



Zpráva o fungování systému stížností a zpětné vazby ve zdravotnictví 2026

Předkládaný dokument představuje souhrnnou zprávu Ministerstva zdravotnictví, která podrobně mapuje současný stav systému přijímání a vyřizování stížností a zpětné vazby v českém zdravotnictví. Zpráva byla zpracována jako stěžejní výstup úvodní analytické fáze v rámci přípravy revize části osmé zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“). Materiál je syntézou poznatků získaných v letech 2025 a 2026 prostřednictvím dotazníkových šetření mezi poskytovateli zdravotních služeb napříč všemi segmenty a krajskými úřady, a dále z kvalitativních analýz zaměřených na zkušenosti pacientů a jejich blízkých. Cílem tohoto dokumentu je poskytnout daty podložený popis stávajících postupů, kompetencí jednotlivých aktérů a limitů současné praxe, a vytvořit tak ucelený podklad pro navazující fázi přípravy legislativních a metodických změn.

Obsah

Zpráva o fungování systému stížností a zpětné vazby ve zdravotnictví 2026	1
Obsah	1
1. Úvod	2
2. Exekutivní shrnutí	5
3. Význam stížnostního mechanismu a zpětné vazby	7
4. Formální nastavení systému stížností a zpětné vazby ve zdravotnictví	9
5. Systém stížností a zpětné vazby v praxi	12
6. Klíčová zjištění	21
7. Doporučení a směry další revize systému stížností a zpětné vazby	30
8. Závěr	33
Přílohy	34



1. Úvod

Tato Zpráva o fungování systému stížností a zpětné vazby ve zdravotnictví 2026 (dále také jen „Zpráva“) je stěžejním výstupem úvodní fáze revize části osmé zákona o zdravotních službách, která v českém právním řádu upravuje stížnostní mechanismus a s ním související dozorovou činnost vůči poskytovatelům zdravotních služeb. Ministerstvo zdravotnictví přistoupilo k přípravě této revize v rámci Výhledu legislativních prací vlády na léta 2027 až 2029¹ s primárním cílem reagovat na přetrvávající nedostatky stávající právní úpravy. Cílem plánovaných změn je systematické zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb a efektivnější podpora práv pacientů.

Předložený dokument je detailním popisem současného stavu, jeho smyslem je sloužit jako ucelený a datově podložený odrazový můstek pro navazující přípravu legislativních i metodických změn. Zpráva je syntézou rozsáhlého sběru dat, který probíhal zejména v letech 2025 a 2026 a do kterého se zapojili všichni klíčoví aktéři systému: pacienti, poskytovatelé zdravotních služeb ambulantní i lůžkové péče a poskytovatelé zdravotnické záchranné služby (dále také jen „poskytovatelé“) a příslušné správní orgány (těmi se pro účely této Zprávy rozumí zejména krajské úřady a Magistrát hlavního města Prahy, které vykonávají působnost podle § 15 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách; v dalším textu jsou tyto správní orgány pro zjednodušení souhrnně označovány jako „krajské úřady“, není-li výslovně uvedeno jinak. V zákonem stanovených případech jsou příslušnými správními orgány také Ministerstvo obrany, Ministerstvo spravedlnosti a Ministerstvo vnitra. Pro získání komplexního obrazu byla využita kombinovaná výzkumná metodologie zahrnující jak kvantitativní dotazníková šetření, tak hloubkové kvalitativní sondy.

Zkušenosti pacientů, pacientek a jejich blízkých byly zkoumány především kvalitativními metodami. Jejich cílem nebylo získat statisticky reprezentativní obraz celé patientské populace, ale hlouběji porozumět motivacím, očekáváním, bariérám a prožívání osob, které prošly stížnostním procesem. Bylo realizováno osm hloubkových polostrukturovaných rozhovorů s osobami, které měly nedávnou zkušenost s podáním stížnosti nebo řešením nespokojenosti se zdravotními službami. Výběr respondentů se zaměřoval na získání různorodých zkušeností, nikoli na reprezentativnost souboru.

Tento pohled doplnila kvalitativní studie organizace Liga lidských práv, založená na analýze 56 případů řešených její právní poradnou v letech 2025 a 2026. Soubor zahrnoval 16 formálních stížností a 40 dalších dotazů a podnětů souvisejících s nespokojeností se zdravotními službami a ochranou práv pacientů. Zjištění byla dále rozšířena o poznatky z expertní fokusní skupiny věnované specifikům stížnostního mechanismu v oblasti psychiatrické péče. Vzhledem k povaze těchto zdrojů je třeba jejich výsledky interpretovat jako kvalitativní vhled do typických problémů a zkušeností, nikoli jako údaj o jejich četnosti v celé populaci.

V segmentu ambulantní péče proběhlo v listopadu 2025 dotazníkové šetření využívající kvantitativní i kvalitativní prvky, zaměřené na informování pacientů, organizaci a vyřizování stížností, aktivní sběr zpětné vazby a využívání jejích výsledků. Dotazník byl distribuován na kontaktní adresy poskytovatelů ambulantní péče dostupné v Národním registru poskytovatelů zdravotních služeb. Získáno bylo 224 odpovědí od poskytovatelů různých odborností, velikostí a organizačních forem. Vzhledem ke způsobu distribuce a dobrovolné účasti nelze výsledky považovat za statisticky reprezentativní pro celý ambulantní sektor; poskytují však důležitý obraz o rozdílech v míře formalizace a o praktických překážkách, s nimiž se ambulantní poskytovatelé setkávají.

¹ VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. *Výhled legislativních prací vlády na léta 2027 až 2029*. Příloha č. 2 k usnesení vlády ze dne 23. března 2026 č. 175. Praha: Úřad vlády České republiky, 2026. [online]. Publikováno 23. 3. 2026. [cit. 16. 7. 2026]. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/assets/media-centrum/dulezite-dokumenty/1234_2026_priloha_c-_2.pdf.



V oblasti lůžkové péče bylo na přelomu února a března 2026 realizováno dotazníkové šetření, do kterého se zapojilo 150 poskytovatelů. Soubor zahrnoval přímo řízené organizace Ministerstva zdravotnictví, nemocnice, psychiatrické nemocnice, lázně, rehabilitační a odborné léčebné ústavy i hospice. Šetření se zaměřilo na nastavení stížnostních procesů, organizaci práce se zpětnou vazbou, postavení nemocničních ombudsosob (pojem „nemocniční ombudsosoba“ či „ombudsosoba“ je ve Zprávě používán jako souhrnné označení jak pro jednotlivce vykonávajícího tuto roli, tak pro ombudsmanský tým, pokud je tato agenda u poskytovatele zajišťována více osobami), jejich kompetence, kvalifikační předpoklady a personální zajištění. Část výsledků bylo možné porovnat s obdobným šetřením realizovaným v roce 2022. Do šetření se zapojila více než polovina poskytovatelů lůžkové péče a soubor zahrnoval široké spektrum typů zdravotnických zařízení. Výsledky tak poskytují robustní obraz praxe v lůžkovém sektoru; při jejich zobecňování je však třeba zohlednit dobrovolný charakter účasti a rozdílné zastoupení jednotlivých typů poskytovatelů.

U poskytovatelů zdravotnické záchranné služby proběhlo na přelomu března a dubna 2026 samostatné dotazníkové šetření přizpůsobené specifikům přednemocniční neodkladné péče. Do šetření se zapojilo všech 14 poskytovatelů zdravotnické záchranné služby v České republice, čímž bylo dosaženo úplného pokrytí cílové skupiny. Výsledky proto poskytují ucelený obraz o organizaci stížnostní agendy, práci se zpětnou vazbou a zkušenostech poskytovatelů v tomto segmentu zdravotních služeb.

Pohled správních orgánů byl zkoumán dvěma vzájemně se doplňujícími způsoby. Prvním zdrojem je Analýza kontrolní a stížnostní agendy vykonávané v rámci přenesené působnosti v oblasti zdravotnictví za léta 2020 až 2025, která umožnila zmapovat objem, strukturu a výsledky stížnostní agendy. Druhým zdrojem bylo dotazníkové šetření realizované v březnu a dubnu 2026, zaměřené na organizaci práce, kapacitní a odborné zajištění, metodické potřeby a zkušenosti s postupy poskytovatelů. Do obou šetření se zapojilo všech 14 krajských úřadů.

Součástí analytické fáze byly rovněž facilitované workshopy se zástupci patientských organizací, poskytovatelů ambulantní a lůžkové zdravotní péče, nemocničních ombudsosob, krajských úřadů, Kanceláře veřejného ochránce práv a ochránce práv dětí, Ministerstva práce a sociálních věcí a dalších aktérů. Workshopy nesloužily jako samostatný reprezentativní výzkum, ale jako nástroj společné interpretace předchozích zjištění, ověřování jejich relevance v praxi, identifikace hlavních problémových oblastí a formulace otázek pro další fázi revize. Výběr účastníků byl veden snahou o vyvážené zastoupení různých perspektiv a zkušeností.

Při vyhodnocování kvantitativních šetření byly zpracovány četnosti odpovědí a tam, kde to struktura dat umožňovala, také základní vztahy mezi charakteristikami poskytovatelů a způsobem organizace stížnostní agendy či práce se zpětnou vazbou. Otevřené odpovědi byly tematicky tříděny a použity k doplnění a interpretaci kvantitativních zjištění. Citace respondentů byly v některých případech jazykově upraveny tak, aby byla zachována jejich srozumitelnost, aniž by se změnil věcný význam sdělení.

Kvalitativní data z rozhovorů, právní poradny, fokusní skupiny a workshopů byla analyzována tematicky. Pozornost byla věnována zejména opakujícím se bariérám, motivacím, očekáváním, procesním problémům a návrhům na zlepšení. Při syntéze byly za významná považována především témata, která se objevovala ve více na sebe nezávislých zdrojích nebo byla potvrzena různými skupinami aktérů. Pokud se jednotlivé zdroje nebo perspektivy lišily, Zpráva tuto rozdílnost zachovává a výslovně ji uvádí.

Všechny výzkumné výstupy byly zpracovány v anonymizované nebo agregované podobě. Cílem Zprávy není hodnotit jednotlivé poskytovatele, úřady ani konkrétní případy, ale popsat fungování systému jako celku. Při interpretaci výsledků je nutné zohlednit limity jednotlivých šetření, zejména dobrovolnou účast



respondentů, rozdílnou velikost vzorků, možné zkreslení a skutečnost, že některé části výzkumu byly kvalitativní a neusilovaly o statistickou reprezentativnost.



2. Exekutivní shrnutí

Analytická fáze revize systému stížností a zpětné vazby ve zdravotnictví ukázala, že současný stížnostní mechanismus poskytuje základní právní rámec pro ochranu práv pacientů, jeho praktické fungování je však v řadě oblastí nejednotné, pro pacienty obtížně srozumitelné a jen omezeně využívá potenciál stížností a další zpětné vazby pro systematické zvyšování kvality zdravotních služeb. Zkušenost pacienta se systémem se významně liší podle typu poskytovatele, místního organizačního nastavení, dostupných kapacit i přístupu konkrétních pracovníků. Současně výzkumy zachytily řadu funkčních postupů a příkladů dobré praxe, na kterých lze při další revizi stavět.

Z provedených výzkumů vyplynuly čtyři hlavní okruhy systémových problémů.

Obtížná orientace pacientů a jejich fakticky nerovné postavení ve stížnostním mechanismu

Pacienti se často obtížně orientují v tom, kam se obrátit, jaký postup zvolit a co mohou od jednotlivých částí systému očekávat. Rozdíly mezi stížností, jinou zpětnou vazbou a dalšími prostředky ochrany práv pro ně nejsou vždy srozumitelné a informace jsou často poskytovány spíše pasivně. Pacient současně vstupuje do procesu v informačně i odborně slabším postavení než poskytovatel a může mít omezenou možnost porozumět způsobu, jakým je jeho podání posuzováno. Významnou roli proto hraje nejen samotné procesní nastavení, ale také způsob komunikace, srozumitelnost odpovědí a důvěra v nestrannost procesu.

Nejednotné procesy a omezené využívání stížností a zpětné vazby pro zlepšování kvality péče

Způsob organizace a vyřizování stížností se mezi poskytovateli výrazně liší. Nejednotný je také samotný účel první fáze stížnostního mechanismu, která je někde vnímána především jako výrazně formální proces a jinde jako prostor pro komunikaci a smírné řešení nespokojenosti. Rozdíly existují rovněž ve způsobu získávání a vyhodnocování patientské zpětné vazby. Přestože stížnosti a další podněty v řadě případů vedou ke konkrétním organizačním změnám, jejich systematické propojování s řízením kvality, sledování opakujících se problémů a vyhodnocování účinnosti nápravných opatření nejsou napříč systémem samozřejmostí.

Nejednotné postavení a fungování nemocničních ombudsošob

Institut nemocničních ombudsošob se v českém zdravotnictví významně rozvíjí a počet poskytovatelů, kteří tuto roli zřídili, se mezi lety 2022 a 2026 zvýšil ze 33 na 75. Současně však pod stejným označením fungují velmi rozdílné modely. Liší se organizační zařazení, rozsah činností a kompetencí, časové kapacity, kvalifikační požadavky i míra autonomie vůči vedení poskytovatele. Výzkumy přitom ukazují významný potenciál ombudsošob při podpoře pacientů, zprostředkování komunikace, předcházení eskalaci konfliktů i identifikaci systémových problémů. Další rozvoj této role proto vyžaduje jasnější vymezení jejího účelu a základních podmínek výkonu.

Nedostatečné podmínky pro výkon stížnostní agendy

Vyřizování stížností a práce s patientskou zpětnou vazbou jsou u poskytovatelů i správních orgánů často vykonávány vedle dalších pracovních povinností a bez dostatečně vyhrazené kapacity. Respondenti opakovaně upozorňovali na potřebu silnější metodické podpory, praktického vzdělávání a sdílení dobré praxe. Významné kapacitní problémy se projevují také u krajských úřadů, kde stížnostní agendu v roce 2025 zajišťovalo v průměru přibližně 1,65 plného pracovního úvazku na jeden krajský úřad.



