

UNIVERZITA KARLOVA

Právnická fakulta

Adéla Syrová

**Mimosoudní řešení občanskoprávních sporů
mezi poskytovatelem zdravotních služeb
a pacientem**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: JUDr. Tomáš Holčapek Ph.D.

Katedra občanského práva

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): 22. 11. 2023

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracovala samostatně, že všechny použité zdroje byly řádně uvedeny a že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Dále prohlašuji, že vlastní text této práce včetně poznámek pod čarou má 240.975 znaků včetně mezer.

Adéla Syrová

V Praze dne 22. 11. 2023

Poděkování

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala **JUDr. Tomáši Holčapkovi, Ph.D.** za přínosné rady, připomínky a trpělivost při vedení této práce.

Poděkování patří rovněž **nemocničním ombudsmanům** za udělené rozhovory a velmi vřelý přístup, díky čemuž jsem mohla nahlédnout do jejich pracovní agendy.

Práce by nebyla možná bez účasti respondentů na dotazníkových šetření. Proto bych zde velice ráda poděkovala **poskytovatelům zdravotních služeb**, dále všem **lékařům**, kteří vyplnění věnovali svůj drahocenný čas, a v neposlední řadě **pacientům**. Díky rovněž patří **právníkům nemocnic**, kteří mi k dotazníkům poskytli zpětnou vazbu.

Za konzultaci ke strukturování výzkumu vděčím **JUDr. Mgr. Michalu Urbanovi, Ph.D.**

Poděkování patří také **Mgr. Šárce Liolie** za materiály k institutu nemocničního ombudsmana z Ministerstva zdravotnictví.

Děkuji rovněž **Mgr. Michaele Sedláčkové** za rozhovor k práci Veřejného ochránce práv v oblasti šetření stížností ve zdravotnictví.

Poděkovat bych chtěla také **PhDr. Mgr. Jance Lipničanové** za udělený rozhovor a materiály k roli mediátora a nemocničního ombudsmana.

Veliké díky patří **doc. PhDr. Lence Holé, Ph.D.**, jejíž literatura mi byla velmi cenným zdrojem, za udělený rozhovor k mediaci ve zdravotnictví.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala **MUDr. Martinu Jančíkovi** a **MUDr. Michaele Kalové** za konzultace dílčích témat přesahujících do medicíny.

Na tomto místě také děkuji **rodině a přátelům** za podporu.

Obsah

Poděkování.....	3
Úvod.....	6
1. Právní, sociální a psychologické aspekty občanskoprávních sporů mezi poskytovatelem a zdravotních služeb a pacientem	10
1.1 K občanskoprávní odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb a právním aspektům vztahu lékaře a pacienta	10
1.2 K sociálním a psychologickým aspektům občanskoprávních sporů mezi poskytovatelem a zdravotních služeb a pacientem	16
2. Mimosoudní řešení.....	18
2.1 Charakteristika	23
2.2 Role a mechanismus stížností při mimosoudním řešení	25
2.2.1 Šetření stížnosti u poskytovatele zdravotních služeb	25
2.2.2 Šetření stížnosti správním orgánem.....	30
2.2.3 Šetření stížnosti Veřejným ochráncem práv	32
2.2.4 Šetření stížnosti Českou lékařskou komorou.....	35
2.3 Metody mimosoudního řešení	37
2.3.1 Vyjednávání.....	37
2.3.2 Mediacce	41
2.3.3 Facilitace.....	52
2.3.4 Konciliace	52
2.3.5 Rozhodčí řízení	53
2.3.6 Expertiza.....	54
3. Využití mimosoudního řešení v občanskoprávních sporech mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem v zahraničí.....	55
3.1 Využití mimosoudního řešení ve zdravotnictví v USA	56
3.2 Využití mimosoudního řešení ve zdravotnictví v Anglii	61
3.3 Využití mimosoudního řešení ve zdravotnictví v Rakousku	65
4. Praktická část	69
Dotazník č. 1	69
Dotazník č. 2	83
Dotazník č. 3	101
5. Zhodnocení výzkumu a úvahy de lege ferenda.....	118
Závěr	124

Seznam pojmů a zkratk	130
Seznam použitých zdrojů	131
Abstrakt.....	140
Klíčová slova	140
Abstract.....	141
Key words	141
Příloha I – dotazníkové šetření s pacienty	142
Příloha II – dotazníkové šetření s lékaři	151
Příloha III – dotazníkové šetření s poskytovateli zdravotních služeb.....	162
Příloha IV – polostrukturovaná rozhovor s nemocničními ombudsmany	173
Příloha V – polostrukturovaný rozhovor s mediátory.....	175
Příloha VI – polostrukturovaný rozhovor s VOP	177

Úvod

S problematikou sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem jsem se prvně setkala ve škole při přednáškách ze zdravotnického práva, avšak více mě oblast oslovila až při osobní zkušenosti s danou problematikou v nemocnici. Tématu jsem se posléze několikrát okrajově dotkla i v rámci běžné konverzace s lékaři či ještě studujícími mediky, které pouhá myšlenka na možné patientské konflikty s akcentem na vyhocené trestněprávní kauzy nadmíru stresuje, neboť již v průběhu studia jim bývá z více stran nonšalantně předestíráno, že “doktor je jednou nohou v kriminálu”. Strach lékařů z případných soudních sporů následně může vést až k praktikování defenzivní medicíny, přičemž není v ničem zájmu, aby lékař na první místo stavěl opatrnost vůči domnělým právním následkům, a to na úkor volby léčebného postupu pacienta. Ačkoli zde zmiňuji obavy z případného trestního řízení, téma jsem z praktických důvodů zúžila “pouze” na oblast sporů, která by se v případném soudním sporu řešila v rámci civilního soudnictví.

Právní oddělení poskytovatelů zdravotních služeb se nad rámec administrativy spojené s chodem zdravotnického zařízení zaobírá stále větším počtem případů, kdy se pacienti domáhají odškodnění za způsobenou újmu, přičemž soudní spory jsou nákladné, zdlouhavé a v mnoha případech by bylo nasnadě efektivnější a rychlejší řešení. Tuto zvyšující se tendenci literatura¹ odůvodňuje větší informovaností pacientů o možných nárocích, jakož i vyšším počtem advokátů² a jejich dostupností pro pacienty.

Na prvním místě by se nabízela otázka, jak spory minimalizovat, v ideálním případě eliminovat, nicméně tato práce si za cíl neklade analýzu toliko komplexního tématu, neboť v rozsahu diplomové práce v oboru práva pro tuto problematiku není prostor. Následující text se proto zaobírá jinou než soudní cestou řešení těchto sporů, což je problematika, která má potenciál jak pro současné, tak i budoucí využití. Ačkoli mimosoudní typy řešení sporů ve zdravotnictví nejsou zcela běžné, věřím, že mohou překlenout nedostatky soudního řešení a povedou k menší traumatizaci zdravotnických pracovníků i samotných pacientů. Zde však

¹ KOTULA, Jan a DOLEŽAL, Tomáš. Vývoj sporů o náhradu újmy v České republice. *Mediace a další vybrané formy mimosoudního řešení sporů ve zdravotnictví*. Olomouc: Iuridicum Olomoucense, o.p.s. ve spolupráci s Právnickou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci, 2015, s. 16. ISBN 978-80-87382-72-1.

² 2005 - 7.553 aktivních advokátů
2010 - 9.180 aktivních advokátů
2015 - 11.011 aktivních advokátů
2019 - 12.162 aktivních advokátů
2023 - 12.825 aktivních advokátů

Statistika nuda je, má však cenné údaje. Část I. – Kolik nás je a kde jsme? [online]. 2020 [cit. 2023-09-29]. Dostupné z: <https://www.cak.cz/assets/vyvoj-poctu-advokatu.pdf>

považuji za nutné poznamenat, že mimosoudní cesta není optimální způsob řešení pro každý druh sporu a dále že i v případě nalezení “vhodného kandidáta” je třeba zvažovat případné limity a negativa. Tato práce si neklade za cíl nekriticky vyzdvižovat mimosoudní řešení, ale analyzovat možné druhy, jejich pozitiva a negativa a možnosti využití.

Diplomová práce je členěna na teoretickou a praktickou část. V první teoretické části považuji za nutné nejdříve vymezit občanskoprávní odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb. Vzhledem k obsáhlosti problematiky se zaměřím na občanskoprávní povinnost pouze průřezově – definuji samotný pojem, obligatorní prvky a nejčastější právní důvody vzniku sporu. Tento obecný úvod k hmotněprávním aspektům věci pokládám za nezbytný, neboť vazby mezi hmotnou a procesní stránkou tématu jsou velmi úzce propojeny.

Oblast zdravotnictví v rámci jiných občanskoprávních sporů vykazuje řadu specifík, z nichž mezi nejzásadnější patří specifický vztah hlavních účastníků, tedy lékaře a pacienta. Společně s úvodem do občanskoprávní odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb je i pochopení zvláštnosti vztahu lékaře a pacienta stěžejní pro komplexní porozumění tématu. Problematickým aspektům tohoto vztahu proto věnuji následující kapitolu.

