodu stížnostním mechanismem. Dále byly případy a data čerpány z praxe a právní poradny organizace **Liga lidských práv**, která poskytuje pacientům a jejich blízkým podporu při řešení negativních zkušeností se zdravotní péčí.

Metodologie

Design studie

Studie má kvalitativní design a vychází z analýzy případů (case-based qualitative analysis). Jejím cílem je identifikovat tematické vzorce v patientských zkušenostech a ve způsobu, jakým na tyto zkušenosti reagují poskytovatelé zdravotních služeb. Analýza je zaměřena jak na obsah stížností, tak na kvalitu jejich vyřízení.

Datový soubor

Datový soubor tvoří dva typy případů, které odpovídají dvěma sledovaným rovinám studie:

1. **Formální stížnosti (n = 16)**

Jedná se o stížnosti podané pacienty nebo osobami blízkými (či jejich zástupci) podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Každý případ zahrnuje v archivu organizace Liga lidských práv dokumentaci k vyřízení stížnosti, zejména:

- a. podání stížnosti,
- b. vyjádření poskytovatele zdravotních služeb,
- c. případně další navazující dokumenty (např. vyjádření krajského úřadu nebo reakce stěžovatele).

Pro účely studie jsou v příloze přiloženy anonymizované odpovědi ze strany poskytovatele zdravotních služeb, případně krajského úřadu nebo veřejného ochránce práv. Dále jsou stížnosti zpracovány formou shrnutí a uvozujících citací.

2. **Dotazy z právní poradny (n = 40)**

Tyto případy představují podněty osob, které se obrátily na právní poradnu Ligy lidských práv s žádostí o pomoc v souvislosti s negativní zkušeností se zdravotní péčí. Obsahují popis situace, otázky klientů a jejich očekávání, přičemž nejsou formalizovány jako stížnosti. Citace byly jazykově upraveny (zejména doplnění diakritiky, úprava interpunkce a drobné stylistické úpravy) za účelem zlepšení jejich čitelnosti. Tyto úpravy však nezasahují do významu sdělení ani nemění obsah výpovědí. Původní znění dotazů, včetně navazujících odpovědí poradny, je archivováno u organizace Liga lidských práv.

Celkově dataset zahrnuje **56 případů**, které umožňují analyzovat jak formální fungování stížnostního mechanismu, tak širší kontext patientských zkušeností a jejich řešení. Stížnosti i dotazy jsou řazeny od nejstarších po nejnovější.

Charakteristika poskytovatelů

Analyzované případy zahrnují různé typy poskytovatelů zdravotních služeb:

- 13 případů se vztahuje k lůžkovým zařízením,
- 3 případy se týkají poskytovatelů mimo lůžkovou péči,
- 4 případy pocházejí ze zařízení, která disponují institutem nemocničního ombudsmana.

Geografické rozložení případů není rovnoměrné a odráží strukturu klientely právní poradny. Studie proto neusiluje o regionální srovnání, ale o identifikaci tematických vzorců napříč jednotlivými případy.

Výběr případů

Případy byly vybrány účelovým výběrem (purposeful sampling) s cílem zachytit různorodé situace relevantní pro fungování stížnostního mechanismu. Výběr zohledňoval:

- aktuálnost případů (u stížností jde o období od listopadu 2023 po duben 2026 a v případě dotazů z poradenské praxe o roky 2025–2026),
- typ poskytovatele (lůžková vs. ambulantní péče),
- institucionální kontext,
- tematickou různorodost situací.

Limity studie

Tato studie má několik omezení, která je třeba zohlednit při interpretaci jejích závěrů. Především je nutné zdůraznit, že datový soubor byl získán **účelovým výběrem (purposeful sampling)** a nejedná se o reprezentativní vzorek všech stížností ve zdravotnictví. Případy byly vybírány s cílem zachytit tematickou rozmanitost situací a umožnit hloubkovou kvalitativní analýzu, nikoli kvantitativní srovnání nebo zobecnění na celou populaci. Výsledky proto nelze interpretovat jako výpověď o četnosti jednotlivých jevů, ale jako identifikaci typických vzorců fungování stížnostního mechanismu.

S tím souvisí i **výběrové zkreslení (selection bias)** vyplývající z toho, že analyzované případy pocházejí převážně z klientů právní poradny a spolupracujících organizací. Lze předpokládat, že jde spíše o situace, které byly pro stěžovatele natolik závažné nebo komplikované, že vedly k vyhledání externí pomoci. Datový soubor tak může nadreprezentovat konfliktní nebo problematické případy a naopak nedostatečně zachycovat běžnou praxi vyřizování stížností bez výraznějších komplikací.

Dalším omezením je, že studie pracuje primárně s **dokumenty vzniklými v rámci stížnostního řízení** (stížnosti, odpovědi poskytovatelů, vyjádření krajských úřadů apod.). Tyto dokumenty představují institucionálně zprostředkovanou interpretaci událostí a nemusí plně zachycovat jejich faktický průběh. Analýza se proto zaměřuje především na to, **jak jsou situace popisovány a odůvodňovány**, nikoli na jejich objektivní medicínské posouzení.

Analytický postup

Analýza dat probíhala ve třech navazujících krocích:

1. otevřené kódování,
2. tvorba tematických kategorií,
3. komparativní analýza.

Zvláštní pozornost byla věnována kvalitě odpovědí poskytovatelů a jejich schopnosti věcně a přezkoumatelně reagovat na podané stížnosti.

Anonymizace a práce s daty

Všechny analyzované případy byly anonymizovány tak, aby nebylo možné identifikovat jednotlivé pacienty ani zdravotnické pracovníky. Při zpracování dat byl kladen důraz na ochranu citlivých údajů, zejména v případech týkajících se zdravotního stavu, psychiatrické péče nebo úmrtí.

Přílohou studie jsou pouze vybrané dokumenty, které představují vyjádření poskytovatelů zdravotních služeb, případně navazující rozhodnutí krajských úřadů nebo veřejného ochránce práv, a to vždy v anonymizované podobě. Dokumenty obsahující citlivé osobní údaje nebo informace umožňující identifikaci konkrétních osob nejsou zveřejňovány.