Výsledky analytické fáze zároveň ukazují, že revize by neměla směřovat pouze k úpravě jednotlivých procesních pravidel. Budoucí systém by měl být pro pacienty srozumitelnější a dostupnější, více podporovat včasnou komunikaci a řešení nespokojenosti co nejbližší místu jejího vzniku, zajistit funkční a důvěryhodný nezávislý přezkum a vytvořit jasnější rámec pro působení nemocničních ombudsosob. Současně by měl lépe propojovat vyřizování jednotlivých stížností s prací s širší patientskou zpětnou vazbou, přijímáním nápravných opatření a řízením kvality a bezpečí zdravotních služeb.

Další revize by měla rovněž zohlednit výrazně rozdílné podmínky jednotlivých segmentů zdravotní péče. Společný standard ochrany práv pacientů nemusí znamenat totožné organizační a procesní řešení pro velké lůžkové zařízení, samostatnou ambulanci i zdravotnickou záchrannou službu. Zvláštní pozornost bude třeba věnovat zejména ambulančnímu sektoru, kde jsou personální a organizační možnosti pro formalizované vyřizování stížností a systematický sběr zpětné vazby výrazně omezenější.

Analýza současně potvrzuje, že samotná změna zákona nebude dostačující. Legislativní úpravu bude nutné doprovodit metodickým vedením, systematickým vzděláváním pracovníků, sdílením dobré praxe, informační podporou pro pacienty, posílením personálního, technického a organizačního zázemí a vytvořením funkčnějšího mechanismu odborné podpory správních orgánů.



3. Význam stížnostního mechanismu a zpětné vazby

3.1. Individuální úroveň

V individuální rovině představují stížnosti a další formy patientské zpětné vazby především prostředek, kterým může pacient nebo jiná oprávněná osoba vyjádřit svou zkušenost s poskytováním zdravotních služeb, upozornit na možné pochybení a domáhat se jeho vysvětlení či nápravy. Stížnostní mechanismus současně vytváří prostor pro prošetření konkrétní situace a posouzení, zda poskytovatel postupoval v souladu s právními předpisy a odbornými standardy.

První fáze stížnostního mechanismu probíhá přímo u poskytovatele zdravotních služeb. Jejím primárním účelem je vytvořit prostor pro včasné, smírné a pokud možno neformální vyřešení vzniklé nespokojenosti přímo mezi pacientem a poskytovatelem, tedy co nejbližší místu jejího vzniku. Tato fáze může sloužit k objasnění okolností případu, vysvětlení postupu, obnovení komunikace a tam, kde je to možné a vhodné, také k bezprostřední nápravě vzniklé situace.

Pokud stěžovatel s vyřízením stížnosti poskytovatelem nesouhlasí, může se obrátit na příslušný správní orgán. Druhá fáze poskytuje možnost nezávislého přezkoumání případu mimo organizační strukturu poskytovatele a podle povahy stížnosti také zapojení nezávislého odborného posouzení. Pokud jsou zjištěna pochybení, může správní orgán využít zákonem stanovené nástroje směřující k jejich nápravě.

Stížnostní mechanismus přitom neslouží k rozhodování o náhradě újmy ani obecně k autoritativnímu rozhodování o soukromoprávních nárocích stěžovatele. Jeho podstatou je prošetření namítaných skutečností, jejich vyhodnocení a poskytnutí informace o výsledku tohoto posouzení.

Vedle formálních stížností má na individuální úrovni význam také možnost sdílet zkušenost prostřednictvím dalších forem patientské zpětné vazby. Ta nemusí směřovat k prošetření konkrétního pochybení, ale umožňuje pacientům upozorňovat na pozitivní i negativní aspekty péče, organizace služeb nebo komunikace a přispívat tak ke změnám i bez využití formálního stížnostního procesu.

V individuální rovině tak stížnosti a další zpětná vazba plní především ochrannou, satisfakční a participační funkci. Pacientovi umožňují být vyslyšen, získat vysvětlení, upozornit na možný problém, v odůvodněných případech iniciovat jeho nápravu a současně předat svou zkušenost poskytovateli nebo dalším institucím.

3.2. Organizační úroveň

Vedle řešení individuálních případů plní stížnostní mechanismus a systém získávání zpětné vazby významnou funkci také na úrovni jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb. Stížnosti, podněty a další formy patientské zpětné vazby představují důležitý zdroj informační o fungování poskytovatele a mohou upozorňovat na problémy, které nejsou zachytitelné prostřednictvím běžných klinických nebo provozních ukazatelů.

Z pohledu poskytovatele mají stížnosti a zpětná vazba význam zejména jako nástroje řízení kvality, bezpečí a rizik. Umožňují identifikovat opakující se problémy, analyzovat jejich příčiny, přijímat opatření vedoucí k jejich odstranění a předcházet budoucím pochybením. Získané poznatky mohou přispívat ke zlepšování organizačních procesů, komunikace s pacienty, koordinace péče i pracovních postupů zdravotnického personálu.

Významnou roli v tomto směru sehrávají také nápravná opatření přijímaná na základě obdržených stížností a zpětné vazby poskytovateli z vlastní iniciativy nebo ukládaná krajskými úřady. V praxi



se jedná především o systémová opatření, například úpravu vnitřních předpisů, změnu organizačních postupů, vzdělávání zaměstnanců nebo posílení kontrolních mechanismů.

Systematické shromažďování a vyhodnocování stížností a další zpětné vazby umožňuje poskytovatelům sledovat dlouhodobější trendy a odhalovat systémové nedostatky, které by při posuzování jednotlivých případů nemusely být patrné. Nepředstavují tudíž pouze prostředek řešení individuální nespokojenosti, ale také důležitý nástroj organizačního učení a průběžného zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

3.3. Systémová úroveň

Pacientská zpětná vazba může v neposlední řadě plnit významnou funkci také na úrovni zdravotního systému jako celku. Informace o zkušenostech pacientů v současnosti nejsou v České republice systematicky centrálně sbírány či vyhodnocovány, ačkoliv představují potenciálně velmi cenný zdroj poznatků o tom, jak zdravotnictví funguje z pohledu jeho uživatelů, a doplňují informace získávané prostřednictvím formálně sledovaných ukazatelů, např. administrativních, epidemiologických nebo klinických dat).

Systematická analýza a vyhodnocení pacientské zpětné vazby na centrální úrovni by na základě zahraničních zkušeností² umožnily identifikovat širší trendy, opakující se problémy a oblasti zvýšeného rizika, které se mohou vyskytovat napříč jednotlivými poskytovateli, regiony nebo segmenty zdravotní péče. Takto získané poznatky představují důležitý podklad pro koncepční a systémové kroky za účelem zvyšování kvality, bezpečí a dostupnosti zdravotních služeb, včetně legislativních návrhů a metodických materiálů.

Pacientská zkušenost představuje svébytný zdroj poznání o fungování zdravotnictví, který nelze plně nahradit jinými indikátory výkonnosti systému. Její význam na systémové úrovni nespočívá pouze v odhalování nedostatků; stejně důležité jsou informace o pozitivních zkušenostech pacientů, příkladech dobré praxe a faktorech podporujících důvěru mezi pacienty a poskytovateli.

Jak funkční stížnostní mechanismus, tak systematický sběr pacientské zpětné vazby, mohou současně přispívat ke zvyšování transparentnosti zdravotnictví a posilování důvěry veřejnosti ve zdravotní instituce. Pokud pacienti vnímají, že jejich zkušenosti jsou vyslyšeny, vyhodnocovány a vedou ke konkrétním změnám, roste ochota poskytovat zpětnou vazbu a aktivně se podílet na kultivaci poskytování zdravotních služeb. Stížnostní mechanismus a systém získávání zpětné vazby proto představují důležitou součást rozvoje zdravotnictví založeného na zkušenosti pacientů.

² Srov. např. Healthcare Complaints Analysis Tool (HCAT): *Healthcare Complaints Analysis* [online]. Dostupné z: <https://healthcarecomplaintsanalysis.com/> [cit. 24. 8. 2026]; MORSØ, Lars, BIRKELAND, Søren Fryd, WALLØE, Sisse aj. *Does systematic analysis of patient complaints and compensation cases at hospitals provide useful information to guide quality improvement? Experience from Denmark*. BMJ Open Quality. 2023, roč. 12, č. 1. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-002101. Dostupné z: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/bmjopen/12/1/e002101.full.pdf> [cit. 24. 8. 2026].



4. Formální nastavení systému stížností a zpětné vazby ve zdravotnictví

4.1. Právní rámec

Stížnosti

Základním právním předpisem upravujícím vyřizování stížností je zákon o zdravotních službách, konkrétně ustanovení § 93 a násl., která vymezují právo pacienta podat stížnost, základní povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb při jejím vyřizování a kompetence správních orgánů při prošetřování stížností.

Na postup příslušných správních orgánů při vyřizování stížností se v otázkách, které zákon o zdravotních službách výslovně neupravuje, subsidiárně použije zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „správní řád“), pokud to povaha daného postupu nevyklučuje.

Praktickou aplikaci právní úpravy dále rozpracovávají metodické dokumenty Ministerstva zdravotnictví, zejména Metodický pokyn k vyřizování stížností podle části osmé zákona o zdravotních službách s využitím institutu nemocničního ombudsmana³ či Metodické stanovisko Ministerstva zdravotnictví k šetření stížností proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem souvisejícím se zdravotními službami,⁴ které sjednocuje výklad právní úpravy a poskytuje vodítka pro postup poskytovatelů zdravotních služeb i správních orgánů.

Zpětná vazba pacientů

Na rozdíl od stížností není patientská zpětná vazba v zákoně o zdravotních službách upravena jako samostatný právní institut. Její role je spojena především se systémem hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Zpětná vazba představuje širší soubor nástrojů, jejichž prostřednictvím poskytovatelé aktivně zjišťují zkušenosti a spokojenost pacientů, například prostřednictvím dotazníků spokojenosti, knih podnětů a pochval, schránek důvěry, elektronických formulářů nebo dalších komunikačních kanálů. Jejím účelem není řešení jednotlivých sporů, ale získávání informací, které mohou přispět ke zlepšování kvality a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb.

Právní úprava ukládá poskytovatelům lůžkové péče povinnost zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (§ 47 odst. 3 písm. b) zákona o zdravotních službách), jehož součástí je také systematické získávání a vyhodnocování patientské zpětné vazby. Metodické dokumenty Ministerstva zdravotnictví⁵ rozlišují mezi reaktivním vyřizováním stížností a proaktivním získáváním zkušeností pacientů; poskytovatelé mají patientskou zkušenost pravidelně zjišťovat,

³ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Metodický pokyn k vyřizování stížností podle části osmé zákona o zdravotních službách s využitím institutu nemocničního ombudsmana*. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. 2023, částka 8, s. 35–44. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2023/06/Vestnik-MZ_08-2023.pdf.

⁴ https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2021/02/Metodick%C3%A9-stanovisko-k-vy%C5%99izov%C3%A1n%C3%AD-sti%C3%BDnost%C3%AD-podle-z%C3%A1kona-o-zdravotn%C3%ADch-sl%C5%BEB%C3%A1ch-%E2%80%93-dopl%C4%9Bk-%C4%8D.-1.pdf?utm_source=chatgpt.com

⁵ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality*; Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, ročník 2021, částka 13. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2021/11/Vestnik-MZ_13-2021.pdf.



získané poznatky vyhodnocovat a využívat je k přijímání opatření vedoucích ke zvyšování kvality a bezpečnosti péče.

Konkrétní požadavky na práci s patientskou zpětnou vazbou dále rozpracovávají např. Standardy kvality a bezpečí poskytování psychiatrické péče v psychiatrických lůžkových zařízeních,⁶ akreditační standardy a interní systémy řízení kvality jednotlivých poskytovatelů. Společným cílem těchto nástrojů je podporovat systematické využívání zkušeností pacientů jako podkladu pro průběžné zlepšování poskytovaných zdravotních služeb.

4.2. Dotčené subjekty

Současný systém stížností ve zdravotnictví je založen na spolupráci několika základních aktérů, kteří v něm plní odlišné role.

- **Pacient a další oprávněné osoby** – mohou poskytovat zpětnou vazbu na poskytované zdravotní služby a jako stěžovatelé podat stížnost podle § 93 zákona o zdravotních službách; vedle pacienta mohou stížnost podat také jeho zákonný zástupce, opatrovník, osoba blízká v případě, že pacient tak nemůže učinit s ohledem na svůj zdravotní stav nebo zemřel, případně osoba zmocněná pacientem.
- **Poskytovatel zdravotních služeb** – přijímá a vyřizuje stížnosti, získává a vyhodnocuje zpětnou vazbu pacientů; zajišťuje výkon stížnostní agendy (prostřednictvím nemocniční ombudsovosy či jiné pověřené osoby) a při šetření stížností poskytuje součinnost příslušným správním orgánům.
- **Správní orgán** – prošetřuje stížnosti podle § 93 odst. 2 zákona o zdravotních službách, může k jejich odbornému posouzení ustanovit nezávislého odborníka nebo nezávislou odbornou komisi a v případě zjištěných nedostatků využívá další nástroje svěřené zákonem, zejména výkon kontroly, ukládání nápravných opatření nebo vedení přestupkového řízení.
- **Nezávislý odborník nebo nezávislá odborná komise** – podílí se na posouzení odborných medicínských otázek v případech, kdy je předmětem stížnosti odborný postup při poskytování zdravotních služeb.