Následující část práce uvádí mimosoudní řešení. V právním pojetí nepanuje nad termínem jednoznačná shoda, a proto zde nejprve vymezují možné způsoby nahlížení na pojem mimosoudní řešení. Obecně lze u metod mimosoudních řešení vysledovat společné charakteristiky, které jsou v rámci této kapitoly vyjmenovány.

K předmětu diplomové práce se nedílně pojí institut stížností, jež zákonodárce uložil poskytovatelům zdravotních služeb za povinnost zavést. Ačkoli se nejedná a o způsob mimosoudního řešení per se, stížnost je první zpětnou vazbou od pacienta, na jejímž základě probíhá šetření události. V samotném procesu vyřizování stížnosti pak mohou metody mimosoudního řešení nalézt uplatnění. Další kapitola je proto věnována stížnostem a procesu jejich vyřizování na úrovni poskytovatelů zdravotních služeb, krajských úřadů i Veřejného ochránce práv.

Ústřední část práce se zabývá jednotlivými metodami mimosoudního řešení, které se v českém právním prostředí vyskytují, konkrétně vyjednáváním, mediací, facilitací, konciliací, rozhodčím řízením a expertizou. Hranice metod nejsou vždy zcela jednoznačně určené a v praxi dochází k jejich stírání, přičemž některé metody mohou tvořit mimosoudní institut jako takový a nebo pouze “strategickou” metodu, kterou strany mohou za účelem mimosoudního řešení využít (viz vyjednávání). V procesu vyřizování sporu ve zdravotnictví též participují specifictví

účastníci, jmenovitě právní oddělení a nemocniční ombudsmeni. Jejich roli nelze opomenout a pro účely této práce jsem jejich činnost podřadila do kapitoly vyjednávání.

Pro komparaci využití mimosoudního řešení občanskoprávních sporů ve zdravotnictví v České republice a v zahraničí jsem zvolila USA, Velkou Británii a Rakousko, neboť každý z uvedených států využívá zcela jiný systém. Za pozornost by jistě stály i jiné zahraniční země, avšak pro účely této práce považuji srovnání tří států za dostačující.

Při vypracovávání této diplomové práce jsem využila domácí a z velké části i zahraniční literatury, neboť se jedná o poměrně novou problematiku a literatura k tomuto konkrétnímu tématu v českém prostředí chybí. V rámci zpracování textu za pomoci odborné literatury jsem použila metodu analýzy, syntézy a deskripce.

Jelikož dostupné údaje v odborných publikacích nebyly vždy aktuální, případně zcela absentovaly, potřebné informace jsem získala průběžným pozorováním a kvalitativním výzkumem formou polostrukturovaných rozhovorů s osobami, které se v problematice pohybují. Oslovila jsem tudíž nemocniční ombudsmeny, mediátory v oblasti zdravotnictví, nemocniční právníky a kancelář Veřejného ochránce práv v sekci zdravotnictví. Pro zjištění zavedené praxe ohledně stížnostního mechanismu správního orgánu jsem oslovila též krajské úřady.

Jedním z cílů práce bylo i získat data od širší veřejnosti pohybující se ve zdravotnictví – konkrétně od pacientů i poskytovatelů zdravotních služeb. Vzhledem ke skutečnosti, že poskytovatelem zdravotních služeb může být fyzická i právnická osoba, jsem pro poskytovatele zdravotních služeb vytvořila dva dotazníky, a to prvně pro lůžková zařízení, která mají větší zkušenost se spory a často mají zřízená právní oddělení, která spory vypořádávají. Druhý dotazník je určen pro ambulantní lékaře, kteří tyto prostředky nemají a způsob vypořádání sporů se u nich tudíž liší. Kvalitativní výzkum se tudíž uskutečnil formou tří dotazníkových šetření.

Při výběru tématu diplomové práce jsem si stanovila tři premisy:

- 1) Poskytovatelé zdravotních služeb naplno nevyužívají dostupných možností mimosoudních řešení občanskoprávních sporů
- 2) Poskytovatelé zdravotních služeb se zavedenou funkcí nemocničního ombudsmana mají nižší procento soudních sporů oproti poskytovatelům, kteří tento institut nemají

- 3) Poskytovatelé zdravotních služeb, kteří jsou fyzickými osobami, při občanskoprávních sporech prvně volí právní zastoupení advokátem

S těmito otázkami se budu vypořádávat v závěru.

1. Právní, sociální a psychologické aspekty občanskoprávních sporů mezi poskytovatelem a zdravotních služeb a pacientem

Úvod do hmotněprávní povahy této diplomové práce jakož i pochopení podstaty vztahu pacienta a lékaře je pro úplné porozumění problematiky nezbytné. Proto na tomto místě považuji za nutné popsat jak právní, tak i sociální a psychologické aspekty občanskoprávních sporů mezi poskytovatelem a zdravotních služeb a pacientem, neboť zapojení i neprávních aspektů do procesu řešení konfliktu odlišuje mimosoudní řešení od litigace.

1.1 K občanskoprávní odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb a právním aspektům vztahu lékaře a pacienta

Občanskoprávní povinnost v tomto vztahu lze chápat jako odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb za splnění či případného nesplnění³ primární občanskoprávní povinnosti vůči pacientovi. Poskytovatel zdravotních služeb ručí pacientovi zejména za náležitou odbornou úroveň, tedy za *“poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti”*⁴ a přiměřenou míru kvality činnosti.

Nositel občanskoprávní odpovědnosti při poskytování zdravotních služeb je poskytovatel zdravotních služeb. Na tomto místě se hodí vymežit, kdo je poskytovatelem zdravotních služeb. Dle § 2 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen jako „ZZS“) se *„poskytovatelem zdravotních služeb rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona.“* Poskytovatelem zdravotních služeb tudíž může být konkrétní lékař, nicméně oprávnění k poskytování zdravotních služeb často získá právnická osoba (např. příspěvková organizace či akciová společnost), která je provozovatelem zdravotnického zařízení. Tato právnická osoba poskytuje zdravotní služby prostřednictvím svých zaměstnanců a za jejich činnost nese občanskoprávní odpovědnost. Rozdílné formy poskytovatele zdravotních služeb mají vliv na případné řešení sporů, čemuž se budu věnovat později.

Základní titul pro poskytování zdravotních služeb je **smlouva o péči o zdraví**. Svou povahou se jedná o smlouvu příkazního typu, což vyplývá už ze samotné dikce ustanovení § 2636 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „OZ“), které stanoví, že: *„Smlouvou*

³ ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. Občanskoprávní odpovědnost zdravotnických pracovníků a poskytovatelů zdravotních služeb. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, s. 296. ISBN 978-80-7552-321-1.

⁴ tzv. lege artis postup, § 4 odst. 5 ZZS

o péči o zdraví se poskytovatel vůči příkazci zavazuje pečovat v rámci svého povolání nebo předmětu činnosti o zdraví ošetřovaného, ať již je jím příkazce nebo třetí osoba“. Z hlediska odpovědnosti je nutné zaměřit se na obsah závazku. Poskytovatel se zavazuje „pečovat o zdraví“, tedy odpovídá za postup a vynaložení náležitého úsilí⁵, nikoli za výsledek. Lidské tělo je velice komplexní organismus, který ovlivňuje celá škála faktorů, a na různé podněty může reagovat individuálně. Bylo by proto drakonické opatření hnát lékaře k odpovědnosti za učebnicový léčebný postup, pokud by při léčbě nastala odlišná reakce pacientova organismu, ačkoli tuto reakci nešlo předvídat. Výjimkou z výše uvedeného pravidla jsou především zákroky estetické medicíny, neboť k dosažení kýženého výsledku se v této situaci poskytovatel zdravotních služeb zavazuje.

Pro vznik občanskoprávní odpovědnosti je nutné splnění tří, popřípadě čtyř předpokladů – 1) protiprávní jednání, 2) vznik újmy, 3) kauzální nexus mezi protiprávním jednáním a vznikem újmy a 4) fakultativně zavinění.

Protiprávním jednání rozumíme porušení povinností stanovených předpisem nebo smlouvou. Nejčastěji k němu dochází nesprávným postupem zdravotnického pracovníka, kdy není dodržen rámec pravidel vědy a medicínských způsobů, a to v mezích daných rozsahem vymezených úkolů podle pracovního zařazení, konkrétních podmínek a objektivních možností⁶. Přesné vymezení profesních standardů však není a ani nemůže být právně zakotveno. Tzv. postup “lege artis” nelze jednoznačně definovat⁷, neboť se jedná o materii vyučovanou na lékařských fakultách, přednášenou na odborných konferencích či zaznamenávanou a neustále aktualizovanou v odborných metodikách⁸. Lze tedy uzavřít, že vymezení pojmu lege artis je otázkou medicínskou, nikoliv právní. Mimo porušení postupu lege artis se poskytovatel zdravotních služeb často dopouští protiprávního jednání léčbou na základě nedostatečného či absentujícího informovaného souhlasu, porušením povinné mlčenlivosti nebo také v případě, že nevede zdravotnickou dokumentaci v souladu s právními předpisy.