1. Orientace a prožívání pacientů a jejich blízkých při řešení negativní zkušenosti se zdravotní péčí

Tato část shrnuje, jak pacienti a jejich blízcí popisují negativní zkušenost se zdravotní péčí, jak se orientují v možnostech dalšího postupu a jaké emoce, očekávání a bariéry při řešení situace zmiňují. Analýza vychází z dotazů zaslaných do poradny Ligy lidských práv v období 1. 1. 2025 až 30. 4. 2026 (dotazy č. 1–40).

1.1 Vznik negativní zkušenosti a hledání pomoci

Spouštěčem kontaktu s poradnou je typicky situace, kdy pacient nebo blízký získá dojem, že péče byla nedostatečná, nesprávná nebo neetická, případně došlo k zásahu do práv pacienta. Často jde o zlomové momenty s výraznými následky (např. komplikace po porodu, neúspěšná léčba, úmrtí blízké osoby) (dotaz č. 5, 9, 10, 11, 14, 18, 24, 25, 26, 29, 34, 35, 37, 39).

Obdobné situace se objevují i ve formálních stížnostech. Například ve věci S10 rodina namítala, že po úmrtí pacienta nebyla včas informována a nebylo jí umožněno rozloučení se zemřelým, což vnímá jako zásah do důstojnosti blízkých.

Tazatelé přitom často formulují vlastní interpretaci situace jako „pochybení“ a současně hledají potvrzení, zda je tento výklad oprávněný (dotaz č. 11, 14, 16, 24, 25, 29, 33, 34, 35, 39). V některých případech je spouštěč vyjádřen jako naléhavá potřeba spravedlnosti nebo ukončení zásahu do práv (dotaz č. 1, 22, 23, 30).

1.2 Nejistota a hledání informací

Napříč dotazy dominuje výrazná nejistota ohledně fungování systému. Tazatelé se opakovaně ptají:

- jak postupovat
- jaké mají možnosti
- kam se obrátit



Typické formulace typu „jak postupovat“ či „co mám dělat“ se objevují ve velké části dotazů (dotaz č. 2, 3, 7, 10, 12, 13, 16, 19, 20, 25, 29, 31, 32, 34, 37, 38, 39, 40).

Nejistota je často prohlubována tím, že tazatelé již předtím oslovili více institucí bez jasného výsledku (např. dotaz č. 2, 22, 24, 26).

To ukazuje, že problém není jen nedostatek informací, ale i obtížná navigace systémem jako takovým. Tazatelé popisují situace, kdy opakovaně kontaktují různé aktéry, aniž by získali jednoznačné vedení nebo výsledek, např.: „*Volala jsem s mnoha právníky, lékaři, sociálními pracovníci a stále se nemůžu dobrat finální pomoci*“ (dotaz č. 2), nebo „*Nikdo se mým případem nechce zabývat a nikdo to nechce řešit... V mém případě kompletní systém selhal*“ (dotaz č. 22).

Vedle obecných dotazů se objevují i konkrétní právní otázky (např. přístup k dokumentaci, oprava údajů, anonymita stížnosti), které ukazují na potřebu orientace v základních pravidlech fungování systému (dotaz č. 3, 12, 20, 31, 38).

Typicky jde o otázky směřující k pochopení právních možností a limitů jednotlivých nástrojů: „*Rozumím tomu správně, že pokud by mi šlo o finanční kompenzaci, stížnost na nemocnici nestačí...?*“ (dotaz č. 12), nebo „*Je možné o dokumentaci požádat kdykoliv... a pokud údaje neodpovídají skutečnosti, lze s tím něco dělat?*“ (dotaz č. 31).

Zároveň se ukazuje nesoulad mezi formálním naplněním povinností a reálnou zkušeností pacienta – například situace, kdy je v dokumentaci uvedeno poučení, ale pacient jej nepovažuje za srozumitelné (dotaz č. 38).

Tento rozpor je v dotazech reflektován explicitně: „*Ve zdravotnické dokumentaci je uvedeno, že jsem byla poučena, nicméně toto poučení jsem nevnímala jako konkrétní a srozumitelné...*“ (dotaz č. 38).

1.3 Rozhodování o dalším postupu

Dotazy často zachycují moment, kdy se pacient nebo rodina rozhoduje, jaký nástroj využít – typicky mezi stížnostním mechanismem, soudním řešením, podnětem profesní komory nebo případně trestním oznámením.

Typické je dilema mezi stížnostním mechanismem a soudním řešením, zejména v otázkách kompenzace (dotaz č. 12, 21, 25, 29, 39).

Tazatelé se zde snaží pochopit, co lze jednotlivými nástroji reálně dosáhnout a jaké jsou jejich limity, například: „*Rozumím tomu správně, že pokud by mi šlo o finanční kompenzaci, stížnost na nemocnici nestačí a je nutné podat žalobu?*“ (dotaz č. 12), nebo „*Potřebuji poradit ohledně podání stížnosti, nároku na odškodnění a případného právního zastupování*“ (dotaz č. 29).

V některých případech je patrná eskalace – od žádosti o vysvětlení až po uvažování o právních krocích, zajištění důkazů či podání trestního oznámení (dotaz č. 15, 17, 34).

Zároveň se ukazuje, že pacienti často sledují více cílů současně a jejich motivace nelze redukovat pouze na jeden nástroj. Vedle sebe se objevuje snaha o uznání pochybení, nápravu situace, finanční kompenzaci i prevenci do budoucna (dotaz č. 9, 14, 21, 24, 25, 29, 34, 37, 39, 40).

Tento moment rozhodování se promítá i do formálních případů – například ve stížnosti S03 pacientka napadla rozšíření chirurgického výkonu bez odpovídajícího souhlasu poté, co se rozhodla situaci řešit formálně a dosáhnout jejího přezkoumání. Nebo ve stížnosti S12, kdy je zájem na finančním odškodnění, kde navíc nemocnice jednala tak, že věc předala k posouzení pojišťovně kvůli případnému mimosoudnímu vyrovnání.

1.4 Bariéry a (ne)vstup do stížnostního mechanismu

Podání stížnosti není automatickým krokem ani u závažných případů. Dotazy ukazují několik typů bariér, které ovlivňují, zda pacient nebo jeho blízcí vůbec stížnost podají.

1. Odklad a váhání

Pacienti či jejich rodiny často nejednají bezprostředně, ale až s odstupem, kdy situaci zpětně reflektují (dotaz č. 10, 11, 22, 34, 37). Časový odstup je přitom spojen s potřebou situaci pochopit a zhodnotit, zda má její řešení ještě smysl, a často i s postupným znovuotevíráním již uzavřených nebo odložených událostí.