Na fungování systému se podílejí také další instituce. **Ministerstvo zdravotnictví** vytváří legislativní a metodický rámec systému, metodicky vede krajské úřady při výkonu jejich působnosti v oblasti vyřizování stížností, vydává metodická doporučení a podílí se na koncepčním rozvoji systému. Kancelář veřejné ochránkyně práv a ochránce práv dětí přispívá k ochraně práv pacientů zejména prostřednictvím přezkumu postupu správních orgánů a svými stanovisky a doporučeními podporuje jednotný výklad právní úpravy a dobrou správní praxi.

4.3. Proces vyřizování stížností

Zákon o zdravotních službách upravuje základní procesní rámec vyřizování stížností. Stanoví, kdo je oprávněn stížnost podat, komu se stížnost podává a jaké jsou základní povinnosti poskytovatele zdravotních služeb a správních orgánů.

⁶ SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. *Standardy kvality a bezpečí poskytování psychiatrické péče v psychiatrických lůžkových zařízeních*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022. [online]. [cit. 25. 8. 2026]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2023-12/Standardy%20kvality%20a%20bezpe%C4%8D%C3%AD%20v%20psychiatri%C3%BDch%20I%C5%AF%C5%BEkov%C3%BDch%20za%C5%99%C3%ADzen%C3%ADch.pdf>.



Prvním subjektem, který stížnost vyřizuje, je poskytovatel zdravotních služeb. Zákon poskytovateli ukládá zejména povinnost stížnost vyřídit ve stanovené lhůtě (zpravidla 30 dnů), navrhnout stěžovateli ústní projednání stížnosti, pokud je to vzhledem k její povaze vhodné, vést evidenci stížností, umožnit stěžovateli nahlížet do stížnostního spisu, poskytovat součinnost správním orgánům při šetření stížnosti a v případě poskytovatelů lůžkové nebo jednodenní péče také ustanovit osobu pověřenou vyřizováním stížností a zveřejnit informace o možnosti podat stížnost.

Nesouhlasí-li stěžovatel se způsobem vyřízení stížnosti nebo není-li stížnost vyřízena ve stanovené lhůtě, může se obrátit na příslušný správní orgán. Ten je povinen stížnost vyřídit ve lhůtách stanovených zákonem, vést evidenci stížností a umožnit stěžovateli nahlížet do stížnostního spisu. Vyžaduje-li posouzení stížnosti odborné zhodnocení zdravotnických otázek, ustanoví správní orgán v případech stanovených zákonem nezávislého odborníka nebo nezávislou odbornou komisi. Nezávislého odborníka ustanovuje zejména tehdy, směřuje-li stížnost proti správnému postupu při poskytování zdravotních služeb nebo je-li namítáno ublížení na zdraví pacienta při poskytování zdravotních služeb a stížnost není zjevně nedůvodná. Nezávislou odbornou komisi ustanovuje zejména tehdy, navrhne-li její ustavení nezávislý odborník, je-li jeho posouzení odborně nedostačující nebo je-li třeba posoudit možné ublížení na zdraví při poskytování zdravotních službách s následkem smrti pacienta.

Zákon upravuje základní procesní pravidla vyřizování stížností, podrobnější postup jejich vyřizování však nestanoví. Zákon například podrobně neupravuje způsob přijímání stížností, jejich interní oběh, organizaci jejich šetření, obsahové náležitosti vyřízení stížnosti nebo minimální standardy kvality vyřizování stížností. Tyto oblasti jsou ponechány na interních postupech jednotlivých poskytovatelů či správních orgánů, případně jsou rozpracovány metodickými doporučeními Ministerstva zdravotnictví.

4.4. Ostatní mechanismy ochrany práv pacientů

Vedle stížností podle zákona o zdravotních službách mohou pacienti využít také další právní prostředky ochrany svých práv. Tyto mechanismy sledují odlišné cíle, uplatňují se v různých situacích a jsou upraveny jinými právními předpisy.

Mezi nejvýznamnější patří zejména uplatnění občanskoprávních nároků na náhradu újmy, podání stížnosti profesním komorám zdravotnických pracovníků, podání trestního oznámení v případech podezření na spáchání trestného činu či podání podnětu ke kontrole či prošetření přestupku podle správního řádu.

Předmětem této analýzy je systém stížností podle zákona o zdravotních službách a systém získávání a využívání zpětné vazby od pacientů. Ostatní mechanismy ochrany práv pacientů jsou zmíněny pouze pro úplnost a nejsou dále podrobně analyzovány.



5. Systém stížností a zpětné vazby v praxi

5.1. Zkušenosti pacientů

Tato kapitola vychází ze dvou výzkumů realizovaných v rámci přípravy této Zprávy. Oba zdroje využívají kvalitativní metodologii, nejde o reprezentativní výzkumy, umožňují však identifikovat opakující se vzorce patientské zkušenosti, bariéry při využívání systému i očekávání pacientů od jeho fungování.

5.1.1. Co pacienty vede k podání stížnosti

Výzkumy ukazují, že důvody, které pacienty nebo jejich blízké vedou k podání stížnosti, jsou různorodé a často se vzájemně prolínají. Jednou z nejčastějších motivací je přesvědčení pacienta nebo jeho blízkých, že poskytnutá zdravotní péče byla nedostatečná, nesprávná či neetická nebo že došlo k neoprávněnému zásahu do práv pacientů či jejich blízkých. K formálnímu řešení se stěžovatelé uchylují v případech spojených se závažnými důsledky, jako jsou zdravotní komplikace po zákroku, neúspěšná léčba nebo úmrtí blízké osoby. Specifickou oblast představuje psychiatrická péče, kde jsou častým předmětem stížností situace vnímané jako zásah do lidské důstojnosti a autonomie pacienta, zejména v souvislosti s použitím omezovacích prostředků nebo nedobrovolnou hospitalizací.

Vedle medicínské stránky hrála ve zkoumaných případech zásadní roli rovina komunikace a chování personálu. K eskalaci situace a následnému podání stížnosti velmi často přispívají takzvané „mikro-zážitky“, mezi které pacienti řadí necitlivé výroky, přezíravý tón, ignorování žádostí či nedostatek soukromí. Významným motivem je rozhořčení a silný pocit nespravedlnosti, který u pacientů vzniká v reakci na vnímané bagatelizování jejich problému ze strany ošetřujícího personálu nebo instituce. Nedostatek empatie a pocit, že s nimi není jednáno s respektem, tak přímo prohlubuje ztrátu důvěry v systém a motivuje pacienty k hledání formální obrany.

Celé rozhodování o podání stížnosti je podloženo snahou o znovuzískání kontroly nad situací a potřebou nezávislého zastání. Pacienti si událost často sami vnitřně interpretují jako pochybení a prostřednictvím stížnosti hledají u institucí nezávislé potvrzení, zda je tento jejich výklad oprávněný. Zvláště v situacích, kdy pociťují naprostou bezmoc, ztrátu svobody nebo informační asymetrii, pro ně vstup do stížnostního mechanismu představuje naléhavou potřebu domoci se spravedlnosti a aktivně ochránit práva svá nebo svých blízkých.

Samotný proces podání stížnosti představuje pro pacienty a jejich blízké mimořádně náročný krok, který naráží na systémové i psychologické bariéry. Z výzkumů vyplývá, že již samotné sepsání a věcná formulace podnětu je pro stěžovatele kognitivně a emočně vyčerpávajícím úkonem, který si mnohdy vyžaduje dny až týdny příprav. Během tohoto procesu se pacienti musí opakovaně vracet k prožitým negativním událostem, což vede ke stresu a pocitu retraumatizace. Významnou bariérou je rovněž obava z možných negativních důsledků podání stížnosti. Pacienti se obávají, že podáním stížnosti vyvolají odvetnou reakci, budou označeni za „problémové“ a dojde ke zhoršení kvality budoucí péče. Roli nezřídka hraje i objektivní vyčerpání spojené se samotným zajišťováním péče o nemocného člena rodiny, případně zkušenost s nepřímým odrazováním od podání stížnosti ze strany personálu či autorit daného zdravotnického zařízení.

5.1.2. Orientace v systému

Zásadní bariérou, se kterou se pacienti při snaze řešit svou negativní zkušenost potýkají, je celková složitost a nepřehlednost systému. Z realizovaných výzkumů vyplývá, že stěžovatelé trpí výrazným informačním deficitem ohledně toho, kam, jakou formou a v jakém pořadí mají stížnost podat. Většina



pacientů nezná kompetence jednotlivých institucí, chybí jim povědomí o existenci nemocničních ombudsmen a neznají zákonný požadavek na dvoustupňový proces, z něhož vyplývá povinnost směřovat stížnost nejprve k samotnému poskytovateli zdravotních služeb.

Tato dezorientace se naplno projevuje v neporozumění rozdílům mezi jednotlivými nápravnými a kontrolními nástroji. Pacienti zpravidla nevědí, jaký je reálný rozdíl mezi podáním stížnosti podle zákona o zdravotních službách, občanskoprávní žalobou, podnětem k disciplinárnímu řízení u profesní komory nebo podáním trestního oznámení Policii ČR. Často tak do stížnostního mechanismu vstupují s nerealistickými očekáváními, například s požadavkem na finanční kompenzaci újmy, přestože k tomuto účelu stížnost neslouží. Nepochopení limitů a možností jednotlivých nástrojů následně prohlubuje jejich frustraci z dosažených výsledků.

Důsledkem této složitosti a zdánlivého překrývání rolí napříč aktéry (krajské úřady, ministerstvo, zdravotní pojišťovny, komory) je časté podávání podnětů k nepříslušným orgánům. Pacienti v systému bloudí, narážejí na byrokratické překážky a nedaří se jim dobrat jednoznačného vedení či finálního řešení problému.

Při absenci aktivního a předem dostupného informování ze strany poskytovatelů pacienti informace o dalším postupu složitě dohledávají sami. Volí přitom vyčerpávající metodu „pokus–omyl“ nebo se spoléhají na neověřené zdroje, jako jsou internetová diskuzní fóra, sociální sítě či nástroje umělé inteligence. Neustálé hledání správné cesty představuje pro stěžovatele neúměrnou kognitivní a administrativní zátěž, v jejímž důsledku mnozí z nich komunikaci s institucemi po několika neúspěšných pokusech vzdávají. Ve zkoumaných případech se ukázala podpůrná role patientských a neziskových organizací, které stěžovatelům mohou pomáhat překonávat informační a procesní bariéry při uplatňování jejich práv.

5.1.3. Zkušenost s vyřizováním stížnosti

Po podání stížnosti narážejí pacienti v první fázi procesu na nedostatečnou transparentnost a zdoluhavost celého řízení. Stěžovatelé od stížnostního mechanismu očekávají předvídatelný časový rámec a průběžné informování o tom, v jaké fázi se jejich podnět nachází a kdo jej konkrétně řeší. V praxi se však často ocitají v takzvaném informačním vakuu, kdy po odeslání podnětu následují týdny i měsíce bez jakékoliv zpětné vazby. Toto dlouhé čekání a absence dílčí komunikace v pacientech vyvolávají nejistotu a posilují dojem, že se jejich případu instituce ve skutečnosti aktivně nevěnují, případně že stížnost v systému zapadla.

Samotné prošetřování případu je následně poznamenáno výraznou důkazní asymetrií, v níž při hodnocení situace absolutně dominuje zdravotnická dokumentace. Instituce i přezkumné orgány se o ni plně opírají jako o hlavní a často jediný objektivní zdroj informací, zatímco stěžovatel často disponuje pouze svou osobní výpovědí. Situace, které se do dokumentace standardně nezapisují – typicky nevhodný tón komunikace, nerespektující chování personálu či reálná srozumitelnost poskytnutého poučení – jsou tak v případě sporu hodnoceny jako nepřezkoumatelné tvrzení proti tvrzení. Subjektivní zkušenost pacienta tak nemá v tomto procesním nastavení dostatečnou důkazní váhu.

Výzkumy ukazují, že jedním z nejproblematictějších aspektů stížnostního mechanismu je pro pacienty podoba závěrečné odpovědi na podanou stížnost. Obdržené odpovědi jsou často vnímány jako příliš formální, neosobní a postrádající empatii. Namísto srozumitelného vysvětlení a projevení účasti pacienti narážejí na přísně úřednický či právnícký jazyk, který působí defenzivně a vytváří dojem, že hlavním cílem odpovědi je obhájit postup poskytovatele spíše než reagovat na pacientovu zkušenost.



Vedle formy odpovědi pacienti kriticky hodnotí také způsob, jakým instituce jejich stížnosti obsahově posuzují. Přestože jádro stížnosti často spočívá v selhání mezilidské komunikace, nedostatku respektu nebo narušení pacientovy důstojnosti, odpovědi se soustředí především na posouzení odborné správnosti poskytované péče a dodržení postupu *lege artis*. Tím dochází k převodu původního konfliktu do úzce medicínského nebo právního rámce, zatímco subjektivní zkušenost pacienta zůstává upozaděna. Pacienti tak často získávají pocit, že na jejich skutečné výhrady nebylo reagováno, a že stížnost nesplnila svůj účel jako prostředek dialogu, vysvětlení a případné nápravy.

5.1.4. Očekávání pacientů

Analýzy jednoznačně ukazují, že stěžovatelé při podávání stížnosti primárně usilují o pochopení situace, uznání případného pochybení a omluvu. Od poskytovatelů očekávají srozumitelné a lidské vysvětlení toho, co se stalo a proč k dané události došlo. Velmi důležitým prvkem je pro ně respekt a empatický přístup ze strany instituce, přičemž i prosté projevení účasti (např. slovy „mrzí nás to“) dokáže v mnoha ohledech zmírnit pocit bezmoci a obnovit narušenou důvěru.