⁵ „... lze konstatovat, že účelem smlouvy ve většině případů bude uzdravení ošetřovaného (pacienta) nebo alespoň zlepšení jeho zdravotního stavu, přesto poskytovatel negarantuje ošetřovanému uzdravení, ale předmětem smlouvy je činnost spočívající v péči o jeho zdraví.“

- DOLEŽAL, Tomáš. K § 2636. In: *Občanský zákoník VI. Závazkové právo. Zvláštní část (§ 2055–3014): komentář*. Praha: C.H. Beck, 2014, s. 1147-1152. Velké komentáře. ISBN 978-80-7400-287-8.

⁶ ŠUSTEK, Petr. *Občanskoprávní odpovědnost ve zdravotnictví: Přednáška z kurzu Zdravotnické právo I*. Praha. Univerzita Karlova. Slide 8.

⁷ Legislativa pod pojmem lege artis míní náležitou odbornou úroveň dle § 4 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jako „ZZS“), tedy „... poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“

⁸ např. Metodiky Ministerstva zdravotnictví, České lékařské komory nebo v interních předpisech poskytovatele zdravotních služeb

Druhým obligatorním prvkem občanskoprávní odpovědnosti je **vznik újmy**. Újmu lze pojímat dvojitým způsobem, a to jako **majetkovou škodu** vyjádřitelnou v penězích⁹ a dále jako **nemajetkovou škodu**, kdy jsou u poškozeného zasaženy nehmotné statky, zejména osobnost člověka, jeho integrita, důstojnost, soukromí, nebo vytrpěné bolesti či ztížení společenského uplatnění. Nejtypičtější újmou ve zdravotnictví je právě nemajetková újma na zdraví. J. Mach vyčleňuje v souvislosti s nemajetkovou škodou v oblasti poskytování zdravotních služeb 4 žalobní důvody:

- porušení práva na ochranu života a zdraví
Tuto žalobu podává pacient z přesvědčení, že mu nebyla poskytnuta řádná péče, čímž došlo ke zhoršení jeho zdravotního stavu.
- zásah do soukromého a rodinného života
Žalobu mohou podat především sekundární oběti, tzn. příbuzní či osoby blízké k pacientovi, jenž zemřel nebo kterému vznikla těžká újma na zdraví. Nárok vzniká i pacientovi v souvislosti s déle trvající hospitalizací, než vyžadoval jeho zdravotní stav, který se pak v důsledku nesprávného odborného postupu zhoršil.
- porušení práva na ochranu osobních údajů
Žaloba přichází v úvahu v případě porušení povinné mlčenlivosti zdravotnického pracovníka. Typicky se jedná o sdělení citlivých informací o zdravotním stavu pacienta nekompetentní osobě.
- zásah do práva na lidskou důstojnost
Důvod pro podání této žaloby je dán za situace, že je s pacientem ze strany zdravotnických pracovníků zacházeno hrubým způsobem (např. násilné chování, nadávky, bezdůvodné přikurtování¹⁰).

Mezi protiprávním jednáním a újmou je nutné prokázat příčinný vztah, tzv. **kauzální nexus**. Tento odpovědnostní prvek spojuje porušení povinnosti se vzniklým nežádoucím následkem tak, že za příčinu označuje právě protiprávní jednání. Má se za to, že příčinou je *“každý jev, bez něhož by jiný jev nenastal, respektive nenastal způsobem, jakým nastal...¹¹”*. Prokazování kauzálního nexu je komplikovaná záležitost, která se v praxi provádí za využití znaleckých posudků. Dle stávající praxe by *“příčinná souvislost mezi zaviněným protiprávním*

⁹ KORECKÁ, V. Škoda. In: *Právní slovník*. 3., podstatně rozš. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2009. Beckovy odborné slovníky. ISBN 9788074000591.

¹⁰ MACH, J.: *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 83-85. ISBN 978-80-247-3683-9.

¹¹ 3 Tdo 167/2022

jednáním ... a vznikem škody na zdraví měla být bezpečně prokázána, nestačí tu pouhá pravděpodobnost¹²”. Zároveň je nutno podotknout, že nezpochybnitelné prokázání příčinné souvislosti není ani v možnostech soudního znalce. Proto judikatura Nejvyššího soudu dovodila, že závěry znalce v pravděpodobnostní rovině mohou splnit předpoklad existence příčinné souvislosti¹³.

Posledním fakultativním předpokladem je **zavinění**. Na rozdíl od předchozích prvků občanskoprávní odpovědnosti je zavinění předpokladem subjektivní mimosmluvní odpovědnosti, která se uplatní v případě porušení zákona. Většina zdravotních služeb je však poskytována smlouvou o péči o zdraví, která má základ v objektivní odpovědnosti. Zavinění v takovém případě nemusí být přítomno, neboť za důležitou se považuje existence nepřiznivého následku čili újmy, nikoli vnitřní vztah škůdce k jednání a následku.

Poskytovatel zdravotních služeb v zásadě odpovídá dvojím způsobem, a to porušením zákona¹⁴ a porušením smluvní povinnosti¹⁵¹⁶.

V rámci povinnosti náhrady újmy **porušením zákona** zákon rozlišuje dvě skutkové podstaty. První nalezneme v § 2910 OZ, které stanoví, že *“škůdce, který vlastním zaviněním poruší povinnost stanovenou zákonem a zasáhne tak do absolutního práva poškozeného, nahradí poškozenému, co tím způsobil”*. Pro úplnost je třeba dodat, že zákon na tomto místě nelze vnímat striktně jako právní předpis v hierarchii norem, ale jde o jakoukoliv právní normu¹⁷. Tato absolutní práva působí vůči všem a patří do nich jak práva nemajetková, tj. život, tělesná integrita, zdraví a svoboda, tak i práva majetková, typicky vlastnictví. V druhé větě téhož odstavce se skrývá druhá skutková podstata, kdy ochrana dopadá i na relativní práva, která jsou chráněna zvláštním předpisem¹⁸¹⁹. Díkce zákona pro tento druh deliktu vyžaduje zavinění. Pro odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb v případě porušení zákona postačuje zavinění ve formě nedbalosti.

¹² Rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 27. 9. 1990, sp. zn. 1 Cz 59/90

¹³ HOLČAPEK, Tomáš. *Občanskoprávní odpovědnost v medicíně a její uplatňování u českých soudů*. Právní rozhledy. 2016, 24(9), 305-311.

¹⁴ § 2910 OZ

¹⁵ § 2913 OZ

¹⁶ Poskytovatel zdravotních služeb může odpovídat i za porušení dobrých mravů dle § 2909 OZ, avšak vzhledem ke skutečnosti, že toto porušení nepatří mezi typický delikt ve zdravotnictví a jeho výskyt je v praxi spíše ojedinělý, nebude toto porušení v následující části nebude rozebráno.

¹⁷ PIPKOVÁ, Petra Joanna. Ochranný účel normy a jeho význam pro vymezení rozsahu odpovědnosti za škodu, Právník, 2013, č. 9, s. 874 [online]. [cit. 2017-04-16]. Dostupné z:

https://www.ilaw.cas.cz/upload/web/files/pravnik/issues/2013/9/2.Pipkova_9_2013.pdf

¹⁸ ŠVESTKA, Jiří, Jan DVOŘÁK a Josef FIALA. *Závazky z deliktů*. In: *Občanský zákoník*. 2. vydání. Wolters Kluwer, 2014, s. 888. ISBN 978-80-7478-630-3.

¹⁹ § 2910 OZ druhá věta - *“Povinnost k náhradě vznikne i škůdci, který zasáhne do jiného práva poškozeného zaviněným porušením zákonné povinnosti stanovené na ochranu takového práva.”*

V oblasti poskytování zdravotních služeb je ustanovení § 2913 OZ, tedy **porušení smluvní povinnosti**, stěžejní, neboť poskytování zdravotních služeb probíhá nejčastěji na smluvním základě a odpovědnost z něj vyplývající je odpovědností objektivní. Porušení smluvní povinnosti nastává, když dochází k rozporu mezi skutečným jednáním osoby škůdce a očekávaným jednáním, které by tato osoba měla vykonat, aby splnila své smluvní povinnosti. Následky škody vzniklé porušením smluvní povinnosti by totiž měly být přísnější než u škody vzniklé porušením zákona. Smluvní vztah totiž uzavřely osoby, které mají důvodně za to, že druhá strana bude jednat určitým způsobem, a proto následky porušení takové důvěry jsou striktnější než v případě porušení zákona²⁰. Zákon připouští, aby nároky ze zákona dle § 2910 OZ a ze smlouvy dle § 2913 OZ existovaly vedle sebe, nicméně pro poškozeného je uplatňování nároku ze smlouvy výhodnější právě z důvodu, že zákon pro možnost uplatnění nároku nevyžaduje zavinění.