Současně tento odklad představuje významný systémový limit stížnostního mechanismu. Stížnosti jsou v praxi často podávány s určitým časovým odstupem od události, což následně komplikuje jejich přezkoumatelnost – zejména v situacích, které nejsou plně zachyceny ve zdravotnické dokumentaci.

Tento efekt je patrný i ve formálních případech. Například ve věci S01 byl zákrok (sterilizace při porodu) proveden v lednu 2018, zatímco stížnost byla podána až v listopadu 2023, tedy s odstupem téměř šesti let. Následný přezkum se proto soustředil především na formální aspekty dokumentace a procesu souhlasu. Naopak v případě S06 (porod v březnu 2023, stížnost podaná v srpnu 2024) činil časový odstup přibližně jeden a půl roku, přesto poskytovatel argumentuje, že nelze průběh komunikace spolehlivě rekonstruovat, a opírá se primárně o zdravotnickou dokumentaci.

Tyto případy ukazují, že jak výrazný, tak i relativně kratší časový odstup může vést ke ztrátě přezkoumatelnosti situace. Odklad podání stížnosti je sice formálně přípustný – na rozdíl od některých jiných mechanismů není podání stížnosti podle zákona o zdravotních službách vázáno na pevnou lhůtu – v praxi však oslabuje její efektivitu a zvyšuje pravděpodobnost, že bude spor uzavřen jako neprokazatelný.

2. Strach a nejistota

Významnou bariérou je obava ze stresu, složitosti sporu a nejistota ohledně šancí na úspěch (dotaz č. 12, 16, 25, 29, 35, 39). Tazatelé často váhají, zda se do řešení situace vůbec pustit, přičemž zvažují nejen potenciální výsledek, ale i časovou, psychickou a finanční náročnost postupu.

3. Vyčerpání a situace péče

V některých případech samotná životní situace brání aktivnímu řešení – typicky při dlouhodobé péči o blízké osoby nebo při kombinaci zdravotního a sociálního zatížení (dotaz č. 2, 6, 7, 26). Bariérou zde není primárně nedostatek informací, ale omezená kapacita řešit další administrativní nebo právní kroky v situaci, kdy je hlavní prioritou zajištění péče.

4. Aktivní odrazování

Specifickou kategorií představují situace, kdy podání stížnosti přímo či nepřímo odrazuje zdravotnický personál nebo autorita zdravotnického zařízení (dotaz č. 36). Rozhodnutí nepodat stížnost tak může být ovlivněno nejen vnitřní nejistotou, ale i komunikací poskytovatele, která signalizuje nízkou šanci na úspěch nebo zpochybňuje smysl dalšího postupu.

Ve výsledku se ukazuje, že bariéry vstupu do stížnostního mechanismu nejsou pouze individuální, ale mají i systémovou povahu. Vedle osobní nejistoty a vyčerpání souvisejí s obtížnou orientací v systému a s nastavením komunikace ze strany zdravotnických zařízení, které může aktivně ovlivňovat rozhodnutí pacientů stížnost nepodat.

1.5 Prožívání situace

Emoční rovina je výrazná a strukturálně důležitá. Dotazy ukazují široké spektrum emocí, které doprovázejí negativní zkušenost se zdravotní péčí a významně ovlivňují další chování pacientů.

Bezprostřední emoce a stresové reakce

Dotazy obsahují projevy bezmoci (dotaz č. 7, 16, 22, 30), fyzické projevy stresu (dotaz č. 5) a silné psychické reakce spojené se šokem či traumatem (dotaz č. 10, 11, 34).

Tyto emoce se objevují zejména v situacích akutních zdravotních komplikací, úmrtí blízké osoby nebo zásahu do práv pacienta a často se promítají do dezorientace a nejistoty ohledně dalšího postupu.

Dlouhodobé vyčerpání a zátěž

Další skupinu tvoří vyčerpání a dlouhodobá zátěž spojená s péčí nebo řešením situace (dotaz č. 2, 6, 7, 26, 40).

Emoce zde nejsou jednorázové, ale reflektují kumulaci problémů, která omezuje schopnost pacientů aktivně řešit svou situaci a orientovat se v dostupných nástrojích.

Rozhořčení a pocit nespravedlnosti

Vedle bezmoci se objevuje také rozhořčení a silný pocit nespravedlnosti (dotaz č. 9, 24, 27, 34).

Tyto emoce často vznikají v reakci na vnímané bagatelizování problému ze strany zdravotnického personálu nebo institucí a mohou být impulsem pro další kroky, včetně podání stížnosti.

Ztráta kontroly, důstojnosti a svobody

V případech nedobrovolných zásahů (např. hospitalizace) se objevuje jazyk ztráty svobody a kontroly nad vlastní situací (dotaz č. 1, 23, 30).

Tyto dotazy reflektují zkušenost, kdy pacient vnímá své postavení jako faktickou ztrátu autonomie, což má zásadní dopad na jeho důvěru v systém.

Emoce přitom nejsou pouze doprovodným jevem negativní zkušenosti. Analýza ukazuje, že **přímo ovlivňují schopnost pacientů orientovat se v systému, rozhodovat o dalším postupu a využívat dostupné nástroje ochrany práv.**

1.6 Očekávání pacientů

Očekávání pacientů a jejich blízkých lze rozdělit do několika typů:

1. Náprava konkrétní situace: změna péče, opakování výkonu, získání dokumentace (dotaz č. 3, 4, 13, 15, 18, 27, 38)

2. Uznání pochybení a spravedlnost: potřeba potvrzení, že došlo k pochybení (dotaz č. 1, 5, 9, 16, 22, 34, 35)

3. Finanční kompenzace: odškodnění, náhrada škody (dotaz č. 12, 14, 21, 25, 29, 39)

4. Prevence a „princip“: velmi výrazný motiv – snaha, aby se situace neopakovala (dotaz č. 9, 28, 37, 40)

5. Ochrana blízkých osob: např. ochrana pečujících osob před přetížením nebo nátlakem (dotaz č. 2, 6)

Přestože se v části případů objevuje požadavek finanční kompenzace, analýza ukazuje, že tento motiv není dominantní. V řadě dotazů je explicitně formulováno, že primárním cílem je uznání pochybení a prevence do budoucna, nikoli finanční náhrada (např. dotaz č. 37: „Nejde nám o finanční obnos... jde o princip...“).