Významným motivem je také to, co sami pacienti označují jako „princip“ a také snaha o prevenci do budoucna. Stěžovatelé od systému očekávají, že na základě jejich podnětu dojde k prokazatelnému přijetí nápravných opatření, která zabrání tomu, aby se obdobná negativní situace opakovala dalším pacientům. Potřebují získat ujištění, že se zdravotnické zařízení z případu poučilo a vyvodilo z něj konkrétní důsledky pro svou další praxi. Stížnost tak pacienti a jejich blízcí často vnímají jako nástroj pro kultivaci a zvyšování kvality celého zdravotnického systému, nikoliv jen jako prostředek pro řešení vlastního individuálního sporu.

Z hlediska samotného procesu vyřizování mají pacienti silné očekávání nestranného a nezávislého posouzení. Požadují hloubkové prošetření, které bude případně vycházet z více zdrojů a nebude se opírat výhradně o tvrzení a interní dokumentaci kontrolovaného poskytovatele. Zejména v situacích, kdy do procesu vstupuje nemocniční ombudsosoba nebo přezkumný správní orgán, pacienti předpokládají, že tento aktér bude fungovat jako neutrální prostředník garantující objektivní a nezávislý pohled na věc, nikoliv pouze jako obhájce postupů a zájmů nemocnice.

Důležitým požadavkem je pak zajištění průběžné komunikace a celkové transparentnosti řízení. Pacienti očekávají, že stížnostní proces bude časově předvídatelný a že po podání podnětu nezůstanou v informačním vakuu. Standardem by z jejich pohledu mělo být včasné potvrzení o přijetí stížnosti a následné zasílání alespoň stručných průběžných zpráv o tom, kdo se případem zabývá a v jaké fázi se šetření nachází. Tato proaktivní průběžná komunikace je pro stěžovatele klíčová, neboť výrazně posiluje jejich jistotu, že se instituce podnětem skutečně zabývá a neberou jej na lehkou váhu.

Specifická očekávání pacientů se vztahují také k roli nemocničních ombudsosob. Samotné označení „ombudsman“ v nich zpravidla vyvolává představu nezávislé a nestranné osoby, která jim pomůže zorientovat se v situaci, zprostředkuje komunikaci s poskytovatelem a zajistí objektivní posouzení jejich podnětu. Ve zkoumaných případech se však ukázalo, že tato očekávání nejsou vždy naplněna. Někteří pacienti vnímali ombudsosobu spíše jako součást organizační struktury nemocnice než jako nezávislého prostředníka, což u nich vedlo k pochybnostem o nestrannosti celého procesu. Výzkum tak naznačuje, že důvěru pacientů neovlivňuje pouze samotná existence nemocniční ombudsosoby, ale také jasné vymezení její role, kompetencí a způsob, jakým je pacientům představována.

Ačkoliv se v určitých případech objevuje i požadavek na finanční kompenzaci či náhradu škody, ze studií vyplývá, že to nebývá dominantní motivace pro podání stížnosti. Pacienti se sice snaží zorientovat v možnostech právní obrany a ve svých nárocích, samotné peněžní odškodnění však často vnímají spíše



jako symbol spravedlnosti. Těžiště jejich skutečných očekávání a potřeb nadále spočívá v uznání pochybení, získání informací a předcházení obdobným situacím u dalších pacientů.

5.2. Zkušenosti poskytovatelů zdravotních služeb

5.2.1. Organizace stížnostní agendy

Organizace stížnostní agendy se napříč zdravotnickým systémem diametrálně liší. V ambulantním sektoru má tato agenda převážně neformální charakter. Většina poskytovatelů zde nedisponuje písemně zpracovanou směrnicí a řešení stížností není standardizováno. Agenda je nejčastěji v přímé kompetenci vedoucího lékaře či lékařky, případně administrativního personálu recepce. Tomuto neformálnímu nastavení odpovídá i způsob informování pacientů o možnostech podání stížnosti. Poskytovatelé ambulantní péče tyto informace převážně aktivně nezveřejňují a komunikují je zpravidla až reaktivně v momentě, kdy dojde ke konfliktní situaci a projevům nespokojenosti.

Zcela odlišná situace panuje v lůžkové péči a u zdravotnických záchranných služeb, kde je proces řešení stížností naopak formalizovaný a povětšinou ukotvený ve vnitřních předpisech či směrnicích. Z organizačního hlediska je zde agenda delegována na specializované útvary, nejčastěji na oddělení řízení kvality, právní oddělení, nemocniční ombudsové či přímo pod vedení nemocnice. I přes toto formální ukotvení je však informování pacientů mnohdy spíše pasivní. Informace jsou typicky dostupné na webových stránkách zařízení nebo ve fyzickém prostředí nemocnic (např. na nástěnkách či ve vnitřním řádu), avšak jejich nalezení závisí především na iniciativě samotného pacienta.

Tyto rozdíly v organizačním nastavení stížnostní agendy je zároveň nutné vnímat v kontextu výrazně odlišného objemu řešených stížností. Zatímco ambulantní poskytovatelé a menší nemocnice nejčastěji řeší do deseti stížností ročně, u středních a zejména velkých nemocnic se běžně jedná o desítky až stovky stížností za rok. S rostoucí velikostí zdravotnického zařízení tak roste nejen počet přijímaných stížností, ale také nároky na jejich organizační, personální i procesní zajištění. Rozdíly v míře formalizace stížnostní agendy proto nelze interpretovat pouze jako odlišný přístup jednotlivých poskytovatelů, ale také jako důsledek rozdílného rozsahu této agendy.

Společným jmenovatelem napříč všemi segmenty péče je skutečnost, že stížnostní agenda není u většiny poskytovatelů systematicky personálně ukotvena jako primární či výhradní činnost. Z dat vyplývá, že personál pověřený vyřizováním stížností tuto agendu vykonává převážně kumulovaně se svými dalšími profesními povinnostmi, a to na zkrácené úvazky nebo zcela bez dedikované časové kapacity. Pracovníci se tak řešení stížností věnují „za pochodu“ nebo podle aktuální potřeby, což z organizačního hlediska ztěžuje možnost systematické a hlubší práce s touto agendou.

Významné rozdíly a celková roztržitost se projevují také v samotné evidenci přijatých stížností. Systém vykazuje plošně nízkou míru digitalizace. Poskytovatelé stížnosti nejčastěji evidují mimo standardní nemocniční informační systémy, typicky s využitím sdílených disků, oddělených počítačových složek či běžných kancelářských programů. U nezanedbatelné části zařízení, a to i v lůžkovém sektoru, je evidence vedena čistě v listinné podobě. Specializovaný software pro strukturovanou správu a evidenci stížnostní agendy se v praxi objevuje pouze výjimečně.

5.2.2. Získávání a využívání zpětné vazby pacientů

Proaktivní sběr zpětné vazby od pacientů se napříč segmenty zdravotní péče významně liší svou četností i formou. Zatímco v lůžkové péči představuje rozšířenou praxi, v ambulantním sektoru systematický sběr zpravidla standardem není a omezuje se spíše na neformální ústní sdělení.



Z hlediska nástrojů u poskytovatelů nadále dominuje sběr prostřednictvím papírových dotazníků, využití elektronických a online platforem plní spíše doplňkovou roli. Specifickou oblastí je pak zdravotnická záchranná služba, kde je plošné dotazování pacientů s ohledem na akutní povahu přednemocniční neodkladné péče objektivně obtížně realizovatelné, a tyto organizace se proto opírají primárně o spontánní podněty či veřejné internetové recenze.

Z praxe poskytovatelů zřetelně vyplývá, že hranice mezi zpětnou vazbou, běžným podnětem a formální stížností je velmi tenká a tyto agendy se často prolínají. Zejména v ambulantním sektoru dochází k časté terminologické i procesní záměně, kdy je pojem „zpětná vazba“ vnímán nikoliv jako systematické a předem nastavené zjišťování patientské zkušenosti, ale spíše jako reaktivní řešení konkrétní individuální nespokojenosti či konfliktní situace. Absence jasného koncepčního rozlišování těchto nástrojů vede k tomu, že podněty různé povahy jsou často vyřizovány ad hoc a bez standardizovaného přístupu.

Navzdory často nízkému objemu získaných dat a objektivním limitům v jejich reprezentativitě, hodnotí poskytovatelé napříč spektrem sběr zpětné vazby jako vysoce užitečný. Získané informace reálně přispívají ke zkvalitňování služeb, přičemž největší přínos je zaznamenáván v provozních a komunikačních oblastech. Poskytovatelé na základě podnětů prokazatelně upravují organizaci péče, optimalizují objednávkové systémy, upravují prostředí čekáren a pokojů či zlepšují patientskou stravu. Cenná je zpětná vazba rovněž pro interní procesy řízení kvality, rozvoj týmů a cílené vzdělávání personálu.

Hlavním deficitem stávající praxe je však převážně jednostranné využití získaných poznatků. Zdravotnická zařízení zpětnou vazbu sice vyhodnocují a aktivně s ní pracují na interních poradách či při úpravě předpisů, avšak systematické informování pacientů o výsledcích šetření či o nově přijatých nápravných opatřeních je plošně velmi slabé. Směrem k veřejnosti systém zůstává do značné míry uzavřený, čímž poskytovatelé přicházejí o možnost prokázat pacientům reálný dopad jejich hodnocení na kultivaci zdravotnického prostředí.

5.2.3. Role nemocničních ombudsoob

Institut nemocničních ombudsoob se v českém zdravotnictví postupně rozvíjí přibližně od roku 2006, kdy začaly vznikat první specializované pozice zaměřené na podporu pacientů při řešení jejich podnětů, stížností a komunikace se zdravotnickým zařízením. Jejich postavení není obecně upraveno zákonem o zdravotních službách a konkrétní podoba této role proto závisí na rozhodnutí jednotlivých poskytovatelů. Významný impuls pro další rozvoj představovalo vydání Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví k vyřizování stížností podle části osmé zákona o zdravotních službách s využitím institutu nemocničního ombudsmana v roce 2023, který poprvé systematicky popsal možné role, činnosti a přínosy nemocničních ombudsoob. Provedený výzkum ukázal, že institut nemocničních ombudsoob se v systému lůžkové péče uplatňuje s rostoucí frekvencí – mezi lety 2022 a 2026 se počet poskytovatelů, kteří tuto funkci zřídili, zdvojnásobil, a to z 33 na 75.

Současně však výsledky ukazují, že pod označením „nemocniční ombudsosoba“ dnes fungují poměrně rozdílné modely. Liší se nejen organizačním zařazením, ale také personálním zajištěním, rozsahem kompetencí či kvalifikačními požadavky. Ombudsosoby bývají nejčastěji přímo podřízeny ředitelům nemocnic, pracovní úvazky vyhrazené pro tuto agendu jsou zpravidla zkrácené, sdílené nebo nejsou formálně vyčleněny a tvoří součást jiné pracovní pozice. Plně vyčleněný úvazek zůstává spíše výjimkou. Příprava na výkon této odborně i psychologicky náročné role často probíhá nesystémově nebo formou zaškolení „za pochodu“, bez jednotně stanovených požadavků na vzdělání. Výsledky tak naznačují, že



v současnosti neexistuje jednotná představa o tom, jaké postavení, kompetence ani personální zajištění by tato role měla mít.

V praxi činnost nemocničních ombudsosob přesahuje samotné vyřizování formálních stížností. Část agendy je také komunikace s pacienty a jejich blízkými, poskytování informací, řešení drobných podnětů, zodpovídání dotazů, edukační činnost směrem k personálu či práce se zpětnou vazbou pacientů. U většiny zapojených poskytovatelů ombudsosoby plní roli kontaktního místa, které usnadňuje orientaci pacientů v systému a zprostředkovává komunikaci mezi pacienty, zdravotníky a vedením nemocnice. Respondenti opakovaně zdůrazňovali jejich význam při předcházení eskalaci konfliktů a poskytování prostoru pacientům, aby mohli sdělit svou zkušenost. Podle části poskytovatelů představují ombudsosoby také důležitý zdroj zpětné vazby pro vedení nemocnice a mohou přispívat k identifikaci opakujících se systémových problémů i ke zlepšování kvality poskytované péče. Výsledky tak naznačují, že se role nemocničních ombudsosob postupně posouvá od tradičního vyřizování stížností směrem k širší práci s patientskou zkušeností, podporou komunikace a prevencí konfliktů.

Efektivitu tohoto institutu však oslabuje především značná různorodost modelů fungování, rozdílné pojetí role i častá kumulace funkcí. Pouze u menší části poskytovatelů je ombudsmanství vykonáváno jako samostatná profese. Ve většině zařízení je tato agenda spojena s jinými pracovními pozicemi, nejčastěji v oblasti řízení kvality, na právních odděleních, v lékařských či nelékařských zdravotnických profesích nebo přímo ve vedení nemocnice.

Na tyto skutečnosti navazují i limity, které poskytovatelé ve vztahu k institutu nemocničních ombudsosob identifikují. Vedle nedostatku časových a personálních kapacit zmiňují zejména absenci jasného legislativního vymezení kompetencí, omezené možnosti přímo prosazovat nápravná opatření či závislost na spolupráci ostatních útvarů nemocnice. Překážkou je rovněž nízké povědomí pacientů o existenci této role nebo naopak očekávání, že ombudsosoba bude vystupovat jako zcela nezávislý obhájce jejich zájmů. Zjištění tak ukazují, že přestože se role nemocničních ombudsosob v řadě zařízení postupně rozšiřuje, její další rozvoj naráží na nejednotné organizační ukotvení, rozdílné kompetence i absenci společně sdíleného vymezení jejího poslání.

5.2.4. Překážky a potřeby poskytovatelů

Přestože většina poskytovatelů eviduje relativně nízký počet stížností, jejich vyřizování představuje organizačně i odborně náročný proces. Za nejnáročnější považují zejména administrativní zajištění celého řízení, posouzení oprávněnosti stížnosti, koordinaci vyjádření více zapojených osob a citlivou komunikaci se stěžovatelem. Náročnost řešení tak nespočívá v jedné konkrétní činnosti, ale ve spojení právních, odborných, organizačních i komunikačních aspektů, které musí být zvládnuty v zákonných lhůtách a při zachování běžného provozu zdravotnického zařízení. Vedle procesních výzev poskytovatelé upozorňují také na emoční náročnost práce s konfliktními situacemi a vysokými očekáváními některých stěžovatelů.