Právní vztah pacienta a lékaře prošel v posledních dvaceti letech značnými změnami²¹. V důsledku přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně²² ustoupil původní paternalistický model vztahu lékaře a pacienta, ve kterém lékař představuje silnější stranu a direktivně určuje léčebný postup, partnerskému pojetí vztahu lékaře a pacienta. Již z názvu vyplývá, že role pacienta se přesunula z pozice slabší strany na roveň partnera lékaře, což umožnilo odlišné pojetí základní hodnoty vztahu lékaře a pacienta, kterou je v nynějším pojetí **autonomie pacienta**²³. Šířeji pojato, původní striktně biomedicínský přístup je nutno doplnit o sociální a psychologickou rovinu, tedy pojmout pacienta jako racionální, svébytnou osobu, která má právo o sobě rozhodovat²⁴. Fragmenty paternalistického přístupu se však ve zdravotnictví vyskytují dodnes a právě tento pozůstatek v kontextu s narůstajícím povědomím pacientů o svých právech se leckdy stává ohniskem sporu.

Další změnou ve vztahu pacienta a lékaře, kterou nelze opomenout, je skutečnost, že v současné době vztah pacienta a lékaře již **není vztahem dvoustranným**, ale dochází

²⁰ VÍTOVÁ, Blanka, Jan KOTULA a Jakub DOHNAL. Porušení smluvní povinnosti. In: *Náhrada majetkové a nemajetkové újmy v novém občanském zákoníku: komentář k § 2894 až § 2971 : metodika Nejvyššího soudu k náhradě nemajetkové újmy na zdraví*. Olomouc: ANAG, 2015, s. 62. Právo (ANAG). ISBN 978-80-7263-940-3.

²¹ DOLEŽAL, Tomáš. *Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky. 2011, (Vol 1 No 1 (2011)), s. 3.

²² ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš a kolektiv, *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, s. 31-32. ISBN 978-80-7552-321-1.

²³ Autonomie pacienta bývá často zmiňována v souvislosti se zásadou "*Non salus, sed voluntas aegroti suprema lex*", tedy v překladu nikoliv prospěch, ale vůle nemocného je nejvyšším příkazem. Onen prospěch pacienta v původním paternalistickém přístupu určoval lékař.

²⁴ HOLÁ, Lenka. Sociální a psychologické aspekty mediace ve zdravotnictví. In: *Mediace a reflexe jejich aktuálních trendů*. Praha: Leges, 2014, s. 184 an. Teoretik. ISBN 978-80-7502-047-5.

k ingerenci dalších subjektů. Vyjma lékaře a pacienta zastává klíčovou roli zdravotní pojišťovna. V rámci poskytování zdravotních služeb tudíž společně koexistují tři typy vztahů:

1. vztah pojištěnce (pacienta) a zdravotní pojišťovny, v němž pacient odvádí zdravotní pojišťovně pojistné, za což mu pojišťovna hradí léčebné výlohy kryté pojištěním;
2. vztah zdravotní pojišťovny a poskytovatele zdravotních služeb, v němž poskytovatel zdravotních služeb poskytuje pojištěncům zdravotní služby, za což od zdravotní pojišťovny dostává finanční úhradu;
3. vztah pacienta a poskytovatele zdravotních služeb, v němž pacient žádá o poskytnutí zdravotních služeb, které mu poskytovatel zdravotních služeb zajišťuje²⁵.

Doležal uvádí, že existence zdravotního pojištění *“nemá zásadní vliv na rozsah práv a povinností ve vztahu mezi pacientem a lékařem – s výjimkou dopadu na rozsah poskytovaných služeb a výši odměny lékaře²⁶”*. Autorka však poznamenává, že rozsah poskytovaných zdravotních služeb má zásadní vliv na vztah lékaře a pacienta, neboť lékař musí zvažovat, které prostředky při poskytování zdravotních služeb použije. Ačkoli si pacient některé drobné či estetické úkony může hradit sám jako samoplátce, náročnější úkony jako dialýza, koronární bypass či provedení některých diagnostických metod se pohybuje v astronomických částkách²⁷, na které většina pacientů bez úhrad zdravotnické pojišťovny nedosáhne. Hovoříme-li o pacientech²⁸, na jejichž diagnózu pojišťovna neproplácí určitý zdravotní výkon, pak se tato skutečnost odráží i ve vztahu lékaře a pacienta.

K tématu mimosoudního řešení je nutné zmínit ještě čtvrtý subjekt, jehož přítomnost značně ovlivňuje vztah lékaře a pacienta, kterým je **pojistitel²⁹ profesní odpovědnosti**. Jeho stanovisko k předmětnému sporu mezi pacientem a poskytovatelem zdravotních služeb představuje zcela klíčový prvek pro mimosoudní řešení.

²⁵ DOLEŽAL, Tomáš. In: *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012, s. 85-88. Praktik (Leges). ISBN 978-80-87576-25-0.

²⁶ DOLEŽAL, Tomáš. In: *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012, s. 89. Praktik (Leges). ISBN 978-80-87576-25-0.

²⁷ VZP v únoru 2022 spustila kampaň s názvem "SystemShop", která odkrývá ceny některých úkonů prostřednictvím fiktivního e-shopu: <https://www.systemshop.cz/>

²⁸ Tuto skupinu tvoří zejména pacienti se vzácným či novým onemocněním (např. longcovid)

²⁹ Tímto pojistitelem je subjekt odlišný od veřejné zdravotní pojišťovny a bývá jím komerční pojišťovna.

1.2 K sociálním a psychologickým aspektům občanskoprávních sporů mezi poskytovatelem a zdravotních služeb a pacientem

Mezi hlavní specifika vztahu lékaře a pacienta, která je třeba na úvod vyzdvihnout, patří **míra intimacy**, která tento vztah odlišuje od jiných právních vztahů³⁰. Například bioetik M. Veatch připodobnil vztah lékaře a pacienta k manželskému svazku³¹ a dále třeba americký profesor Carlos A. Pellegrini tento vztah přirovnal k oblouku, jehož dva pilíře tvoří lékař a pacient. Za základní kamen, od něhož se odvíjí stabilita onoho oblouku, Pellegrini považuje důvěru. Ačkoli oba výše zmínění autoři používají ke vztahu lékaře a pacienta jiné metaforické příklady, lze v nich najít společný prvek, kterým je ona intimita. Postupem času se však tato velmi osobní stránka vztahu nahrazuje právní regulací, čímž se vztah posouvá spíše do formální roviny³².

Vztah lékaře a pacienta ovlivňuje i vývoj medicíny, který postupně směřuje k **technizaci léčebných postupů**. V zásadě se jedná o pozitivní směr kupředu, neboť technologie umožňuje léčit širší škálu nemocí, které dosud byly ne(vy)léčitelné. Stinnou stránkou však může být negativní dopad právě na vztah lékaře a pacienta, neboť pacient je opět vnímán jako objekt léčby a nikoli jako subjekt³³. Stav s nadsázkou popisuje lékař a publicista Kalvach: *“Za císaře Josefa lékaři asi hodně utěšovali a málo uměli léčit – dnes tomu může být naopak, obdobně nevyváženě: hodně léčíme, ale málo umíme utěšit.”*³⁴

Mezi časté příčiny sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem patří i **nenaplněná očekávání ze strany pacienta**. Jedním z důvodů této deziluze je na jedné straně povědomí pacienta o vyspělosti a široké škále léčebných postupů a na druhé straně neznalost systému zdravotnictví. Pacient očekává, že se mu dostane diagnostiky či léčby pomocí nákladné technologie, což však v jeho případě nemusí být standardní postup lege artis. Jako ilustrativní příklad lze uvést situaci, kdy pacient vyhledá specialistu ohledně bolesti zad a na doporučení známého vyžaduje vyšetření magnetickou rezonancí³⁵. Ošetřující lékař

³⁰ HOLÁ, Lenka a kolektiv, *Mediace a možnosti využití v praxi*, V Praze: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4109-3. str.1005-1007. [online]. [cit. 2017-04-17] Dostupné na:

<https://www.bookport.cz/e-kniha/mediace-a-moznosti-vyuziti-1219121/>

³¹ VEATCH, R. M. (1972). *Models for ethical medicine in a revolutionary age*. The Hastings Center Report, 2(3), 5–7. <https://doi.org/10.2307/3560825>

³² DOLEŽAL, T. *Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky. 2011, (Vol 1 No 1 (2011)), 3. s.2

³³ DOLEŽAL, T. *Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky. 2011, (Vol 1 No 1 (2011)), 3.

³⁴ KALVACH, Zdeněk. *Praha, Vídeň a solatium* [online].2009, Medical Tribune, [cit. 2023-10-16]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/praha-viden-a-solatium/>

³⁵ Pro vyšetření magnetickou rezonancí je třeba indikace k tomuto vyšetření a následně vystavení žádanky

požadavku pacienta nevyhoví a vyšetří ho jiným způsobem v souladu s lege artis postupem. Pacient následně cítí krivdu, že mu nebyla poskytnutá řádná péče.