Identifikovaná očekávání pacientů odpovídají také závěrům metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví, podle něhož stěžovatelé očekávají zejména zapojení do procesu, nestranné přezkoumání, uznání pochybení a přijetí opatření, která zabrání opakování situace.

Shrnutí

Dotazy ukazují, že pacienti a jejich blízcí nevnímají řešení negativní zkušenosti pouze jako právní proces. Jde o komplexní situaci, v níž se prolíná:

- nejistota ohledně fungování systému
- potřeba orientace
- emoční zátěž
- závažné dopady na životní situaci
- a očekávání směřující nejen k nápravě, ale i k prevenci

Významným zjištěním je existence bariér již před vstupem do stížnostního mechanismu a rozdíl mezi formálním naplněním práv pacienta a jejich reálným prožitkem.

2. Kvalita odpovědí na stížnosti

Vedle samotného obsahu stížností je pro posouzení fungování stížnostního mechanismu klíčové, jakým způsobem na ně poskytovatelé zdravotních služeb reagují. Odpověď na stížnost představuje základní komunikační nástroj mezi pacientem a poskytovatelem, a zároveň jeden z mála momentů, kdy může dojít k vysvětlení postupu, reflexi případných pochybení nebo obnovení narušené důvěry.



Tato kapitola se proto nezaměřuje na to, zda byl konkrétní zdravotnický postup správný, ale na to, **jak je jeho správnost (nebo nesprávnost) komunikována a odůvodňována**. Vychází z analýzy případů S01–S16, u nichž jsou k dispozici jak stížnosti pacientů, tak odpovědi poskytovatelů, případně i následná vyjádření krajských úřadů a veřejného ochránce práv.

Analýza ukazuje, že odpovědi se liší nejen svou délkou a formální strukturou, ale především funkcí, kterou v systému plní. Zatímco v ideálním případě by odpověď měla poskytovat srozumitelné a konkrétní vysvětlení a případně přispět k nápravě pochybení, v praxi často slouží spíše jako nástroj **obhajoby postupu, minimalizace odpovědnosti nebo přesunu konfliktu do jiné roviny** (zejména medicínské či právní).

Důležitou roli přitom hrají i další aktéři systému. Odpovědi poskytovatelů jsou v řadě případů následně přezkoumávány krajskými úřady, které však zpravidla vycházejí ze zdravotnické dokumentace a odborných stanovisek, a často tak reprodukuje medicínský rámec nastavený poskytovatelem. Významnou korektivní roli může naopak sehrát veřejný ochránce práv, který v některých případech (zejména S05) přehodnocuje právní interpretaci a klade větší důraz na ochranu práv pacientů. Specifickou skupinu představují samostatní poskytovatelé (zejména ambulantní lékaři a porodní asistentka v případech S05, S13 a S15), u nichž se výrazněji projevuje posun k právnímu řešení stížností. V těchto případech dochází k zapojení externí právní pomoci a odpovědi mají často podobu právní obrany, případně vedou k úplnému ukončení komunikace ve prospěch právního zastoupení.

Následující podkapitoly pak systematicky rozebírají jednotlivé opakující se rysy odpovědí – od jejich formální kvality přes typické argumentační strategie až po roli institucionálních aktérů při jejich přezkumu.

2.1 Formální a obsahová kvalita odpovědí

V této podkapitole se soustředím na to, jak jsou odpovědi na stížnosti zpracované (forma, struktura, míra konkrétnosti) a nakolik skutečně reagují na otázky a jádro sporu, které stěžovatelé formulují. Už na úrovni formy je napříč případy S01–S16 patrné, že stížnostní mechanismus nemá jednotný „standard odpovědi“: některé reakce jsou výpravné a strukturované, jiné jsou velmi stručné a některé odpovědi využívají spíše obecná tvrzení či deklarace systému než práci s konkrétním případem. První zřejmý rozdíl je míra strukturovanosti. V některých případech poskytovatel (nebo nadřízený aktér) odpověď člení podle jednotlivých dotazů či bodů stížnosti a snaží se k nim dát stanovisko. V datasetu je jako „silný“ příklad tohoto přístupu uváděna odpověď u S16, kde je reakce koncipována po jednotlivých otázkách a současně obsahuje souhrn klinických okolností a závěrečné stanovisko; byť se tím zároveň spor překlápí do medicínského rámce, formálně jde o odpověď, která je pro čtenáře čitelná, kontrolovatelná a dohledatelná.

Na opačném pólu spektra stojí odpovědi, které sice formálně existují, ale neplní vysvětlující funkci, protože se vyhýbají věcnému vypořádání stížnostních bodů. Typickým příkladem je S13, kde poskytovatelka odmítá popis skutkového děje a



oznamuje, že „další komunikace bude probíhat přes právního zástupce“, čímž se stížnostní mechanismus prakticky uzavírá bez vysvětlení.

Druhý rozdíl se týká konkrétnosti – tedy zda odpověď poskytuje vysvětlení „k našemu případu“ (jak stěžovatelé často explicitně požadují), nebo se opírá o obecná tvrzení. U některých případů je odpověď rozsáhlá, ale přesto zůstává z podstatné části obecná: například u S14 odpověď nemocnice výrazně stojí na deklaracích kvality systému a vzdělávání personálu a současně zpochybňuje legitimitu stěžovatele („zprostředkovaně přepisujete informace, u kterých jste nebyl“), což snižuje její schopnost odpovědět na konkrétní námitky a posouvá jádro konfliktu z „co se stalo“ na „kdo si může stěžovat“.

Třetí rozdíl se projevuje v tom, zda odpověď pokrývá všechny roviny stížnosti, nebo se soustředí pouze na vybrané aspekty. Některé stížnosti obsahují vedle odborné roviny také silnou dimenzi komunikace, informovanosti a respektu (např. S06, S08). V těchto případech se opakovaně ukazuje, že poskytovatelé mají tendenci reagovat především na „tvrdé“ body (postup, dokumentace, standardy), zatímco subjektivní zkušenost pacienta zůstává spíše na okraji.