Poskytovatelé jako hlavní potřebu identifikují vytvoření silnější metodické podpory. Opakovaně zmiňují potřebu jednotných doporučených postupů, modelových řešení typových situací, metodických materiálů i jasnější interpretace právních požadavků. Významným tématem je rovněž podpora v oblasti komunikace s pacienty a řešení konfliktních situací.

Vedle metodické podpory respondenti poukazují také na potřebu silnější koordinace na národní úrovni. Objevují se návrhy na systematické sdílení zkušeností mezi zdravotnickými zařízeními a zájem o metodické platformy pro nemocniční ombudsosoby či další pracovníky odpovědné za vyřizování stížností. Výsledky tak ukazují, že další rozvoj systému řešení stížností není podmíněn pouze úpravou



jednotlivých procesů, ale také vytvořením podpůrného prostředí, což přispěje ke kvalitnějšímu a efektivnějšímu vyřizování stížností.

5.3. Pohled správních orgánů / krajských úřadů

Tato kapitola vychází z průběžně prováděné analýzy výkonu kontrolní a stížnostní agendy ze strany krajských úřadů a magistrátu hlavního města Prahy (dále souhrnně jen „krajských úřadů“), kterou Ministerstvo zdravotnictví provádí od roku 2023, a dále z dotazníkového šetření, které ministerstvo provedlo ve dnech 26. března 2026 až 10. dubna 2026 a jehož cílem bylo získat kvalitativní data o praxi správních orgánů v oblasti vyřizování stížností podle zákona o zdravotních službách. Jak analýzy výkonu kontrolní a stížnostní agendy tak dotazníkového šetření se aktivně zúčastnilo všech 14 krajských úřadů.

5.3.1. Fungování druhé fáze stížnostního mechanismu

Krajské úřady představují druhý stupeň stížnostního mechanismu a vstupují do řešení případu v situaci, kdy stěžovatel nesouhlasí se způsobem, jakým byla jeho stížnost vyřízena poskytovatelem zdravotních služeb. Jejich role proto není pouze procesní, ale také přezkumná a dozorčí: posuzují správnost postupu poskytovatele, podle povahy případu zajišťují odborné posouzení a mohou navazovat uložením nápravných opatření či dalšími dozorčími úkony.

Dostupná data ukazují, že tato část systému funguje napříč kraji rozdílně. Odlišnosti se týkají vnitřní organizace agendy, míry formalizace postupů i způsobu využívání jednotlivých nástrojů při šetření stížností.

Krajské úřady uvádějí, že nejčastějším předmětem stížností jsou otázky klinického (odborného) charakteru, dále pak nevhodná komunikace zdravotnických pracovníků. Méně často stížnosti míří proti nezpřístupnění zdravotnické dokumentace a odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb. Na druhé straně ovšem z dostupných statistik plyne, že výrazná většina stížností řešených krajskými úřady si nevyžádala ustavení nezávislého odborníka či nezávislé odborné komise. Sesbíraná data tak nepodporují vnímání krajských úřadů ohledně nejvíce prevalentního předmětu stížností. Je otázkou, co konkrétně působí tuto diskrepanci mezi subjektivním vnímáním krajských úřadů a reálně vykázaným odborným (klinickým) posuzováním stížností.

Jednou z možností je, že vyřizování stížností odborné povahy je oproti zbytku stížností tak výrazně více zatěžující, že vyřizování těchto stížností (byť je jich menšina) představuje pro úředníky krajských úřadů větší zátěž než vyřizování ostatního nápadu stížností. Druhým možným vysvětlením je, že ustavování nezávislých odborníků a nezávislých odborných komisí je pro krajské úřady natolik komplikovaným procesem, že k jeho uplatnění nepřistupují ve všech případech vyžadujících odborné posouzení stížnosti, což by poukazovalo na zásadní nefunkčnost institutu nezávislých odborníků a nezávislých odborných komisí.

5.3.2. Interakce se stěžovateli a poskytovateli

Zkušenosti krajských úřadů ukazují, že průběh druhé fáze významně ovlivňuje způsob, jakým do ní vstupují stěžovatelé i poskytovatelé. Na straně stěžovatelů se opakovaně projevuje omezená orientace v systému. Současné nastavení je často vnímáno jako administrativně i procesně komplikované. Uvedené se projevuje zejména v tom smyslu, že stěžovatelé se se svou stížností obracejí přímo na krajský úřad, aniž by předtím podali stížnost poskytovateli, případně není zřejmé, zda a jak byla jejich stížnost u poskytovatele vyřízena. Téměř všechny krajské úřady tuto zkušenost označily za pravidelnou.



Nízká orientace pacientů v systému tak vytváří dodatečnou administrativní zátěž a může celý proces dále prodlužovat.

Na straně poskytovatelů krajské úřady vnímají výrazné rozdíly v kvalitě první fáze stížnostního mechanismu. Některé odpovědi hodnotí jako velmi precizní, u jiných však podle jejich zkušeností dochází k neúplnému vypořádání jednotlivých bodů stížnosti, nedostatečnému vysvětlení nebo slabšímu uchopení témat komunikace a práv pacientů. V některých případech se krajské úřady setkávají také s nedostatečnou součinností poskytovatele.

Pokud krajský úřad při vyřizování stížnosti zjistí pochybení, může na výsledek navázat uložením nápravného opatření nebo dalšími kontrolními či správními kroky. Dostupná data ukazují, že přístupy jednotlivých krajů se v této oblasti liší. Rozdíly v četnosti ukládání nápravných opatření přitom nelze bez zohlednění okolností jednotlivých případů interpretovat jako rozdíly v kvalitě postupu správních orgánů. Rozdílný je také způsob následného ověřování jejich splnění. Dotazníkové šetření ukázalo, že většina krajských úřadů přijetí nápravných opatření určitým způsobem sleduje. Někteří respondenti zároveň upozorňovali, že skutečný dopad opatření na změnu praxe poskytovatele nemusí být vždy snadno ověřitelný a že v některých případech může být obtížné jejich dlouhodobý dopad systematicky sledovat. Potenciál stížností jako zdroje pro zlepšování kvality tak podle respondentů souvisí nejen s výsledkem konkrétního přezkumu, ale také se způsobem, jakým poskytovatel na zjištění reaguje a jak je následná náprava sledována.

5.3.3. Odborné posuzování, lhůty a kapacity

Nejvýraznější praktické limity druhé fáze stížnostního mechanismu se projevují u případů, které vyžadují zapojení nezávislého odborníka nebo odborné komise. Přestože většina stížností je vyřízena bez jejich ustavení, právě odborně složitější případy jsou spojeny s výrazně delší dobou vyřizování a vyšší organizační náročností. Zatímco stížnosti bez externího odborného posouzení jsou v průměru vyřízeny v řádu několika týdnů, u případů s nezávislým odborníkem či odbornou komisí se délka řízení prodlužuje na několik měsíců.

Významnou část této doby přitom nepředstavuje samotné odborné posouzení, ale již zajištění vhodného odborníka nebo sestavení odborné komise. V případě šetření, v jehož rámci bylo nezbytné ustavit nezávislého odborníka, činil celorepublikový průměr délky tohoto šetření 172 dní a v případě ustavení odborné komise 270 dní. Z výše uvedených dat tak vyplývá, že zákonem stanovené lhůty pro vyřizování stížností jsou fakticky neúčinné a neodpovídají náročnosti procesu vyřizování stížností.

Krajské úřady tuto oblast shodně označují za jeden z hlavních nedostatků současného systému a poukazují zejména na omezenou dostupnost odborníků, nejednotné podmínky jejich zapojení a administrativní náročnost celého procesu. Současné nastavení zákonných lhůt proto podle jejich zkušeností ne vždy odpovídá reálným podmínkám, za nichž je odborné posouzení zajišťováno.

Náročnost stížnostní agendy zároveň souvisí s omezenými personálními kapacitami krajských úřadů. Pracovníci pověřeni vyřizováním stížností se této agendě zpravidla nevěnují výhradně a kombinují ji s dalšími činnostmi. V roce 2025 odpovídala souhrnná kapacita pracovníků vyčleněná na stížnostní agendu v průměru přibližně 1,65 plného pracovního úvazku na jeden krajský úřad. Rozředování agendy dotčených úředníků mezi několikero činností, častokrát nesouvisejících s výkonem stížnostní či kontrolní agendy, s sebou nese i navazující negativní důsledky, například nemožnost, resp. výraznou limitaci metodického či vzdělávacího působení vůči těmto úředníkům a jejich omezenou specializaci na tuto agendu. Krajské úřady ostatně samy uvádějí posílení personálního zázemí jako jeden z faktorů, který by jim pomohl při výkonu stížnostní agendy.



Výsledky tak ukazují, že rychlost a předvídatelnost druhé fáze stížnostního mechanismu nejsou ovlivněny pouze procesními pravidly, ale také reálnou dostupností odborného posouzení a personálním zajištěním agendy. Tyto faktory se přitom koncentrují právě u složitějších případů, u nichž je význam nezávislého a odborně kvalitního přezkumu největší.

5.3.4. Další potřeby správních orgánů

Vedle výše uvedeného, tj. potřeby systémovějšího řešení dostupnosti nezávislých odborníků, včetně jasnějších pravidel jejich zapojení a odměňování, realističtější nastavení procesních podmínek a lepší informační podpora stěžovatelů, krajské úřady za významnou podmínku kvalitního výkonu stížnostní agendy považují silnější metodickou a odbornou podporu. Opakovaně zmiňují potřebu jednotnějších doporučených postupů, jasnějšího výkladu právní úpravy a praktického metodického vedení při řešení složitějších případů. Výrazná je také poptávka po pravidelném sdílení zkušeností a kazuistik mezi jednotlivými kraji a po dalším vzdělávání pracovníků, kteří stížnostní agendu vykonávají.



6. Klíčová zjištění

Na základě syntézy poznatků získaných z realizovaných hloubkových rozhovorů s pacienty, analýzy případů z právních poraden, dotazníkových šetření mezi poskytovateli zdravotních služeb a krajskými úřady byly identifikovány čtyři hlavní okruhy systémových problémů současného stížnostního mechanismu.

Identifikace těchto okruhů proběhla v rámci jednání, na němž byly výsledky jednotlivých výzkumných aktivit podrobeny společné interpretaci, porovnání a tematické syntéze. Jednání se zúčastnili zástupci patientských organizací, poskytovatelů zdravotních služeb, nemocničních ombudsoch, správních orgánů i Ministerstva zdravotnictví. Cílem nebylo vytvářet nové poznatky, ale společně identifikovat témata, která se napříč všemi datovými zdroji opakovaně objevovala a představují nejvýznamnější systémové výzvy.

Tematické okruhy se v praxi vzájemně překrývají, jejich samostatné členění v následující části slouží především k jejich systematickému zachycení.

6.1. Obtížná orientace pacientů a nerovné postavení ve stížnostním mechanismu

Jedním z nejvýznamnějších zjištění napříč realizovanými výzkumy je skutečnost, že současný systém uplatňování stížností a další zpětné vazby je pro pacienty obtížně srozumitelný a současně je staví do fakticky nerovného postavení vůči poskytovatelům zdravotních služeb. Obtíže pacientů nezačínají až při samotném vyřizování stížnosti, ale již ve fázi rozhodování, zda svou zkušenost či nespokojenost vůbec sdělit, jakou formu zpětné vazby zvolit a na koho se obrátit. Nedostatečná orientace v systému a informační i odborná asymetrie mezi pacientem a institucemi představují významné bariéry, které ovlivňují celý průběh stížnostního procesu i jeho výsledné vnímání.

6.1.1. Pacienti se obtížně orientují v systému

Výzkumy opakovaně potvrdily, že orientace pacientů ve stížnostním mechanismu představuje jednu z jeho nejvýznamnějších slabin. Přestože právní úprava vymezuje základní postupy a kompetence jednotlivých subjektů, pro běžného pacienta zůstává systém často nepřehledný. Pacientům často není jasné, jak systém funguje, na koho se mají v konkrétní situaci obrátit ani jaké jsou rozdíly mezi jednotlivými prostředky ochrany jejich práv. Informace nebývají vždy snadno dohledatelné či přístupné všem skupinám pacientů. Samotné označení „stížnost“ navíc může vyvolávat negativní asociace a část pacientů od využití mechanismu odrazovat.

Významnou roli hraje také způsob, jakým o možnosti podat stížnost či poskytnout zpětnou vazbu informují poskytovatelé zdravotních služeb. V lůžkové péči bývají informace nejčastěji dostupné na webových stránkách, v interních materiálech nebo ve fyzickém prostředí zdravotnického zařízení, například na nástěnkách, recepcích či odděleních. Převládá však spíše pasivní model, který předpokládá, že pacient informaci sám vyhledá. V ambulantním sektoru je cílené informování výrazně méně obvyklé a informace bývá často poskytnuta až v okamžiku, kdy pacient projeví nespokojenost nebo vznikne konfliktní situace. Vedle těchto rozdílů existují i příklady aktivnější praxe, například informování při přijetí, prostřednictvím dokumentu o právech pacientů nebo s využitím pověřené osoby či nemocniční ombudsochy.

Při absenci předem dostupného a srozumitelného návodu si pacienti informace dohledávají sami, obracejí se postupně na více institucí nebo využívají neformální zdroje. Ve zkoumaných případech se



přítom ukázala podpůrná role patientských a neziskových organizací, které pomáhaly stěžovatelům zorientovat se v systému, vysvětlit dostupné možnosti a zvolit odpovídající postup. Schopnost mechanismus účinně využít tak do značné míry závisí na individuálních znalostech, zkušenostech, časových možnostech a dostupnosti podpory.