Dalším problematickým aspektem je přístup a **způsob komunikace** lékaře, což může souviset s pozůstatky paternalistického modelu vztahu lékaře a pacienta, ale i nedostatečnou časovou dotací na pochopení individuálních potřeb pacienta. Pacient očekává, že ho lékař vyslechne, vyšetří, informuje o zdravotním stavu a možnostech léčby. Nezřídka se však stává, že pacient není spokojen s návštěvou lékaře, neboť nebyl dostatečně informován či se necítil dostatečně vyslyšen. Na vině mohou být omezené časové možnosti ošetřujícího lékaře, chabá komunikace i faktická bezmoc onemocnění léčit. Pacient též může cítit frustraci z bezvýchodné situace své zdravotní prognózy (popř. průběhu, který je delší nebo náročnější, než bylo predikováno) a hledat viníka. Na druhé straně i psychické rozpoložení lékaře či jeho negativní osobnostní rysy mohou být příčinou konfliktu. Situační faktory jako nedostatek spánku, fyzická únava a dlouhé směny mohou způsobit, že poskytnutá lékařská péče nebude kvalitní z hlediska formy (komunikace směrem k pacientovi) ani faktickému provedení, neboť vlivem vyčerpání se zdravotníci často dopouštějí chyb.

Příčiny konfliktů mezi lékařem a pacientem lze v zásadě rozdělit do tří kategorií:

1. věcná rovina – tato dimenze se týká obsahu, cílů a lege artis postupu
2. emocionální rovina – ta odráží psychické potřeby účastníků sporu
3. hodnotová rovina – která vyjadřuje základní hodnoty a postoje stran³⁶

U konfliktu mezi lékařem a pacientem je třeba mít na paměti, že se ve sporu v různé míře promítají všechny uvedené roviny. Redukce řešení konfliktu pouze po věcné stránce není nejefektivnější cestou³⁷. Pro ilustraci významu emocionální roviny bych uvedla výsledky průzkumu z roku 2019 ve fakultní nemocnici Buenos Aires, kde byli pacienti mimo jiné dotazováni na žádoucí vlastnosti lékaře. Z vyhodnocení průzkumu převažující část pacientů uvedla, že pro ně byly kladné povahové rysy lékaře důležitější než znalosti a technické dovednosti³⁸. Ze stejného průzkumu vyplynulo, že většina stížností obvykle souvisí s tím, že lékaři a pacienti se neshodují v prioritách. Konflikty zapříčiněné rozdílným vnitřním přesvědčením jsou obecně velmi náročné. Potíže činí samotné určení hodnot v probíhajícím

³⁶ HOLÁ, Lenka. Sociální a psychologické aspekty mediace ve zdravotnictví. In: *Mediace a reflexe jejích aktuálních trendů*. Praha: Leges, 2014, 184 an. Teoretik. ISBN 978-80-7502-047-5.

³⁷ Tamtéž

³⁸ BORRACCI, Raúl A, GALLESIO, José M Álvarez, CIAMBRONE, Graciana, MATAYOSHI, Cecilia, ROSSI, Fernando, CABRERA, Soledad. *What patients consider to be a 'good' doctor, and what doctors consider to be a 'good' patient*. 2020 Jul;148(7) DOI: 10.4067/S0034-98872020000700930, PMID: 33399677

konfliktu, neboť ty se skrývají v zastávané pozici účastníka sporu³⁹. Vyřešení kolize hodnot pak tvoří ústřední téma pro vyjednávání nebo mediaci.

Za předpokladu, že poskytovatel zdravotních služeb uzná odpovědnost za škodu a způsobenou újmu z výše uvedených jednání, jeví se mimosoudní řešení jako vhodné východisko. J. Mach doporučuje v případě vzniknuvšího sporu pro poskytovatele zdravotních služeb následující postup – v první řadě odborné posouzení věci s jednoznačným závěrem, zda došlo k porušení povinností zdravotnických pracovníků a zda vzešlá újma je v příčinné souvislosti s tímto porušením. Záležitost je následně třeba oznámit pojistiteli, včetně onoho stanoviska k záležitosti sepsaným poskytovatelem zdravotních služeb. Z procesu nelze vynechat poškozeného, byť v tento moment ho lze pouze vyrozumět o probíhajícím šetření se sdělením, že o výsledku bude vyrozuměn. Následně pojistitel a poskytovatel zdravotních služeb v součinnosti s právníkem zaujmou finální stanovisko, které oznámí poškozenému. V případě, že poskytovatel zdravotních služeb odpovědnost neuzná, záležitost se zpravidla řeší soudní cestou. V opačném případě, kdy poskytovatel zdravotních služeb odpovědnost uzná a zároveň má souhlas od pojistitele, otevírá se prostor pro mimosoudní jednání⁴⁰, o kterém pojednává tato práce.

2. Mimosoudní řešení

Tradiční cestou dosažení právní ochrany porušeného nebo ohroženého práva v rámci soukromého práva je civilní soudní řízení, kterým stát zaručuje právo na soudní ochranu⁴¹. Volba řešení sporu soudní cestou však skýtá řadu úskalí. Soudy jsou přetížené, což způsobuje velké množství případů a striktně stanovené organizační a formální požadavky řízení, následkem čehož může řízení trvat v řádu let a jeho výsledek je – zejména v oblasti zdravotnictví – nepředvídatelný⁴². Mimo tento standardní způsob právo umožňuje delegovat řešení soukromoprávního sporu i jinému orgánu, instituci či osobě než soudu. V těchto případech mluvíme o smírných postupech řešení sporů, které jsou označovány jako “mimosoudní řešení”. Ty jsou pojímány jako alternativa vůči soudnímu řízení, odtud název alternativní způsoby řešení sporu (dále také jako “ADR”). Zkratka ADR pochází

³⁹ O tom více v kapitole vyjednávání

⁴⁰ MACH, Jan. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada, 2010, s. 222-223. ISBN 978-80-247-3683-9.

⁴¹ WINTEROVÁ, Alena. *Civilní právo procesní: vysokoškolská učebnice*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Linde Praha, 2011. s. 155. ISBN 9788072018420.

⁴² Soud se nezabývá pouze právní stránkou sporu, ale musí se zabývat i medicínskou otázkou, která vyžaduje znalecké posudky. Dva zdánlivě skutkově stejné případy mohou mít zcela odlišný výsledek.

ze zavedeného anglického sousloví Alternative Dispute Resolution. Odborná veřejnost nezastává na pojem alternativy jednotný názor:

1. alternativu lze spatřovat ve skutečnosti, že metody uskutečňují jiné subjekty než soudy;
2. standardním postupem je soudní řízení a jakýkoli jiný způsob je alternativou k němu;
3. alternativa spočívá ve vztahu k procesní stránce – metody řešení lze členit na autoritativní (v případě rozhodování soudce) a kolaborativní, přičemž veškeré kolaborativní způsoby jsou pak považovány za alternativu. V této souvislosti je zkratka ADR také vykládána jako Amicable Dispute Resolution, tedy „přátelské řešení sporů“, což zdůrazňuje kontrast k „nepřátelskému řešení sporů“ před státními soudy⁴³;
4. alternativa vůči formám řešení sporů, kterým stát poskytuje garance mocí veřejnou⁴⁴, tedy alternativám tato garance přiznána není⁴⁵.

Autorka práce se kloní k výkladu zmíněném v druhém bodě, tedy že alternativou je jakýkoliv jiný postup oproti litigaci. Pro účely této diplomové práce je též nutné definovat, jaké konkrétní prostředky jsou metodami ADR. Jako pomocné vodítko bych použila citaci z dokumentu The Administrative Dispute Regulation Act z roku 1996, kde je v § 571 odst. 3 definováno, že *“prostředky ADR jsou prostředky procesu, který slouží k vyřešení problémů ve sporu, zahrnující, nikoliv však pouze, conciliaci, facilitaci, mediaci, factfinding, minitrial, arbitráž, využití ombudsmana či kombinace uvedeného”*.

Ačkoli mají jednotlivé ADR metody se soudním řízením jisté rysy společné, nejedná se o jeho alternativu v plném slova smyslu. Předně musí existovat vůle účastníků sporu na smírném řešení, neboť mimosoudního vyrovnání nelze dosáhnout za situace, kdy druhá strana nespolupracuje nebo kdy se konflikt nachází ve vrcholné fázi eskalace. Mimosoudní řešení je proto vhodná cesta řešení sporu, pokud existuje vůle stran na společné dohodě, nejsou pochyby ve skutkovém stavu případu a je třeba dosáhnout vykonatelného rozhodnutí⁴⁶. Ač mají jednotlivé metody ADR odlišný průběh, jejich společným rysem je flexibilita vůči potřebám

⁴³ RABAN, Přemysl. *Alternativní řešení sporů, arbitráž a rozhodci v České a Slovenské republice a zahraničí*. Praha: C.H. Beck, 2004, 1. vydání, C.H. Beck. s. 3. ISBN 80-7179-873-8.