Čtvrtý rozdíl představuje tón odpovědí a postoj vůči stěžovateli. Některé odpovědi mají neutrální administrativní charakter, jiné obsahují prvky obrany reputace nebo protiútku. U S01 se například objevuje situace, kdy poskytovatel nejen odmítá stížnost, ale současně požaduje omluvu za poškození dobrého jména. Takové rámování může mít významný dopad na vnímání stížnostního mechanismu ze strany pacientů, protože signalizuje, že podání stížnosti může vést i k negativní zpětné reakci.

Tento způsob odpovědí přitom neodpovídá požadavkům metodického pokynu, který zdůrazňuje potřebu srozumitelného vysvětlení a komunikace přizpůsobené stěžovateli.

Do posuzování kvality odpovědí se promítá také skutečnost, že sami stěžovatelé často nemají jasnou představu o tom, jakého výsledku lze prostřednictvím stížnosti dosáhnout a jaká nápravná opatření mohou požadovat. Tento faktor se následně odráží v charakteru odpovědí, které se často soustředí na vysvětlení postupu nebo jeho obhajobu, aniž by explicitně reagovaly na očekávání stěžovatele.

Z uvedených příkladů vyplývá, že formální propracovanost odpovědi není rozhodujícím kritériem její kvality. Klíčové je, zda odpověď skutečně reaguje na otázky, které stěžovatel klade, a umožňuje porozumět posuzované situaci. V analyzovaných případech však často dochází k tomu, že odpovědi – bez ohledu na jejich délku – reinterpretovaly stížnost v jiném rámci, místo aby přímo adresovaly její jádro. Tím se snižuje jejich schopnost plnit funkci efektivního nástroje komunikace mezi pacientem a poskytovatelem.

Zvláštní pozornost byla v rámci analýzy věnována také tomu, zda a jak se do vyřizování stížností promítá existence nemocničního ombudsmana. U části poskytovatelů bylo možné dohledat, že institut ombudsmana byl v době podání stížnosti formálně zřízen. Z analyzovaných případů však vyplývá, že jeho zapojení do samotného vyřizování stížností není jednotné.



V některých případech stížnost vyřizuje jiný interní aktér, typicky právní oddělení nebo pracovník odpovědný za kvalitu (např. S01, S03), jinde je ombudsman v textu stížnostního řízení sice zmiňován, avšak není zřejmé, že by byl skutečně nositelem procesu vyřízení (např. S12). Pouze v omezené části případů je možné identifikovat, že stížnost byla vyřizována osobou, která je zároveň označena jako nemocniční ombudsman (např. S16).

Tato variabilita naznačuje, že samotná existence institutu ombudsmana automaticky neznamena jeho systematické zapojení do řešení konkrétních stížností. Z pohledu fungování stížnostního mechanismu tak zůstává otázkou, do jaké míry je role ombudsmana v praxi stabilně ukotvena a využívána jako samostatný a identifikovatelný prvek stížnostního procesu.

2.2 Argumentační strategie odpovědí: medicínský a právní rámec

Vedle formální kvality odpovědí se v analyzovaných případech (S01–S16) opakovaně objevují určité argumentační strategie, které zásadně ovlivňují, jakým způsobem je stížnost interpretována a vyhodnocována.

Nejvýraznějším rysem je dominance medicínského rámce, prostřednictvím kterého poskytovatelé překládají stížnosti do jazyka odborného posouzení. Stížnosti pacientů přitom často vycházejí z konkrétní zkušenosti – například pochybností o nezbytnosti zásahu, nedostatku souhlasu nebo selhání komunikace. Odpovědi se však systematicky opírají o kategorie jako indikace, riziko nebo správnost postupu, čímž se konflikt přesouvá z roviny zkušenosti do roviny odborného hodnocení. Tento přístup je patrný zejména u případů týkajících se porodnictví a péče o novorozence (např. S09, S11, S16).

Vedle medicínského rámce se uplatňuje také rámec organizační a provozní. V případech, které se dotýkají práv pacientů nebo jejich blízkých, jsou stížnosti vysvětlovány prostřednictvím pravidel fungování zdravotnického zařízení, kapacitních omezení nebo hygienických požadavků (např. S04, S08). Spor se tak neposuzuje primárně v rovině práv a individuální situace, ale jako otázka provozního nastavení. Další významnou rovinou je právní argumentace, která se objevuje zejména v případech týkajících se informovaného souhlasu, odpovědnosti nebo zákonných povinností. Typicky jde o situace, kdy je konflikt formulován nikoli jako spor o skutkový průběh, ale jako otázka právního výkladu (např. S15, S12). V části případů přitom dochází k posunu komunikace do právní roviny i formálně, například prostřednictvím zapojení právního zástupce nebo odkazu na další právní postup (např. S13).

Společným jmenovatelem těchto strategií je skutečnost, že odpovědi nefungují pouze jako popis situace, ale aktivně ji reinterpretovaly. Stížnost je převedena do rámce, který určuje poskytovatel – ať již odborného, organizačního nebo právního – a který zároveň vymezuje, jaké závěry jsou v daném případě považovány za legitimní.

Výsledkem je, že odpovědi často nevedou přímý dialog s tím, jak stěžovatel situaci popisuje a jaké otázky klade, ale nahrazují tento pohled vlastním výkladem. Tím se stížnostní mechanismus posouvá od nástroje vysvětlení konkrétní zkušenosti k nástroji jejího systematického převyprávění v institucionálně přijatelných kategoriích.

2.3 Práce s důkazy a dominance zdravotnické dokumentace

Kromě způsobu argumentace je pro kvalitu odpovědí na stížnosti zásadní i to, z jakých zdrojů poskytovatelé (a následně přezkumné orgány) vycházejí a jak s nimi pracují. Napříč analyzovanými případy se ukazuje, že rozhodující váhu má zdravotnická dokumentace, zatímco subjektivní zkušenost pacientů či rodičů má omezenou důkazní relevanci.

Tento vzorec je zřetelný zejména v situacích, kde se stížnost týká komunikace, informovaného souhlasu nebo konkrétního průběhu „mikrosituací“ péče (např. co bylo řečeno, co bylo vysvětleno, zda byl vytvořen prostor pro otázky, zda byl pacient pod tlakem). V takových případech se odpovědi často opírají o to, co je (nebo není) zachyceno v dokumentaci, a pokud dokumentace určitou skutečnost neobsahuje, stížnost je obtížně přezkoumatelná.