Také zkušenosti krajských úřadů potvrzují, že nedostatečná orientace pacientů má dopad na fungování celého systému. Správní orgány se opakovaně setkávají s podáními, která jsou adresována přímo jim, přestože měla být nejprve uplatněna u poskytovatele. Následné ověřování dosavadního postupu a předávání podání zvyšuje administrativní náročnost a prodlužuje řešení případu.

Výzkumy současně ukázaly, že pacienti se obtížně orientují nejen v možnostech podání formální stížnosti, ale také v dalších způsobech, jak zdravotnickému zařízení sdělit svou zkušenost nebo podnět ke zlepšení péče. Rozdíl mezi stížností, podnětem, připomínkou nebo běžnou zpětnou vazbou není pro řadu pacientů zřejmý, k čemuž přispívá i to, že jednotliví poskytovatelé používají odlišné názvy i komunikační kanály. To může vést k tomu, že pacienti své zkušenosti vůbec nesdělí nebo zvolí postup, který neodpovídá povaze jejich podnětu.

6.1.2. Pacienti vstupují do procesu ve slabším postavení

Analýza ukazuje, že pacient a poskytovatel nevstupují do stížnostního procesu jako fakticky rovnocenní aktéři. Poskytovatel disponuje odbornými znalostmi, přístupem ke zdravotnické dokumentaci, znalostí interních postupů a zpravidla také personálním či právním zázemím. Pacient naproti tomu řeší situaci jako laik, často ve zdravotně, psychicky nebo sociálně náročné situaci. Tato asymetrie se promítá do celého průběhu řešení stížnosti.

Z dostupných dat vyplývá, že nerovnováhu dále prohlubuje samotné nastavení komunikace mezi pacientem a institucemi. Zkušenosti pacientů ukazují, že komunikace není vždy vedena partnerským způsobem a jejich osobní zkušenost ustupuje do pozadí odborné a právní argumentace poskytovatele a že jejich podněty jsou posuzovány především optikou zdravotnické dokumentace a vyjádření zdravotnických pracovníků. Odpovědi bývají někdy vnímány jako formalistické, obtížně srozumitelné nebo zaměřené především na obhajobu postupu poskytovatele. Na druhé straně výzkumy zachytily i příklady dobré praxe, kdy osobní jednání, srozumitelné vysvětlení a empatický přístup pomohly konflikt zklidnit a obnovit důvěru pacienta. Právě způsob komunikace tak může existující nerovnováhu buď prohlubovat, nebo ji alespoň částečně vyvažovat.

Významnou bariérou pro uplatnění práv pacientů představují také obavy spojené se samotným podáním stížnosti. Pacienti váhají stížnost podat ze strachu, že by mohla negativně ovlivnit jejich další vztah s poskytovatelem nebo kvalitu budoucí péče. Tyto obavy se objevují zejména v případech dlouhodobé léčby, u pacientů se závažným onemocněním nebo tam, kde je možnost změny poskytovatele omezená. Slabší postavení tak nevychází pouze z rozdílu v odborných znalostech, ale také ze samotné povahy vztahu, v němž pacient potřebuje zachovat přístup ke zdravotní péči.

Nerovnováhu mezi oběma stranami dále posiluje omezená srozumitelnost samotného průběhu šetření a skutečnost, že pacienti často nemají dostatek informací o tom, jakým způsobem je či bude jejich stížnost posuzována. Z výzkumů vyplývá, že pacienti ne vždy rozumějí tomu, kdo stížnost prošetřuje, z jakých podkladů vychází nebo jak byly jejich argumenty při rozhodování zohledněny. Současně část pacientů vyjadřovala pochybnosti o nestrannosti procesu, zejména pokud je šetření vedeno přímo poskytovatelem zdravotních služeb nebo jeho zaměstnanci. Výsledkem může být situace, kdy je postup z hlediska zákonných požadavků formálně správný, pacient jej však přesto vnímá jako nespravedlivý nebo nedostatečně transparentní.



6.1.3. Důsledky

Výzkumy ukazují, že omezená srozumitelnost systému a nerovné postavení pacientů neovlivňují pouze průběh jednotlivých stížností, ale promítají se do fungování celého stížnostního mechanismu i systému získávání patientské zpětné vazby. Pokud pacienti nerozumějí tomu, jaké mají možnosti, kam se obrátit nebo jak bude jejich podnět řešen, část z nich své zkušenosti vůbec neuplatní nebo je sdělí až ve chvíli, kdy již konflikt významně eskaloval. Ztrácí se tak možnost řešit řadu situací v jejich počátku prostřednictvím otevřené komunikace nebo neformální zpětné vazby.

Nedostatečná informovanost pacientů současně vede k tomu, že podněty nejsou vždy směřovány správné instituci nebo odpovídajícímu komunikačnímu kanálu. Tato roztržičnost prodlužuje řešení jednotlivých případů, zvyšuje administrativní zátěž všech zapojených subjektů a snižuje celkovou efektivitu systému.

Významné důsledky se projevují také v oblasti důvěry. Přestože může být zákonný postup dodržen, pacienti jej mohou vnímat jako nespravedlivý nebo netransparentní, pokud nerozumějí jeho průběhu nebo nemají důvěru v jeho nestrannost. To může oslabovat důvěru nejen v samotný mechanismus vyřizování stížností, ale i ve zdravotnický systém jako celek.

Současně tím systém přichází o část informací, které by mohly přispět ke zlepšování kvality poskytované péče. Pacienti, kteří se rozhodnou svou zkušenost vůbec nesdělít nebo od podání stížnosti či poskytnutí zpětné vazby upustí, představují skupinu, jejíž zkušenosti zůstávají pro poskytovatele i tvůrce zdravotních politik nevyužity.

6.2. Nejednotné procesy a omezené využívání stížností a zpětné vazby pro zlepšování kvality péče

Přestože právní úprava vymezuje základní pravidla vyřizování stížností a systém hodnocení kvality ukládá poskytovatelům povinnost pracovat také s patientskou zpětnou vazbou, výzkum ukázal, že praktické fungování těchto mechanismů je napříč zdravotnickým systémem značně nejednotné. Rozdíly se týkají zejména organizačního nastavení jednotlivých procesů, jejich vzájemného propojení i způsobu, jakým jsou získané poznatky využívány při řízení kvality zdravotních služeb.

Z realizovaných výzkumů vyplývá, že stížnosti a patientská zpětná vazba nejsou napříč poskytovateli vnímány jednotně. Zatímco některé organizace s nimi pracují jako se vzájemně se doplňujícími zdroji informací o kvalitě poskytované péče, jiné je chápou jako oddělené administrativní agendy nebo jejich potenciál využívají pouze omezeně.

6.2.1. Nejednotné pojetí stížností a zpětné vazby

Výzkum ukázal, že mezi poskytovateli zdravotních služeb neexistuje jednotné pojetí role stížností ani patientské zpětné vazby. Rozdíly se týkají organizačního zajištění procesů, jejich účelu, návaznosti na řízení kvality i způsobu využívání získaných poznatků. V důsledku toho mohou být obdobné případy řešeny odlišným způsobem a kvalita vyřizování stížností i práce se zpětnou vazbou závisí ve značné míře na místních podmínkách, personálních kapacitách a individuálním přístupu jednotlivých organizací.

Nejednotnost se promítá do samotného účelu první fáze vyřizování stížností. Ze shromážděných dat není zřejmé, zda má tato fáze primárně sloužit jako nástroj komunikace a smírného řešení mezi pacientem a poskytovatelem, interního přezkoumání postupu poskytovatele, nebo zda představuje podklad pro následný přezkum správním orgánem. Neexistence společného pojetí vede k rozdílným očekáváním pacientů, poskytovatelů i krajských úřadů a promítá se do odlišných postupů jednotlivých



aktérů. Poskytovatelé i krajské úřady se významně liší v tom, kdo u nich stížnosti vyřizuje, jaké má k výkonu této role kompetence i kvalifikaci, časovou kapacitu, odbornou podporu, jak samotné vyřizování stížnosti probíhá apod. Výzkum současně naznačuje, že právě způsob vedení této první fáze významně ovlivňuje následnou zkušenost pacientů i jejich důvěru ve stížnostní mechanismus.

Významné rozdíly byly zjištěny rovněž v oblasti systematického získávání patientské zpětné vazby. Někteří poskytovatelé využívají širší spektrum nástrojů (dotazníky, pochvaly, knihy podnětů nebo jiné komunikační kanály) a aktivně vyhledávají zkušenosti pacientů, jiní se soustředí především na řešení formálních stížností nebo se zpětnou vazbou pracují pouze omezeně. Napříč systémem není jednotně vymezeno, jaké informace mají být o patientské zkušenosti shromažďovány, jakým způsobem mají být evidovány ani jak mají být dále zpracovávány. To omezuje srovnatelnost postupů mezi poskytovateli a přispívá k tomu, že význam i využití zpětné vazby se v jednotlivých zdravotnických zařízeních výrazně liší.

Významným problémem je rovněž nastavení procesu u ambulantních poskytovatelů. Současná právní úprava předpokládá, že pacient před podáním stížnosti krajskému úřadu nejprve využije postup u poskytovatele. V ambulantní péči však tento model naráží na praktické limity, neboť poskytovatelé často nemají vytvořené odpovídající organizační zázemí ani personální kapacity pro vyřizování stížností ani sběr zpětné vazby.

K nejednotnosti přispívá také absence jednotného postupu pro opakovaná či šikanózní podání, v jejichž případech nejsou jasně vymezeny hranice mezi právem stěžovatele na podání stížnosti a potřebou chránit systém před nepřiměřenou administrativní zátěží.

Celkově tak současný systém ponechává značný prostor pro individuální nastavení procesů jednotlivými poskytovateli a krajskými úřady. Výsledkem je, že kvalita a průběh vyřizování stížností i zkušenost pacientů mohou významně záviset na místních podmínkách, personálním zajištění a individuálním přístupu jednotlivých organizací.

6.2.2. Omezené využívání stížností a zpětné vazby pro zlepšování kvality péče

Stížnosti a patientská zpětná vazba jsou poskytovateli v řadě případů využívány k přijímání konkrétních změn. V ambulantní péči respondenti popisovali zejména úpravy organizace provozu, objednávkových systémů a komunikace s pacienty; v lůžkové péči jsou výsledky zpětné vazby často vyhodnocovány, sdíleny na poradách a předávány útvarům řízení kvality. Stížnosti i další podněty mají prokazatelný potenciál upozorňovat na nedostatky, které by poskytovatelé jinak nemuseli zachytit. Tento přístup však není napříč systémem jednotný a jeho rozsah závisí především na konkrétní instituci, jejích kapacitách a přístupu vedení.

Omezení se projevuje zejména v systematickém zpracování získaných poznatků. Zatímco jednotlivé stížnosti bývají prošetřeny a zpětná vazba může vést k dílčím změnám, méně samozřejmá je jejich společná analýza, sledování opakujících se témat a propojování s dalšími ukazateli kvality a bezpečí péče. Zejména v ambulantním sektoru převažuje neformální, ústně poskytovaná zpětná vazba a práce s ní bývá soustředěna na vedoucího lékaře či lékařku. Přestože většina poskytovatelů, kteří zpětnou vazbu získávají, uvádí její praktické využití, podstatně menší část systematicky vyhodnocuje výsledky nebo sleduje dlouhodobější trendy. V lůžkové péči je práce se zpětnou vazbou formalizovanější, stížnostní agenda a širší systém patientské zpětné vazby však často fungují paralelně a jejich poznatky nejsou vždy společně vyhodnocovány.



Obdobná nejednotnost se týká nápravných opatření. Jejich přijetí zpravidla závisí na vyhodnocení konkrétního případu, neexistuje však jednotná praxe jejich formulování, realizace a následného ověřování. Zkušenosti krajských úřadů ukazují, že důvodné stížnosti sice často vedou k přijetí určitého opatření, jeho reálný dopad se však mezi poskytovateli liší. Některá opatření mohou mít pouze formální charakter a bez následného sledování není vždy zřejmé, zda skutečně vedla ke změně postupů a zabránila opakování problému. Správní orgány zároveň upozorňují, že možnost kontrolovat plnění opatření je omezena jejich vlastními personálními a časovými kapacitami.

Omezené je také informování směrem k pacientům. Ačkoli zejména lůžkoví poskytovatelé získané poznatky interně vyhodnocují a využívají, pouze menší část informuje pacienty o výsledcích nebo přijatých změnách. Respondenti z řad pacientů přitom opakovaně uváděli, že pro ně není důležitý pouze výsledek stížnosti, ale také informace o tom, zda jejich zkušenost vedla ke změně. Pokud není tento dopad srozumitelně komunikován nebo vůbec sledován, oslabuje se preventivní funkce stížností i zpětné vazby.

6.2.3. Důsledky

Roztříštěnost procesů vede k tomu, že srovnatelné případy jsou napříč zdravotnickým systémem řešeny rozdílným způsobem. Průběh a kvalita vyřízení stížnosti pak závisí na jejím obsahu, typu poskytovatele, místním nastavení, dostupných kapacitách a zkušenostech konkrétních pracovníků. Výrazné rozdíly jsou patrné zejména mezi ambulantní a lůžkovou péčí. Zatímco v lůžkových zařízeních je agenda zpravidla formalizována vnitřními předpisy, v ambulantním sektoru převažují neformální postupy a individuální řešení případ od případu.

Nejednotné procesní nastavení současně snižuje předvídatelnost stížnostního mechanismu pro pacienty. Pacienti obtížněji odhadují, jak bude s jejich podnětem naloženo, jaký prostor dostanou pro vysvětlení své zkušenosti a jakého výsledku mohou prostřednictvím jednotlivých fází dosáhnout. Rozdíly ve formě, konkrétnosti a tónu odpovědí mohou vést k tomu, že i formálně vyřízená stížnost nenaplní svůj účel.