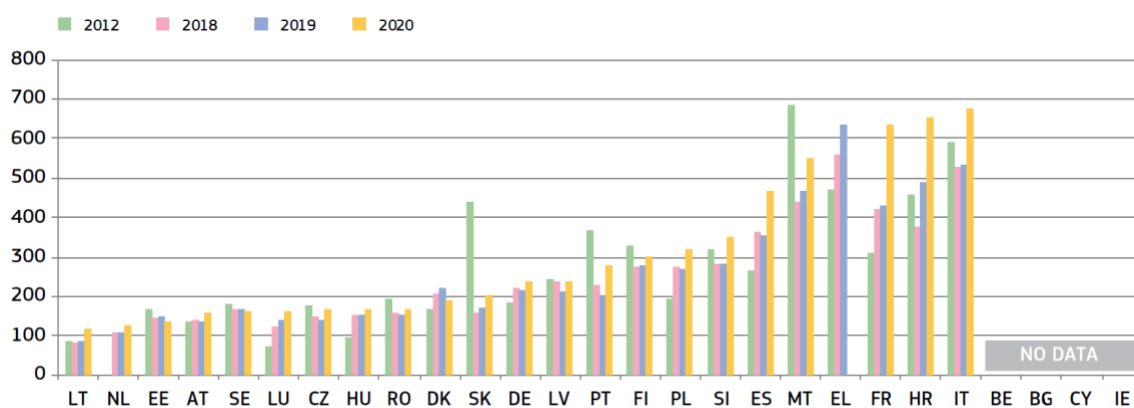
⁴⁴ ROZEHNALOVÁ, N. *Rozhodčí řízení v mezinárodním a vnitrostátním obchodním styku*. Praha: Nakladatelství Wolters Kluwer, 2013, s. 13. 978-80-7478-004-2

⁴⁵ HOLÁ, Lenka a Martina URBANOVÁ. *Právní a sociální aspekty mediace v České republice*. Wolters Kluwer, 2020, s. 23 an. ISBN 978-80-7598-720-4.

⁴⁶ WINTEROVÁ, Alena. *Civilní právo procesní: vysokoškolská učebnice*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Linde Praha, 2011. S. 558. ISBN 9788072018420.

účastníků a mnohdy sledují i jiný širší účel než soudní řízení⁴⁷. Z tohoto důvodu ADR neposkytuje plnohodnotnou náhradu soudnictví a je nutno jej vnímat spíše jako jeho doplnění.

Mezi přednosti, pro něž si účastníci sporu volí metody ADR oproti soudnímu řízení, patří především menší finanční zátěž a rychlost. Tyto dvě výhody jsou v odborných publikacích často vyzdvihovány, což bych ráda doložila konkrétními daty. Délku soudního sporu v oblasti civilního řízení níže zachycuje graf, který porovnává dobu trvání průměrného soudního sporu v zemích EU za roky 2012, 2018, 2019 a 2020.⁴⁸



49

Česká republika s průměrnou dobou vyřízení sporu pod 200 dní oproti ostatním evropským zemím nezaostává, zvláště v porovnání se státy v pravé části grafu, kdy například v Itálii nebo Maďarsku doba soudního řešení přesahuje 650 dní. Bylo by pošetilé tvrdit, že metody ADR nabízejí vyřešení konfliktu během jediné schůzky, zvláště v komplikovaných sporech jako v oblasti zdravotnictví, ke kterým je třeba důkladná příprava a porozumění věci po odborné stránce. Lze však říci, že strany mohou délku řízení výrazně ovlivnit mírou kooperace nebo stanovením frekvence jednotlivých schůzek. Zatímco u litigace studie mapují mimo jiné i průměrnou délku řízení, odborné analýzy ohledně využití mediace jsou zaměřené

⁴⁷ „Cílem není odstranění konfliktu, ale přeměna skutečného nebo potencionálního násilí na pokojné procesy sociálních změn.“ - HOLÁ, Lenka a Miluše HRNČIŘÍKOVÁ. 1.2. Historický vývoj mimosoudních metod. In: Mimosoudní metody řešení sporů. Leges, 2018, s. 19. ISBN 978-80-7502-246-2.

⁴⁸ *EU Justice Scoreboard*, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Central Bank, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, COM(2022) 234, European Union, 2022, Publications Office of the European Union [cit. 2023-10-16] ISBN 978-92-76-51630-9 Dostupné z: https://commission.europa.eu/system/files/2022-05/eu_justice_scoreboard_2022.pdf

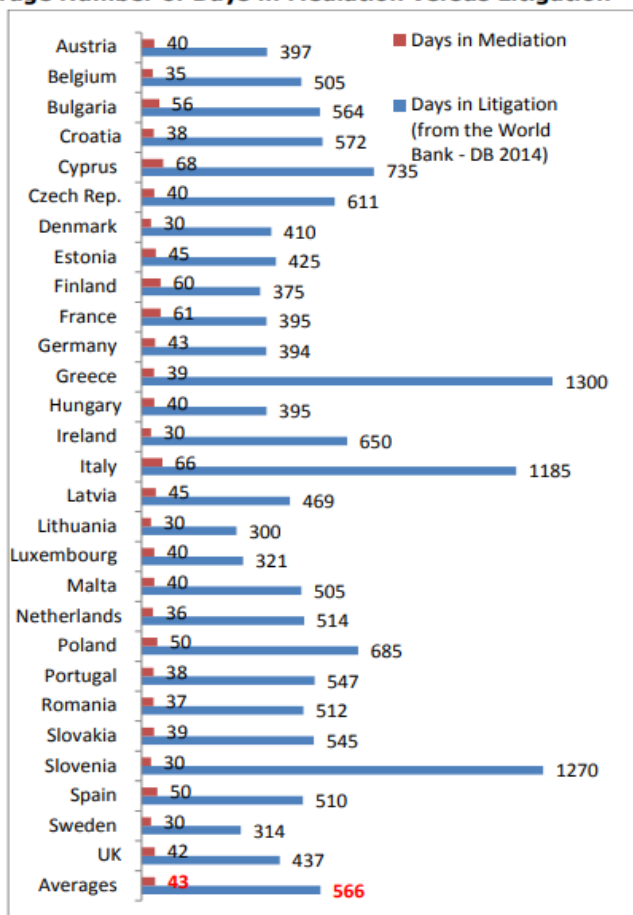
srovnání s:

Ministerstvo spravedlnosti JUSTICE.CZ. *České soudnictví 2020: Výroční statistická zpráva* [cit. 2023-10-16] Dostupné z: https://justice.cz/documents/12681/719244/Ceske_soudnictvi_2020.pdf/43b3020e-fc02-44a4-bb2c-a124ce85f57b

⁴⁹ Tamtéž

spíše na její účinnost a výsledky. Pro představu doby trvání mediace a litigace uvádím údaj dle starší analýzy Evropského Parlamentu z roku 2014, kdy byl průměrný počet dnů v České republice pro nalezení řešení sporu pomocí mediace 40, oproti tomu soudní cestou se počet dní vyšplhal na 611.⁵⁰

Figure 5 : Average Number of Days in Mediation versus Litigation



51

Stejná studie zkoumala i finanční aspekty obou institutů. Náklady soudního řízení pro Českou republiku jsou zde vyčísleny na 9.185 €, kdežto finanční výdaje za mediaci činily třikrát nižší částku, a to 3.000 €.

⁵⁰ DIRECTORATE GENERAL FOR INTERNAL POLICIES POLICY DEPARTMENT C: CITIZENS' RIGHTS AND CONSTITUTIONAL AFFAIRS LEGAL AFFAIRS. Rebooting the mediation directive: assessing the limited impact of its implementatin and proposing measures to increase the number of mediations in the EU: study. Brussels, 2014. ISBN 978-92-823-5269-4 [cit. 2023-10-16] Dostupné z: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2014/493042/IPOL-JURI_ET\(2014\)493042_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2014/493042/IPOL-JURI_ET(2014)493042_EN.pdf)