Dobře je to patrné u S06, kde se spor nevede jen o samotné úkony, ale i o to, zda a jak bylo pacientce průběžně poskytováno poučení. V logice vyřízení pak dokumentace funguje jako primární „důkazní pole“: pokud v ní chybí záznam o komunikaci, systém má omezené možnosti, jak tvrzení pacienta ověřit nebo vyvrátit.

Podobný mechanismus se objevuje i u S07, kde přezkum výslovně naráží na problém zpětné ověřitelnosti – pokud nelze prokázat rozsah konkrétně poskytnutých úkonů či služeb, vzniká situace „tvrzení proti tvrzení“, která snižuje schopnost stížnostního mechanismu poskytnout jednoznačný výsledek.

Tento přístup ukazuje důležitou strukturální asymetrii: poskytovatel disponuje dokumentací, která je považována za primární důkazní zdroj, zatímco pacient zpravidla disponuje vlastní výpovědí a jen omezenými nepřímými indiciemi. V situaci, kdy dokumentace není úplná nebo nezachycuje relevantní rovinu (typicky komunikaci), systém tuto mezeru často nedokáže efektivně překlenout. To vede k tomu, že stížnosti založené na prožitku, komunikaci nebo interakci s personálem mají v rámci mechanismu strukturálně slabší pozici. Tento deficit může být v některých případech částečně vyvažován existencí jiných důkazních prostředků, jako jsou např. audiovizuální záznamy průběhu komunikace, které umožňují přesnější rekonstrukci situace. Jejich využití však současně může narušovat vztah důvěry mezi pacientem a poskytovatelem a dále komplikovat komunikaci mezi stranami.

Zároveň se ukazuje, že výsledek stížnosti je významně ovlivněn tím, zda lze pochybení „ukotvit“ v dokumentační rovině. U S03 se spor láme právě na tom, zda existuje odpovídající písemný souhlas – rozhodující není ústní komunikace nebo zpětná interpretace situace, ale existence (či neexistence) formálně vyžadovaného dokumentu. Tento případ ukazuje, že pokud je pochybení dokumentačně



uchopitelné (např. chybějící písemný souhlas), může stížnostní mechanismus dospět k jasnějšímu závěru než v situacích, kdy se spor týká komunikace a subjektivních prožitků.

Zcela specifickou situaci představují případy, kde se spor přesouvá do roviny kauzality a odpovědnosti (např. S12). Zde se ukazuje, že pokud konflikt přesahuje běžný rámec stížnostního posuzování a dotýká se komplexních otázek příčinné souvislosti nebo náhrady újmy, bývá řešení často přesouváno mimo samotný stížnostní mechanismus (např. k pojistiteli nebo do civilní roviny). To má dopad na vnímanou efektivitu stížnosti: stěžovatel sice obdrží formální odpověď, ale klíčové otázky mohou zůstat otevřené, protože je mechanismus neumí rozhodnout.

Celkově lze uzavřít, že kvalita odpovědí na stížnosti je výrazně ovlivněna tím, jak systém pracuje s důkazy. Dominance zdravotnické dokumentace a omezená schopnost reflektovat situace, které v dokumentaci nejsou zachyceny (zejména komunikaci), vede k tomu, že část stížností se uzavírá jako obtížně přezkoumatelná a mechanismus má omezenou schopnost fungovat jako reálný nástroj korekce.

2.4 Role krajských úřadů a veřejného ochránce práv

Kvalita odpovědí na stížnosti není dána pouze tím, jak reagují samotní poskytovatelé zdravotních služeb, ale také tím, jakým způsobem jsou tyto odpovědi následně přezkoumávány. V analyzovaných případech (S01–S16) mají klíčovou roli zejména krajské úřady a v některých případech také veřejný ochránce práv. Jejich přístup přitom zásadně ovlivňuje, zda je stížnostní mechanismus schopen plnit korektivní funkci, nebo zda spíše stabilizuje existující praxi.

Krajské úřady jako hlavní přezkumný orgán ve většině případů potvrzují závěry poskytovatelů. Vycházejí přitom primárně ze zdravotnické dokumentace, vyjádření poskytovatele a případně z odborných stanovisek. Tento přístup vede k tomu, že přejímají základní argumentační rámec poskytovatele a zaměřují se především na odbornou správnost postupu. V případech jako S06, S08 nebo S09 to znamená, že samotné rozhodnutí poskytovatele není zpochybněno, zatímco jednotlivé námitky jsou označeny za neprokázané nebo nepřezkoumatelné. Přezkum tak často nepřináší kvalitativně odlišný pohled, ale spíše potvrzuje původní závěr v jiném institucionálním rámci.

Charakteristickým rysem tohoto přístupu je také oddělování odborné a právní roviny. U S03 krajský úřad konstatuje, že výkon byl z odborného hlediska správný, současně však přiznává, že byl proveden bez odpovídajícího písemného souhlasu. Podobně u S01 identifikuje procesní nedostatky v získání informovaného souhlasu, aniž by zpochybnil samotný zásah. Tento postup umožňuje uznat dílčí pochybení, avšak bez zásadního dopadu na hodnocení rozhodnutí jako celku.

V případech, kde nelze průběh situace jednoznačně rekonstruovat, krajské úřady často uzavírají věc jako nepřezkoumatelnou nebo ji rámují jako situaci „tvrzení proti tvrzení“. To je patrné například u S07 a S08, kde absence jednoznačných důkazů vede k tomu, že spor není věcně rozhodnut. Takový výsledek má významný dopad na stěžovatele: neposkytuje jednoznačné vysvětlení ani uzavření situace a současně



může vést k odkazu na jiné mechanismy, zejména soudní řízení. Stížnostní mechanismus se v těchto případech omezuje na konstatování vlastních limitů, aniž by konflikt skutečně řešil.

Celkově se ukazuje, že korektivní schopnost krajských úřadů je strukturálně omezená. Přezkum je nastaven tak, že umožňuje poměrně dobře identifikovat procesní a formální nedostatky (např. v dokumentaci nebo způsobu komunikace), zatímco samotné odborné rozhodování o poskytované péči je zpochybňováno jen výjimečně. Výraznější odchylku od tohoto trendu představují případy, kde do procesu vstupuje veřejný ochránce práv, viz např. S05. V tomto případě dochází k přehodnocení právního rámce a k důrazu na proporcionalitu zásahu, což vede k odlišnému závěru, než jaký učinil krajský úřad. Role ombudsmana je tak odlišná: namísto reprodukce existujícího rámce může fungovat jako skutečný korektiv, který otevírá otázky, jež v běžném přezkumu zůstávají uzavřeny.