Dalším důsledkem je omezená schopnost systému učit se z patientských zkušeností. Pokud jsou stížnosti a další formy zpětné vazby evidovány, kategorizovány a vyhodnocovány rozdílně, nevznikají srovnatelná data umožňující sledovat opakující se problémy a dlouhodobé trendy. Současně se omezuje možnost porovnávat praxi jednotlivých zařízení, sdílet zkušenosti a rozvíjet jednotnější standardy vyřizování stížností. Stejně tak bez systematického sledování přijatých nápravných opatření není možné spolehlivě posoudit, zda skutečně vedla ke změně a zda se obdobné nedostatky neopakují. Systém tak může zvládat jednotlivé případy, ale jen omezeně proměňuje získané poznatky v organizační a systémové zlepšování kvality a bezpečí zdravotních služeb.

6.3. Nejednotné postavení a fungování nemocničních ombudsosob

Institut nemocničních ombudsosob se v českém zdravotnictví postupně rozvíjí a stává se stále významnější součástí stížnostního mechanismu. Současně však potvrdil značnou různorodost jeho praktického fungování. Rozdíly se netýkají pouze organizačního ukotvení této role, ale také rozsahu činností, kompetencí, personálního zabezpečení i očekávání, která jsou s ní spojována.

Přestože se jedná o institut s významným potenciálem přispívat k ochraně práv pacientů, zlepšování komunikace i kultivaci vztahů mezi pacienty a poskytovateli zdravotních služeb, jeho nejednotné pojetí vytváří rozdílné podmínky pro výkon této role a ovlivňuje způsob, jakým je vnímána pacienty i samotnými poskytovateli.



6.3.1. Nejednotné organizační ukotvení a nezávislost

Z dostupných dat vyplývá, že role nemocničních ombudsovy se v jednotlivých zdravotnických zařízeních výrazně liší. Rozdíly se netýkají pouze samotné existence této pozice, ale také jejího organizačního zařazení, rozsahu činností, časové kapacity i vztahu k vedení nemocnice. Ombudsovy jsou nejčastěji přímo podřízeny řediteli nebo jinému člena vedení, v některých nemocnicích jsou začleněny do útvarů kvality, právních oddělení či kanceláře vedení, jinde působí jako externí spolupracovníci.

Významným rysem je kumulace ombudsmanské role s jinými pracovními funkcemi. Pouze část ombudsovy vykonává tuto činnost jako samostatnou pozici, častěji je spojena například s řízením kvality, právní agendou, zdravotnickou profesí, interním auditem nebo vedením nemocnice. Obdobně se liší časové vymezení této práce; vedle plných či zkrácených úvazků se objevuje výkon na základě dohod mimo pracovní poměr nebo bez samostatně vyčleněné kapacity, jako součást jiné pracovní náplně. Takové uspořádání může být v některých zařízeních pragmatickou reakcí na jejich velikost a počet podnětů, zároveň však ovlivňuje dostupnost ombudsovy pro pacienty, prostor pro důkladné řešení případů i možnost věnovat se preventivní a systémové činnosti.

Kvalitativní rozhovory s pacienty ukazují, že nejasné organizační ukotvení pozice ombudsovy významně ovlivňuje jejich očekávání i důvěru v tuto roli. Samotné označení „ombudsman“ v pacientech zpravidla vyvolává představu nezávislé osoby, která bude jejich situaci posuzovat nestranně a pomůže jim nalézt spravedlivé řešení. Část respondentů však popisovala zklamání poté, co zjistila, že ombudsova je zaměstnancem nemocnice nebo je organizačně začleněna do její struktury. V těchto případech pacienti obtížně rozlišovali mezi rolí prostředníka, interního koordinátora a zástupce poskytovatele. Nejednoznačné vymezení funkce tak může vést k rozdílným očekáváním pacientů, která nejsou vždy v souladu s rolí konkrétní ombudsovy.

Současná právní úprava neupravuje mechanismy, které by nezávislost ombudsovy systematicky chránily, například jasným vymezením jejího postavení, způsobu jmenování, přístupu k informacím nebo ochrany před nepřiměřenými zásahy do její činnosti. Výsledná míra autonomie proto do značné míry závisí na konkrétním organizačním modelu, kultuře daného poskytovatele a podpoře jeho vedení.

6.3.2. Nejednotné vymezení role, kompetencí a kvalifikačních předpokladů

Rozdíly v pojetí role ombudsovy se mimo výše uvedeného týkají i samotné náplně práce, tak rozsahu oprávnění a odpovědnosti. V některých nemocnicích fungují ombudsovy jako široce pojatý prostředník mezi pacientem, personálem a vedením nemocnice. Vedle vyřizování stížností se zapojují do osobní komunikace s pacienty a jejich blízkými, pomáhají předcházet eskalaci konfliktů, poskytují poradenství, zprostředkovávají patientskou zkušenost vedení nemocnice a podílejí se na přijímání změn v organizaci péče. V takovém pojetí má jejich role výrazný preventivní a rozvojový rozměr a může přispívat ke zlepšování komunikace, posilování důvěry i systematickému zvyšování kvality poskytovaných služeb. V dotazníkovém šetření mezi poskytovateli respondenti popsali situace, kdy ombudsova pomohla řešit situace ještě před vznikem formální stížnosti, soustřeďovala podněty pacientů a předávala je vedení nebo útvarům kvality jako podklad pro úpravu interních postupů. V jiných zařízeních je naopak role ombudsovy pojata užším způsobem a soustředí se převážně na administrativní zajištění stížnostní agendy, zejména na evidenci podání, koordinaci vyjádření dotčených pracovišť a přípravu písemných odpovědí. Takto nastavená funkce může přispívat k přehlednosti a koncentraci agendy, její potenciál pro aktivní práci s patientskou zkušeností, prevenci konfliktů a prosazování systémových změn však zůstává omezenější.



Respondenti z řad poskytovatelů mezi limity této funkce uváděli zejména absenci rozhodovacích pravomocí a závislost ombudsovy na součinnosti dalších pracovišť. Ombudsosoba může problém identifikovat, zprostředkovat komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem nebo formulovat doporučení, zpravidla však nemá možnost sama rozhodnout o způsobu nápravy či zajistit realizaci navrženého opatření. Výsledný dopad její činnosti je proto do značné míry podmíněn ochotou jednotlivých pracovišť a vedení organizace spolupracovat a na její podněty reagovat.

Další oblastí, ve které se praxe jednotlivých poskytovatelů významně liší, jsou kvalifikační předpoklady pro výkon funkce ombudsovy. Nejčastěji jsou do funkce jmenováni stávající zaměstnanci bez předem vymezených formálních požadavků. Pouze část poskytovatelů požaduje konkrétní vzdělání nebo profesní zkušenost. Představy poskytovatelů o vhodném profilu ombudsovy se přitom výrazně liší. Důraz je kladen na právní nebo zdravotnické vzdělání, znalost prostředí zdravotnictví, zkušenost se stížnostní agendou, mediací, krizovou komunikací či práci s pacienty. Tato variabilita do určité míry odpovídá rozdílnému pojetí role, současně však potvrzuje, že není jasně stanoveno, jaké znalosti a dovednosti jsou pro její kvalitní výkon nezbytné.

Nejednotná je také příprava na výkon funkce. Část ombudsovy vychází z předchozí relevantní praxe, některým poskytovatel zajistí specializované školení nebo interní předání agendy, další si vzdělávání zajišťují samostatně. V části případů je agenda vykonávána bez formální přípravy, postupným učením v praxi. Podpurnou roli zde plní profesní sdílení a vzdělávací aktivity Asociace ombudsmanů ve zdravotnictví, nejde však o jednotně dostupný nebo závazný systém přípravy. Rozsah podpory, kterou pacient od ombudsovy obdrží, i schopnost ombudsovy řešit složité případy proto mohou záviset na individuální zkušenosti konkrétní osoby a podmínkách daného poskytovatele, nikoli na společně vymezeném profesním standardu.

6.3.3. Důsledky

Nejednotné pojmenování role ombudsovy, pojetí jejich nezávislosti, rozdílné vymezení kompetencí a absence společných kvalifikačních standardů vedou k tomu, že pacienti nemají napříč zdravotnickými zařízeními srovnatelnou podporu při řešení stížností a uplatňování zpětné vazby. Zatímco v některých nemocnicích představuje ombudsosoba snadno dostupného a důvěryhodného partnera, který pomáhá řešit konfliktní situace, zprostředkovává komunikaci a podporuje pacienty v orientaci v systému, v jiných zařízeních obdobná podpora chybí nebo je role omezena převážně na administrativní zpracování stížností. Možnosti pacientů využít podporu ombudsovy tak závisí především na konkrétním poskytovateli, nikoli na jednotně nastaveném systému.

Z analýzy vyplývá, že tam, kde je role ombudsovy širší a je založena na aktivní komunikaci s pacienty i zdravotnickými pracovníky, může významně přispívat nejen k řešení jednotlivých případů, ale také k předcházení eskalaci konfliktů, obnově důvěry a zachycení podnětů ke zlepšování péče. Pokud však nejsou kompetence, postavení ani očekávané činnosti jasně vymezeny, zůstává tento potenciál využíván pouze částečně.

Nejasné postavení ombudsovy může současně oslabovat jejich důvěryhodnost. Pacienti z kvalitativních rozhovorů opakovaně zdůrazňovali, že očekávají možnost obrátit se na osobu, která je bude schopna nezávisle vyslechnout, orientovat je v dalším postupu a zprostředkovat komunikaci s poskytovatelem. Pokud však není zřejmé, jaké má ombudsosoba pravomoci, komu je odpovědná nebo zda může jednat nezávisle na vedení zdravotnického zařízení, může být ochota pacientů tuto možnost využít nižší a důvěra ve spravedlivé řešení oslabená.



6.4. Nedostatečné podmínky pro výkon stížnostní agendy

Kvalitní vyřizování stížností a systematická práce s patientskou zpětnou vazbou vyžadují čas, odpovídající personální zajištění, odborné kompetence a funkční organizační zázemí. Výzkumy napříč aktéry ukazují, že tyto podmínky nejsou vždy vytvořeny v dostatečném rozsahu. Stížnostní agenda a práce se zpětnou vazbou jsou často vykonávány souběžně s dalšími pracovními povinnostmi, bez vyhrazené časové kapacity a s omezenou administrativní či technickou podporou. Vedle nedostatku zdrojů se projevuje také absence systematického metodického vedení, dostupného vzdělávání a příležitosti ke sdílení zkušeností. Kvalita výkonu této agendy tak nezávisí pouze na schopnostech a motivaci jednotlivých pracovníků, ale významně také na podmínkách, které pro jejich práci vytváří konkrétní organizace.

6.4.1. Nedostatečné časové, personální a organizační kapacity

Vyřizování stížností i systematická práce s patientskou zpětnou vazbou představují časově, administrativně i odborně náročné činnosti. Vyřizování stížností vedle jejich evidence zahrnují komunikaci s pacienty, získávání vyjádření zdravotnických pracovníků, posouzení odborných okolností případu i následnou analýzu zjištění a jejich využití pro zlepšování péče.

Nedostatek času a personálních kapacit se promítá také do práce s patientskou zpětnou vazbou. Poskytovatelé napříč segmenty opakovaně uváděli, že sběr zpětné vazby sice považují za důležitý, avšak na její pravidelné vyhodnocování, interpretaci výsledků a navazující realizaci změn často nemají dostatek prostoru. Zpětná vazba je, jakožto systematický nástroj řízení kvality, využívána jen omezeně. Zejména menší poskytovatelé zároveň upozorňují, že vytvoření odpovídajícího personálního a technického zázemí pro tuto činnost představuje významnou organizační i finanční zátěž.

Kapacitní omezení se týkají přímo pracovníků, kteří mají agendu stížností a patientské zkušenosti na starosti. Z dat vyplývá, že tato agenda je u většiny poskytovatelů i krajských úřadů vykonávána vedle dalších pracovních povinností a jen výjimečně pro ni existuje samostatná pozice nebo plný pracovní úvazek. Pracovníci odpovědní za stížnosti a patientskou zpětnou vazbu současně zajišťují řadu dalších činností, což omezuje prostor, který mohou této agendě věnovat. Tomu odpovídají i výsledky dotazníkových šetření, v nichž poskytovatelé, nemocniční ombudsmeny i krajské úřady opakovaně označovali nedostatek časových a personálních kapacit za jednu z hlavních překážek kvalitního výkonu této agendy.

Krajské úřady vedle vlastních personálních kapacit upozorňují zejména na obtížné zajišťování nezávislých odborníků pro odborné posouzení stížností. Omezené zdroje se mohou promítat i do možnosti sledovat plnění uložených nápravných opatření. Celkově tak kapacitní omezení nedopadají pouze na rychlost a kvalitu vyřizování jednotlivých stížností, ale také na schopnost organizací dlouhodobě pracovat s patientskou zkušeností jako se zdrojem poznatků pro zlepšování kvality a bezpečí poskytované péče.

6.4.2. Nedostatečná metodická, vzdělávací a odborná podpora

Vedle omezených kapacit respondenti v dotazníkových šetřeních opakovaně poukazují také na nedostatek podpůrných mechanismů pro pracovníky, kteří vyřizují stížnosti a pracují s patientskou zkušeností. Zejména v lůžkové péči uváděli, že příprava na výkon této agendy často probíhá nesystematicky a „za pochodu“, přičemž pracovníci se opírají především o vlastní zkušenosti, interní zvyklosti nebo neformální konzultace. Systematické vzdělávání a průběžná metodická podpora nejsou napříč organizacemi dostupné ve stejné míře.