⁵¹ Tamtéž

Figure 7 : Average Cost of Litigation Compared to Mediation

	A. Court Cost	B. Mediation Cost	C. Lawyer Cost in Court	D. Lawyer Cost in Mediation	E. Total Cost in Court *	F. Total Cost in Mediation
Austria	€ 2.978	€ 5.000	€ 9.863	€ 5.000	€ 13.095	€ 10.000
Belgium	€ 3.818	€ 1.812	€ 6.733	€ 1.667	€ 12.286	€ 3.478
Bulgaria	€ 553	€ 120	€ 985	€ 300	€ 2.345	€ 420
Croatia	€ 542	€ 367	€ 1.791	€ 933	€ 2.874	€ 1.300
Cyprus	€ 1.200	€ 1.300	€ 3.990	€ 900	€ 7.535	€ 2.200
Czech Rep.	€ 1.365	€ 1.000	€ 3.643	€ 2.000	€ 9.185	€ 3.000
Denmark	€ 2.997	€ 3.500	€ 4.541	€ 3.000	€ 21.159	€ 6.500
Estonia	€ 2.811	€ 2.833	€ 2.057	€ 2.867	€ 5.097	€ 5.700
Finland	€ 2.228	€ 200	€ 7.281	€ 800	€ 9.655	€ 1.000
France	€ 1.722	€ 1.230	€ 6.825	€ 1.888	€ 11.099	€ 3.118
Germany	€ 3.571	€ 3.167	€ 4.352	€ 2.583	€ 9.510	€ 5.750
Greece	€ 1.016	€ 2.377	€ 3.764	€ 1.260	€ 5.420	€ 3.637
Hungary	€ 1.531	€ 800	€ 957	€ 400	€ 2.871	€ 1.200
Ireland	€ 1.334	€ 750	€ 10.907	€ 500	€ 15.606	€ 1.250
Italy	€ 1.541	€ 1.231	€ 11.582	€ 1.847	€ 15.885	€ 3.078
Latvia	€ 1.190	€ 2.500	€ 2.656	€ 1.500	€ 4.290	€ 4.000
Lithuania	€ 1.108	€ 290	€ 1.588	€ 844	€ 4.358	€ 1.134
Luxembourg	€ 2.232	€ 2.000	€ 8.048	€ 3.000	€ 11.338	€ 5.000
Malta	€ 949	€ 300,0	€ 9.992	€ 2.500	€ 11.352	€ 2.800
Netherlands	€ 3.739	€ 2.000	€ 10.245	€ 3.150	€ 17.873	€ 5.150
Poland	€ 938	€ 1.200	€ 938	€ 1.250	€ 2.252	€ 2.450
Portugal	€ 575	€ 1.375	€ 3.400	€ 3.750	€ 4.138	€ 5.125
Romania	€ 1.332	€ 397	€ 916	€ 899	€ 3.438	€ 1.296
Slovakia	€ 548	€ 688	€ 1.278	€ 1.232	€ 2.738	€ 1.920
Slovenia	€ 1.243	€ 900	€ 2.712	€ 525	€ 4.513	€ 1.425
Spain	€ 2.097	€ 700	€ 5.918	€ 1.133	€ 8.015	€ 1.833
Sweden	€ 2.481	€ 3.600	€ 22.413	€ 4.200	€ 24.974	€ 7.800
UK	€ 1.477	€ 1.306	€ 11.931	€ 1.518	€ 14.101	€ 2.824
Averages	€ 1.754	€ 1.534	€ 5.761	€ 1.837	€ 9.179	€ 3.371

52

Nižšími náklady a kratší časovou dotací nicméně výhody užití ADR nekončí. Mimosoudní řešení nabízí ve sporu poskytovatele zdravotních služeb a poškozeného vysvětlení, v rámci kterého si obě strany sdělují svůj úhel pohledu na předmět sporu, dále objasnění příčin konfliktu a tlumení jeho případné eskalace. Přidanou hodnotou ADR je snaha o narovnání vztahů a nalézání vzájemného porozumění mezi stranami sporu. Tento aspekt má pozitivní vliv nejen pro poškozeného, pro něhož může být vysvětlení celé události a případná omluva konečným řešením konfliktu, ale i pro poskytovatele zdravotních služeb, neboť předchází praktikování defenzivní medicíny, vyhoření zdravotnických pracovníků nebo případně i medializaci. Jednání v rámci mimosoudního řešení jsou neveřejná a strany přistupují k ADR zcela dobrovolně. Strany nejsou svázány rigidními pravidly a mají plnou kontrolu nad svými záležitostmi, a to ohledně začátku, průběhu i ukončení procesu mimosoudního

⁵² Tamtéž

řešení. Výsledná dohoda je dosaženou shodou obou stran, nikoli autoritativní určení, dle kterého jeden vychází jako vítěz, druhý jako poražený.

K tomu je však nutné dodat, že dosažený kompromis nezaručuje oběma stranám plné uspokojení nároků, které jim po právu náleží. Mimosoudní řešení negarantuje standardy poskytované litigací a stěžovatelé nemusí dosáhnout takového odškodnění, jakého by dosáhli soudní cestou⁵³. Tento nedostatek však lze překlenout např. právním zastoupením, které částečně vyrovná nerovnováhu mezi stranami, nebo výběrem kvalitního mediátora.

2.1 Charakteristika

Novodobé pojetí ADR jakožto samostatných metod je vystaveno na třech základech, a to komunikaci, vyjednávání a strukturování procesu. Ačkoli se znaky jednotlivých metod ADR liší, lze vysledovat společné principy:

1. Dobrovolnost – jak již bylo řečeno, k mimosoudnímu řešení sporu strany přistupují dobrovolně⁵⁴. Účastníci mohou volit způsob řešení a stejně tak i osobu, která jednání povede;
2. Diskrétnost – důvěrnost a neverejnost jednání je chráněna zákonem či dohodou stran a bývá hlavním důvodem, proč strany sporu volí ADR;
3. Přímá účast stran – strany mezi sebou během řízení otevřeně komunikují, což vede ke snazšímu pochopení vzájemných nesouladů, a mají během jednání větší autonomii, než by tomu bylo v soudním řízení;
4. Nestrannost – strany určí nestranného zprostředkovatele, kterým bývá zpravidla kvalifikovaná osoba s určitými schopnostmi a zkušenostmi;
5. Nezávaznost – pokud se strany nedohodnou jinak, nejsou výsledným řešením vázány;
6. Volnost rozhodnutí – strany volí způsob řešení, jeho počátek, průběh i konec;
7. Hledání řešení ku prospěchu obou stran – ADR se snaží nalézt takové řešení, kdy žádná ze stran nebude v pozici vítěze a poraženého, ale výsledek uspokojí všechny účastníky.

Výjimku z nestrannosti představuje situace, kdy účastníci konfliktu převezmou iniciativu k řešení konfliktu sami. Strany jsou tak nuceny opustit svou účastnickou roli a ujmou

⁵³ ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. Alternative Dispute Resolution in Medical Malpractice Disputes.(2017). RADIC, Zeljko, RONCEVIC, Ante, YONGQIANG, Li et al. Economic and Social Development : 22nd International Scientific Conference on Economic and Social Development – “The Legal Challenges of Modern World” : Book of proceedings, p. 233-242, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3213596>

⁵⁴ V některých státech však lze ADR nařídit na základě rozhodnutí soudu, např. USA

se role řešitelské, čímž také přebírají plnou kontrolu nad průběhem i výsledkem vyjednávání. Oproštění se od vlastních zájmů a emocí v konfliktní situaci může být značně obtížné, a proto řešení sporu svépomocí často selhává. Dalšími příčinami neúspěchu je např. rozdílné hodnotové nastavení nebo rozvleklost konfliktu. Rozhodnou-li se strany pro účast nestranného zprostředkovatele, částečně se vzdávají své autonomie rozhodování a toto právo delegují na třetí osobu, od které očekávají nezaujaté a nezávislé posouzení. Oficiálně přizvanou osobou bývá nejčastěji mediátor, konciliátor, facilitátor či arbitr⁵⁵.

Při určování cíle mimosoudního řešení pro daný spor je nutné vyjít z potřeb a motivů účastníků, které se v průběhu jednání mohou měnit. Dalo by se říci, že společným obecným cílem ADR je přeměna animozního konfliktu na pokojný proces sociálních změn⁵⁶ či jeho prevence. Mezi vedlejší časté cíle patří snaha o pochopení situace účastníků, nastolení otevřené komunikace mezi účastníky, zrychlení průběhu řešení sporu a zvýšení spokojenosti stran s dosaženým výsledkem. Úspěšné ADR končí dohodou, která řeší spornou otázku⁵⁷, avšak ta není exekucním titulem. Po právní stránce strany nejčastěji uzavřou dohodu o narovnání⁵⁸ a další možností uzavření konfliktu je smír dle § 69 a § 99 zákona č. 99/1963 Sb., Občanský soudní řád (dále jen jako „OSŘ“). Smír lze členit na soudní a přétorský, přičemž druh smíru se odvíjí od fáze, do které spor zašel. Pod přétorským smírem rozumíme dohodu schválenou v předběžném smířím řízení⁵⁹, kdežto soudní smír⁶⁰ je uzavírán v již zahájeném soudním řízení.

Zákon pro dosaženou dohodu mezi účastníky nestanoví povinnou písemnou formu, avšak tento způsob se silně doporučuje. Pro poskytovatele zdravotních služeb navíc platí podmínka, že pro uzavření dohody s poškozeným se vyžaduje kladné stanovisko pojistitele⁶¹.

⁵⁵ HOLÁ, Lenka a Miluše HRNČIŘÍKOVÁ. Způsoby řešení konfliktu. In: *Mimosoudní metody řešení sporů: vysokoškolská učebnice*. Praha: Leges, 2017, 37 an. Student (Leges). ISBN 978-80-7502-246-2.