Tento přístup však není v systému dominantní. Intervence veřejného ochránce práv se týká pouze menší části případů a jeho role zůstává spíše doplňková, mnoho stěžovatelů ostatně ani podnět veřejnému ochránci práv nepodává.

Z analýzy S01–S16 tak vyplývá, že přezkumné mechanismy sice poskytují určitý dohled nad odpověďmi poskytovatelů, jejich schopnost zásadně měnit výsledek stížnostního řízení nebo otevírat jádro sporu je však omezená.

2.5 Limity korektivní funkce stížnostního mechanismu

Z analýzy odpovědí poskytovatelů a jejich následného přezkumu (S01–S16) vyplývá, že stížnostní mechanismus má omezenou schopnost fungovat jako nástroj skutečné korekce zdravotnické praxe. Tato omezenost není dána pouze jednotlivými případy, ale spíše kombinací strukturálních faktorů, které se napříč případy opakují.

Jedním z klíčových faktorů je způsob, jakým jsou stížnosti vyhodnocovány a uzavírány. Ve většině analyzovaných případů dochází k potvrzení správnosti postupu poskytovatele, přičemž i tam, kde jsou identifikovány určité nedostatky, se tyto týkají především procesních nebo komunikačních aspektů, nikoli samotné podstaty rozhodnutí. To je patrné například u případů S09, S11 a S16, kde jsou připuštěny nedostatky v komunikaci či organizaci péče, zatímco klíčová rozhodnutí jsou opakovaně hodnocena jako odborně správná.

Podobný vzorec lze sledovat i u případů týkajících se informovaného souhlasu. U S06 je sice identifikováno pochybení ve vedení dokumentace, nicméně samotné zásahy nejsou zpochybněny. U S01 krajský úřad konstatuje procesní nedostatky v získání souhlasu, aniž by přehodnotil samotné provedení zákroku. To ukazuje, že stížnostní mechanismus umožňuje identifikovat určité typy pochybení, avšak jen výjimečně vede k revizi samotného rozhodování o poskytované péči.

S tím souvisí i charakter nápravných opatření, která jsou v rámci stížnostního řízení ukládána. Ta se typicky zaměřují na úpravu dokumentace, procesních postupů nebo komunikace, nikoli na změnu samotného poskytování péče. Tento přístup není dán pouze praxí jednotlivých orgánů, ale i právním rámcem stížnostního mechanismu, který omezuje, jaké typy opatření mohou být v jeho rámci přijímány. Podle § 96



odst. 2 zákona o zdravotních službách nemůže být výsledkem vyřízení stížnosti zejména rozhodnutí o náhradě újmy ani uložení povinnosti poskytnout konkrétní zdravotní výkon. Zákon současně nestanoví, ani demonstrativně, jaké konkrétní typy nápravných opatření mají být v rámci stížnostního řízení přijímány, což přispívá k tomu, že praxe se orientuje spíše na procesní a organizační úpravy než na širší obsahovou nápravu.

S tím souvisí i očekávání stěžovatelů, která se v praxi často míjejí s možnostmi stížnostního mechanismu. Jak ukazují dotazy z poradny, pacienti zpravidla nemají jasnou představu o tom, jaké typy nápravy lze prostřednictvím stížnosti dosáhnout a jaké výsledky lze reálně očekávat. V rámci jednoho podnětu proto často kombinují různé cíle – od požadavku na vysvětlení a uznání pochybení přes nápravu konkrétní situace až po finanční kompenzaci.

Tato očekávání však stížnostní mechanismus není schopen naplnit v plném rozsahu, a to jak s ohledem na svou institucionální roli, tak na právní omezení stanovená zákonem. Výsledkem může být situace, kdy odpověď formálně reaguje na stížnost, ale zároveň nenaplnuje očekávání stěžovatele, což může posilovat jeho vnímání, že mechanismus nepřináší skutečné řešení situace.

Dalším významným limitem je skutečnost, že část stížností je uzavírána bez jednoznačného závěru. Pokud nelze pochybení prokázat – typicky v situacích týkajících se komunikace nebo průběhu péče – stížnost končí jako nedůvodná nebo nepřezkoumatelná (např. S07, S08). Takové případy mají omezený dopad nejen na praxi poskytovatele, ale i na zkušenost stěžovatele, který nedostává jasnou odpověď na své otázky.

Významný limit představuje také skutečnost, že některé typy sporů jsou ze stížnostního mechanismu fakticky vyvedeny. To se týká zejména otázek odpovědnosti a náhrady újmy, které bývají odkazovány na jiné nástroje, zejména na pojistitele nebo civilní řízení (např. S12, S07). Stížnostní mechanismus tak v těchto případech neposkytuje komplexní řešení situace, ale pouze dílčí vyjádření k jejím aspektům.

Dalším faktorem je posun části odpovědí do právní roviny, zejména u samostatných poskytovatelů (S05, S13, S15). V těchto případech je komunikace často vedena prostřednictvím právních argumentů nebo přímo právního zástupce, což omezuje prostor pro vysvětlení a dialog. Stížnost se tak může proměnit z nástroje zpětné vazby v potenciální právní spor.

Celkově lze shrnout, že korektivní funkce stížnostního mechanismu je omezená jak jeho institucionálním nastavením, tak právním rámcem. Mechanismus je schopen identifikovat a částečně korigovat procesní nedostatky, avšak jen v omezené míře zasahuje do samotného rozhodování o poskytované péči a do řešení důsledků, které stěžovatelé pociťují jako zásadní.

2.6 Závěr kapitoly: klíčová zjištění

Analýza odpovědí na stížnosti v případech S01–S16 ukazuje, že kvalita těchto odpovědí není primárně dána jejich rozsahem nebo formální zpracovaností, ale tím, **jakou**

funkci v systému plní. Odpovědi poskytovatelů, a následně i jejich přezkum, jsou ve většině případů nastaveny tak, aby **stabilizovaly existující praxi**, nikoli aby ji skutečně zpochybňovaly nebo měnily.

Z tohoto pohledu lze formulovat několik klíčových tezí:

(1) Odpovědi na stížnosti systematicky převádějí konflikt do medicínského nebo právního rámce.