Nejsilnější poptávka směřuje k prakticky využitelné metodické opoře. Poskytovatelé a krajské úřady zmiňovali zejména potřebu jasnějších postupů pro evidenci a vyhodnocování stížností, komunikaci se stěžovatelem, práci s důkazy, řešení specifických typů podání nebo zvládání konfliktních situací. Nejde přitom pouze o obecné právní informace, ale především o konkrétní návody, modelové situace a příklady řešení, které by bylo možné využít v každodenní praxi. Vedle metodiky se objevuje také požadavek na dostupné vzdělávání v oblasti komunikace, mediace, práv pacientů a práce s náročnými či emočně vypjatými situacemi.

Významnou podpůrnou roli má rovněž sdílení zkušeností. Respondenti z řad poskytovatelů i krajských úřadů poukazovali na přínos pravidelných odborných setkání, společného rozboru kazuistik a výměny dobré praxe. Tam, kde podobné platformy existují, mohou přispívat ke sjednocování postupů a posilování odborné jistoty pracovníků.

Absence stabilní metodické, vzdělávací a kolegiální podpory vede k tomu, že kvalita výkonu této agendy závisí ve značné míře na individuální zkušenosti pracovníků a vnitřním nastavení konkrétní organizace. Výzkumy současně ukazují, že potřebné know-how v systému existuje a v některých organizacích se rozvíjí prostřednictvím interních školení, profesních asociací nebo pravidelného sdílení praxe. Tyto příklady však zatím netvoří jednotný a všeobecně dostupný rámec podpory, o který by se mohli pracovníci napříč zdravotnickým systémem soustavně opírat.

6.4.3. Důsledky

Nedostatečné kapacity a podpůrné mechanismy se promítají do způsobu, jakým je stížnostní agenda i práce s patientskou zpětnou vazbou v praxi vykonávána. Pokud pracovníci nemají dostatek času, personálních kapacit ani metodické podpory, bývá jejich činnost soustředěna především na administrativní zajištění zákonných povinností a řešení jednotlivých případů. Prostor pro hlubší analýzu příčin, aktivní komunikaci se stěžovateli, systematické vyhodnocování patientské zkušenosti nebo koordinaci nápravných opatření je omezený. Stížnosti i další formy zpětné vazby tak častěji plní evidenční a administrativní funkci než roli nástroje pro učení organizace a zlepšování kvality péče.

Rozdíly v podmínkách vedou k tomu, že obdobné situace mohou být mezi jednotlivými poskytovateli řešeny rozdílně. Kvalita vyřizování stížností i práce s patientskou zpětnou vazbou se tak do značné míry odvíjí od kapacit, zkušeností a podpory konkrétních pracovníků.

Nedostatečné podmínky pro výkon této agendy mají dopad také na samotné pracovníky. Dlouhodobé zatížení, kombinace více rolí a absence pravidelné metodické či kolegiální podpory zvyšují riziko profesního přetížení a současně omezují možnosti dalšího odborného rozvoje. Chybějící příležitosti ke vzdělávání a sdílení zkušeností zároveň zpomalují šíření osvědčených postupů mezi organizacemi, což přispívá k přetrvávající nejednotnosti praxe.



7. Doporučení a směry další revize systému stížností a zpětné vazby

Zjištění uvedená v předchozích kapitolách ukazují, že další rozvoj systému stížností a zpětné vazby ve zdravotnictví je třeba pojmout komplexně. Samotná změna právní úpravy nebude dostačující; pro dosažení skutečného posunu bude nezbytné propojit legislativní změny s metodickou, organizační a vzdělávací podporou i změnami v praktickém fungování a komunikaci jednotlivých aktérů. Cílem této kapitoly je na základě výsledků analytické fáze vymezit hlavní principy, z nichž by měla další revize vycházet, identifikovat oblasti vhodné pro legislativní řešení a současně pojmenovat opatření, která bude vhodné realizovat mimo rámec samotného zákona.

7.1. Principy, na nichž by měla být revize založena

Srozumitelnost a dostupnost

Systém by měl být pro pacienty snadno pochopitelný a prakticky využitelný. Pacient by měl vědět, jaké má možnosti, na koho se může obrátit a co může od jednotlivých částí systému očekávat, a to bez ohledu na svou zdravotní situaci, právní či digitální gramotnost nebo jiné bariéry.

Včasnost a důraz na komunikaci

Systém by měl podporovat řešení nespokojenosti co nejbližší místu a okamžiku jejího vzniku. Tam, kde je to vhodné, by měl vytvářet prostor pro vysvětlení, dialog a smírné řešení a předcházet zbytečné eskalaci konfliktů a formalizaci situací, které lze účinně vyřešit komunikací.

Spravedlivost, nestrannost a transparentnost

Stížnostní mechanismus musí poskytovat důvěryhodný prostor pro prošetření podnětů pacientů. Jeho průběh i výsledek by měly být předvídatelné, srozumitelné a založené na férovém zohlednění relevantních skutečností, přičemž systém musí současně poskytovat odpovídající záruky nestrannosti a nezávislého přezkumu.

Přiměřenost

Požadavky kladené na jednotlivé aktéry musí odpovídat jejich roli, možnostem a charakteru poskytovaných zdravotních služeb. Zachování společného standardu ochrany práv pacientů proto nemusí znamenat totožné organizační nebo procesní řešení pro všechny typy poskytovatelů.

Učení se z patientské zkušenosti

Stížnosti, podněty a další formy zpětné vazby by neměly sloužit pouze k uzavření jednotlivých případů. Systém by měl umožňovat jejich využívání jako zdroje poznatků pro identifikaci opakujících se problémů, přijímání nápravných opatření a průběžné zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb.

Udržitelnost a odborné zajištění systému

Právní požadavky musí být doprovázeny odpovídajícími podmínkami pro jejich naplnění. Fungování systému by nemělo být závislé pouze na individuálním nasazení jednotlivých pracovníků, ale na dostatečných kapacitách, odbornosti, metodické podpoře a funkční spolupráci mezi jednotlivými aktéry.



7.2. Hlavní směry legislativní revize

Orientace pacientů a dostupnost informací

Revize by měla směřovat k jednoduššímu a srozumitelnějšímu informování pacientů o možnostech podání stížnosti a další zpětné vazby, o jednotlivých stupních mechanismu a o tom, co od nich mohou očekávat. Důraz by měl být kladen nejen na samotnou dostupnost informací, ale také na jejich srozumitelnost a přístupnost pro různé skupiny pacientů. V další fázi bude třeba určit zejména minimální rozsah informací, způsob jejich poskytování a míru jejich standardizace napříč poskytovateli.

Účel a podoba první fáze u poskytovatele

První fáze stížnostního mechanismu by měla vedle řádného prošetření případu více podporovat možnost pacienta být vyslyšen, získat srozumitelné vysvětlení a v odůvodněných případech také informaci o přijaté nápravě. Zároveň bude potřeba určit minimální procesní standard, který musí být zachován.

Přezkum správním orgánem

Druhá fáze mechanismu by měla představovat skutečně funkční, odborný a časově předvídatelný nezávislý přezkum. Revize by se měla zaměřit zejména na reálnější nastavení lhůt, efektivnější zajišťování nezávislých odborníků a sjednocení základních procesních standardů.

Nemocniční ombudsovy

Analytická fáze potvrdila významný potenciál nemocničních ombudsosob, současně však i značnou nejednotnost jejich postavení, činností a kompetencí. Další revize by proto měla směřovat k legislativnímu ukotvení základního rámce této role. V další fázi bude třeba rozhodnout zejména o minimálním rozsahu činností, zárukách nestrannosti a nezávislosti, kvalifikačních požadavcích a okruhu poskytovatelů, u nichž má být tato role povinná.

Využívání stížností a zpětné vazby pro zvyšování kvality

Stížnosti a další formy patientské zpětné vazby by měly být více využívány jako zdroj poznatků pro řízení kvality, přijímání nápravných opatření a prevenci opakování problémů. Revize by proto měla posílit vazbu mezi řešením jednotlivých podání a systematickým organizačním učením. K dalšímu posouzení zůstává rozsah povinné evidence, sledování nápravných opatření a případného agregovaného využívání dat či jejich zveřejňování.

Přiměřenost pro různé segmenty péče

Budoucí systém by měl zachovat společný standard ochrany práv pacientů, ale současně respektovat rozdílné podmínky jednotlivých typů poskytovatelů, zejména lůžkové, ambulantní a přednemocniční péče, a zohlednit také specifika některých oblastí, například psychiatrické péče. Zvláštní pozornost bude třeba věnovat ambulantnímu sektoru, kde nelze automaticky přenášet organizační modely používané ve velkých lůžkových zařízeních. V další fázi bude třeba určit, které požadavky mají být jednotné a kde je naopak odůvodněné diferencované či sdílené řešení.



7.3. Nelegislativní opatření nezbytná pro fungování systému

Výsledky analytické fáze ukazují, že část identifikovaných problémů nelze odstranit samotnou změnou zákona. Kvalita fungování systému stížností a zpětné vazby bude záviset také na tom, zda budou mít jednotliví aktéři k dispozici dostatečné metodické, odborné, personální a technické zázemí. Legislativní změny by proto měly být doprovázeny navazujícími opatřeními zaměřenými na praktické fungování systému.

Významnou roli bude mít především **metodická podpora**. Poskytovatelé i krajské úřady opakovaně poukazovali na potřebu jednotnějších doporučených postupů, praktických návodů a modelových řešení typových situací. Metodické vedení by mělo pomoci zejména v oblastech, které není vhodné podrobně upravovat zákonem, například při komunikaci se stěžovatelem, práci s podklady, formulaci odpovědí, řešení konfliktních situací nebo vyhodnocování stížností a patientské zpětné vazby.

Na metodickou podporu musí navazovat **systematické vzdělávání a profesní rozvoj pracovníků**, kteří stížnosti vyřizují nebo pracují s patientskou zkušeností. Vedle znalosti právní úpravy je třeba rozvíjet také dovednosti v oblasti komunikace, mediace, řešení konfliktů, práv pacientů a práce s náročnými situacemi. Součástí podpory by mělo být rovněž pravidelné sdílení zkušeností a dobré praxe mezi poskytovateli, nemocničními ombudsmeny a správními orgány.

Další oblastí je **informační a technická podpora systému**. Je vhodné vytvořit jednotné a snadno dostupné informační zdroje pro pacienty a současně podporovat elektronizaci evidence a vyhodnocování stížností a zpětné vazby. Smyslem není zavádět jednotný technický systém pro všechny poskytovatele, ale umožnit efektivnější práci s podáními a získanými daty a současně omezit administrativní náročnost.

Samostatnou pozornost vyžaduje také **odborné a kapacitní zajištění výkonu stížnostní agendy**. Nové požadavky nebude možné dlouhodobě naplňovat bez odpovídajících personálních kapacit, zejména na správních orgánech a u pracovníků, kteří tuto agendu vykonávají souběžně s dalšími činnostmi. Praktickou podporu je třeba zajistit rovněž při vyhledávání a zapojování nezávislých odborníků a při sdílení specializovaného know-how.



8. Závěr

Analytická fáze ukázala, že hlavní výzvou další revize není pouze zpřesnění jednotlivých procesních pravidel, ale širší změna způsobu, jakým systém se stížnostmi a patientskou zkušeností pracuje. Současné nastavení sice umožňuje pacientům domáhat se prošetření své zkušenosti, v praxi však často nedokáže dostatečně naplnit očekávání spojená se srozumitelností, komunikací, nestranností a následným využitím získaných poznatků.

Další rozvoj systému by proto měl směřovat k tomu, aby stížnostní mechanismus nebyl vnímán pouze jako formální prostředek k uzavření jednotlivého případu, ale také jako prostor pro včasné řešení nespokojenosti, obnovu důvěry a získávání poznatků využitelných pro zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb. Vedle důvěryhodného a předvídatelného procesu pro pacienta je přitom nezbytné vytvořit také podmínky, v nichž budou poskytovatelé zdravotních služeb, nemocniční ombudsové a správní orgány schopni tuto agendu kvalitně a dlouhodobě vykonávat.

Revize může současně stavět na řadě prvků, které již v praxi fungují. Výzkumy zachytily příklady aktivní komunikace s pacienty, včasného neformálního řešení konfliktů, systematické práce se zpětnou vazbou, využívání stížností pro přijímání organizačních změn i postupně se rozvíjející role nemocničních ombudsové. Smyslem další práce proto není vytvářet systém zcela nový, ale funkční prvky současné praxe podpořit, odstranit identifikované bariéry a vytvořit pro ně srozumitelnější a stabilnější rámec.

Výsledky analýzy zároveň potvrzují, že samotná změna zákona nebude dostačující. Legislativní úpravu bude nutné propojit s metodickou a vzdělávací podporou, odpovídajícím personálním a organizačním zajištěním, dostupností informací pro pacienty a vytvářením prostoru pro sdílení zkušeností a dobré praxe. Teprve kombinace těchto opatření může vést k reálné změně každodenního fungování systému.



Přílohy

1. Datový přehled k systému stížností a zpětné vazby ve zdravotnictví
2. Pacientská zkušenost; Výzkumná zpráva z kvalitativního výzkumu: Proces stížností ve zdravotnictví
3. Pacientská zkušenost; Stížnostní mechanismus ve zdravotnictví v praxi: kvalitativní studie pacientské zkušenosti a institucionální odpovědi
4. Pacientská zkušenost; Stížnostní mechanismus ve zdravotnictví v praxi: kvalitativní studie pacientské zkušenosti a institucionální odpovědi; přehled dotazů z právní poradny
5. Pacientská zkušenost; Stížnostní mechanismus ve zdravotnictví v praxi: kvalitativní studie pacientské zkušenosti a institucionální odpovědi; přehled stížností
6. Zpětnovazební procesy v ambulantní péči
7. Zpětnovazební procesy v lůžkové péči
8. Zpětnovazební procesy u zdravotnické záchranné služby
9. Zkušenost krajských úřadů; Analýza kontrolní a stížnostní agendy vykonávané v rámci přenesené působnosti v oblasti zdravotnictví za léta 2020 až 2025