Namísto přímé reakce na zkušenost pacienta je spor překládán do jazyka odborného posouzení (*lege artis*, indikace, riziko) nebo právní argumentace. Tím se výrazně zužuje prostor pro polemiku a odpověď *de facto* předjímá vlastní závěr (např. S09, S11, S15, S16). Tento přístup současně vede k tomu, že se řešení stížnosti orientuje spíše na minimalizaci jejího dopadu na poskytovatele a na snížení právního či reputačního rizika, než na plné vypořádání obsahu a zkušenosti stěžovatele.

(2) Jádru stížnosti zůstává zpravidla nedotčeno; přiznávány jsou pouze „měkké“ nedostatky.

Pokud dojde k uznání pochybení, týká se zpravidla komunikace, organizace nebo dokumentace, nikoli samotného rozhodnutí či zásahu. To vede k tomu, že i částečně důvodné stížnosti mají omezený dopad na praxi (S01, S06, S09, S11, S16).

(3) Dominance zdravotnické dokumentace vytváří strukturální nevýhodu pro stěžovatele.

Systém stojí primárně na dokumentaci a odborném posouzení, zatímco zkušenost pacienta má omezenou důkazní váhu. V situacích, které nejsou v dokumentaci zachyceny (komunikace, průběh péče), dochází často k uzavření věci jako neprokázané nebo nepřezkoumatelné (S06, S07, S08).

(4) Krajské úřady ve většině případů reprodukují rámec poskytovatelů.

Přezkum se soustředí na odbornou správnost a dokumentaci, čímž často dochází k potvrzení závěrů poskytovatele bez zásadního posunu v interpretaci případu. Korektivní funkce je tak omezená zejména na procesní a formální rovinu (S03, S06, S08, S09).

(5) Veřejný ochránce práv představuje důležitý, ale jen výjimečný korektiv.

V případech, kde zasahuje ombudsman (zejména S05), dochází k širšímu posouzení právního rámce a důrazu na proporcionalitu zásahu. Tyto případy však nepředstavují dominantní praxi a mají spíše výjimečný charakter.

(6) U samostatných poskytovatelů dochází k rychlé právní eskalaci.

V případech S05, S13 a S15 se odpovědi výrazně opírají o právní argumentaci nebo jsou přímo delegovány na právní zástupce. Z dat zároveň vyplývá, že samostatní poskytovatelé využívají externí právní pomoc, což posouvá stížnostní mechanismus z komunikační roviny do roviny právní obrany.

(7) Víceúrovňový systém má omezenou průchodnost a je časově náročný.

Pouze část stěžovatelů pokračuje k dalším instancím a řízení před krajskými úřady může trvat měsíce. To snižuje praktickou dostupnost mechanismu a jeho schopnost reagovat na aktuální situaci stěžovatele.

Celkově tak lze uzavřít, že stížnostní mechanismus ve zdravotnictví funguje primárně jako nástroj vysvětlení a legitimizace postupu poskytovatelů, nikoli jako

nástroj jeho systematické revize.

Jeho schopnost reagovat na individuální zkušenost pacienta, vyrovnat důkazní asymetrii a vést ke skutečné změně praxe zůstává omezená, zejména v situacích, které nelze jednoznačně zachytit v dokumentaci nebo převést do standardizovaného odborného jazyka.

Závěr

Tato studie ukazuje, že stížnostní mechanismus ve zdravotnictví představuje důležitý, avšak strukturálně omezený nástroj reflexe zdravotnické praxe. Umožňuje pacientům artikulovat negativní zkušenost a poskytuje institucionální rámec pro její posouzení, současně je však jeho fungování výrazně ovlivněno tím, jak jsou stížnosti interpretovány, jaké důkazy jsou považovány za relevantní a jaké výstupy může mechanismus reálně nabídnout.

Klíčovým zjištěním je existence nesouladu mezi očekáváními pacientů a fungováním stížnostního mechanismu. Zatímco pacienti často usilují o uznání pochybení, spravedlnost, nápravu situace nebo prevenci do budoucna, odpovědi poskytovatelů a jejich následný přezkum se soustředí především na posouzení odborné správnosti postupu a dodržení formálních požadavků. Tento rozdíl není pouze otázkou komunikace, ale odráží strukturální nastavení systému a zároveň omezuje jeho schopnost reagovat na patientskou zkušenost v celé její šíři.

Zjištění studie je navíc vhodné vnímat v kontextu metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví, který předpokládá dialogický, na pacienta orientovaný přístup k vyřizování stížností. Analýza však ukazuje, že reálná praxe se od těchto principů v řadě případů odchyluje, zejména pokud jde o způsob komunikace, práci s důkazy a schopnost reflektovat zkušenost stěžovatele.

Analýza dále ukazuje, že korektivní funkce stížnostního mechanismu je omezená jak jeho institucionálním nastavením, tak právním rámcem. Mechanismus je schopen identifikovat a částečně korigovat procesní nedostatky, avšak jen v omezené míře zasahuje do samotného rozhodování o poskytované péči nebo do řešení jeho důsledků. Významnou roli zde hraje i právní úprava, která omezuje typy možných nápravných opatření a současně nestanoví jejich pozitivní vymezení, což v praxi vede k důrazu na úpravy dokumentace, procesů a komunikace.

Vedle strukturálních limitů se však výrazně projevují i faktory spojené s praxí poskytovatelů zdravotních služeb. Stížnosti jsou často vnímány jako potenciální právní nebo reputační riziko, nikoli jako nástroj zpětné vazby. V některých případech to vede k defenzivnímu způsobu komunikace, případně k rychlému zapojení právního zástupce a přesunu celé situace do právní roviny. Takový přístup sice může být z pohledu poskytovatele pochopitelný, současně však omezuje prostor pro otevřené vysvětlení situace a reflexi případných pochybení, a tím i potenciál mechanismu přispívat ke zlepšení praxe.

Z hlediska možných systémových změn je proto podstatné rozlišovat mezi limity, které jsou dány samotným právním rámcem, a limity, které vyplývají ze způsobu jeho



LIGA LIDSKÝCH PRÁV

aplikace v praxi. Zatímco legislativní úprava může přispět k jasnějšímu vymezení účelu stížnostního mechanismu a jeho výstupů, samotná změna zákona nemůže plně odstranit faktory spojené s institucionální kulturou a vnímáním stížností jako konfliktu.