⁵⁶ HOLÁ, Lenka a Miluše HRNČIŘÍKOVÁ. 1.2. Historický vývoj mimosoudních metod. In: *Mimosoudní metody řešení sporů*. Leges, 2018, s. 19. ISBN 978-80-7502-246-2.

⁵⁷ ROZEHNALOVÁ, N. Rozhodčí řízení v mezinárodním a vnitrostátním obchodním styku. Praha: Nakladatelství Wolters Kluwer, 2013, 978-80-7478-004-2

⁵⁸ § 1903 OZ

⁵⁹ § 67 OSŘ

⁶⁰ § 99 OSŘ

⁶¹ Respektive bez kladného stanoviska pojistitele se poskytovatel zdravotních služeb vystavuje riziku, že pojistitel částku nevyplatí. Proto poskytovatel zdravotních služeb s dohodou o narovnání vyčkává až do přijetí stanoviska.

2.2 Role a mechanismus stížností při mimosoudním řešení

2.2.1 Šetření stížnosti u poskytovatele zdravotních služeb

Poskytovatel zdravotních služeb musí mít ze zákona⁶² zavedený postup pro vyřizování stížností. V rámci tématu diplomové práce považuji za nutné tento postup rozebrat, neboť stížnostní mechanismus s mimosoudním řešením velmi úzce souvisí a osobně považuji podání a následné šetření stížnosti za předstupeň – nebo v případě vyjednávání dokonce za součást – mimosoudního řešení.

Obecný postup pro vyřizování stížností zakotvuje část osmá zákona o zdravotních službách. Zde zákonodárce vymezil okruh osob, které jsou oprávněny podat stížnost a dále stanovil možnost v případě nespokojenosti stěžovatele s vyřízením záležitosti stížnost podat vyššímu orgánu⁶³. Poskytovateli zdravotních služeb zákon určil základní povinnosti, jako vyřídit stížnost do 30 dnů od obdržení, vést evidenci stížností, umožnit stěžovateli nahlížení do spisu a vypracovat postup pro vyřizování stížností. Nejčastější formou implementace posledního požadavku je vytvoření návodu pro stěžovatele, který poskytovatelé zdravotních služeb zpřístupňují veřejnosti na svých webových stránkách, a dokumentem se řídí jakožto interním předpisem (často formou směrnice).

V návodech poskytovatelů zdravotních služeb, jakým způsobem u nich stěžovatel může podat stížnost, se opakovaně vyskytují následující body – předně stížnost musí splňovat obecné náležitosti, jako je uvedení jména a kontaktních údajů stěžovatele. Stěžovatel by měl též označit pracoviště nebo osoby, proti kterým stížnost směřuje, a v neposlední řadě by měl popsat podstatné skutečnosti, které ho vedly k podání stížnosti. Samotné podání stížnosti nemusí být rigidně písemné, byť se tato forma preferuje. Stěžovatel může stížnost též podat ústně, přičemž z ústního projednání se sepíše záznam. Stále platí, že nejběžnějším způsobem podání stížnosti je elektronicky prostřednictvím e-mailu, avšak lze tak učinit i prostřednictvím poštovních služeb, datové schránky či v některých případech telefonicky. Chybí-li některá náležitost, pověřený pracovník poskytovatele zdravotních služeb vyzve stěžovatele k její nápravě. Povinnost zabývat se stížnostmi platí i v případě, že je anonymní, avšak její autor nebude vyrozuměn o výsledku šetření.

⁶² § 93 an. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

⁶³ tj. správnímu orgánu, který poskytovateli zdravotních služeb udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Tento orgán je nejčastěji krajský úřad, odbor sociálních věcí a zdravotnictví

Po obdržení stížnosti poskytovatel zdravotních služeb potvrdí její příjem stěžovateli zpravidla prostřednictvím právního oddělení či nemocničního ombudsmana. Obdržením stížnosti počíná poskytovatel zdravotních služeb běžet třicetidenní lhůta pro její vyřízení⁶⁴. Přesné postupy provádění šetření se u jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb liší, avšak ve valné většině zaměstnanec odpovědný za vyřizování stížností prvně kontaktuje pracoviště, popř. konkrétního zdravotního pracovníka, proti němuž stížnost směřuje, a požádá ho o vyjádření k věci. V případě potřeby se vyžaduje i stanovisko vedoucího pracovníka kliniky či primáře a vyzoomí se vedení poskytovatele zdravotních služeb (např. náměstka, ředitele). Po ukončení zjišťování relevantních informací pracovník odpovědný za vyřizování stížnosti věc vyhodnotí a zašle stěžovateli písemné vyjádření. Součástí může být konstatování, že ze strany poskytovatele zdravotních služeb nedošlo pochybení, podrobné vysvětlení události či přiznání pochybení a omluva.

V případě, že stěžovatel nesouhlasí s vyřízením stížnosti, mu zákon poskytuje možnost domáhat se posouzení záležitosti krajským úřadem. Se stížností na konkrétního lékaře se stěžovatel může obrátit i na příslušnou komoru (lékařskou, stomatologickou nebo lékarnickou) nebo v případech týkajících se vyúčtování zdravotních služeb na svou zdravotní pojišťovnu⁶⁵.

Ani šetření krajského úřadu nemusí být pro stížnost finální instancí. Pakliže stěžovatel ani s vyřízením krajského úřadu nebude spokojen, lze podat stížnost na postup správního orgánu dle ustanovení § 175 odst. 7 správního řádu nebo se obrátit na veřejného ochránce práv, jemuž bude věnována věnovaná podkapitola níže.

Dle důvodové zprávy k ZZS je účelem stížnosti *“posílit postavení pacienta v systému poskytování zdravotních služeb a vymezit povinnost poskytovatelů zdravotních služeb se stížnostmi zabývat”*. Na poskytování zdravotních služeb lze nahlížet jako na službu, přičemž stížnost je pak zpětnou vazbou od klienta. Stížnost tudíž představuje prostředek, kterým se ve zdravotnictví zaměřuje pozornost na pacienta-zákazníka. Efektivita vyřizování stížností však v realitě pokulhá. Neexistují standardizované postupy a pacienti nejsou aktérem, nýbrž pouhým recipientem konečné informace bez vtažení do procesu vyřizování stížnosti. De lege

⁶⁴ dle ustanovení § 3 písm. b) zákona o zdravotních službách platí, že: *“...lhůtu může odůvodněně (poskytovatel zdravotních služeb) prodloužit o dalších 30 dnů; jde-li o stížnost, k jejímuž vyřízení je nepřislušný, je povinen ji do 5 dnů ode dne jejího obdržení prokazatelně postoupit věcně příslušnému subjektu; o prodloužení lhůty a postoupení stížnosti je povinen informovat stěžovatele”*

⁶⁵ Z důvodové zprávy k § 93–97 ZZS

ferenda by se mělo usilovat o nalezení rovnováhy mezi formalismem a postupy, kterými by byly naplněny potřeby stěžovatele, jako důvěra, důstojnost a respekt⁶⁶.

Ministerstvo zdravotnictví vydalo na jaře roku 2023 metodický pokyn⁶⁷ k vyřizování stížností podle části osmé zákona o zdravotních službách, ve kterém vyzývá poskytovatele zdravotních služeb k zaměření pozornosti na pacienta, zejména popsání jednotlivých fází stížnostního procesu, citlivému nakládání s předmětem stížnosti, vytvoření prostoru pro vzájemnou komunikaci, vyřizování záležitosti bez průtahů a do zkvalitňování poskytovaných služeb.

V roce 2008 proběhla v Nizozemí studie⁶⁸, která zkoumala proces vyřizování stížností pacientů. Dle této studie stěžovatelé při podávání stížnosti zažívají nespokojenost pramenící z pocitu, že během poskytování zdravotní péče jim byla způsobena újma, neboť se domnívají, že s nimi nebylo spravedlivě zacházeno a ze strany poskytovatele zdravotních služeb byla porušena povinnost, ať již procedurálního charakteru nebo morálního.

Ze studie vyplynulo, že pouze 31 % pacientů bylo po vyřízení stížnosti spokojeno s jejím výsledkem a vnímalo proces vyřízení jako spravedlivý. Zbytek pocíťoval zklamání nebo dokonce frustraci. Za předpokladu, že spokojenost s vyřízením stížnosti nezávisí pouze na jejím výsledku, ale také na zprocesování a formě komunikace, je tato skutečnost o to více alarmující, neboť interní postup a způsob předání informací může poskytovatel zdravotních služeb narozdíl od posouzení věci samotné ovlivnit.

Role nemocničního ombudsmana

Nemocniční ombudsman⁶⁹ je v České republice poměrně nový institut převzatý ze zahraničí, který řeší primárně problematiku podnětů a stížností. Poskytovatelé zdravotních služeb nemají povinnost tuto pozici zřídit a k jejímu vzniku proto dochází dobrovolně, nicméně Ministerstvo zdravotnictví zavedení ombudsmana do nemocnic doporučilo.

Přesná **koncepce nemocničního ombudsmana** je v jednotlivých zařízeních odlišná a liší se i typ úvazku, na který zaměstnanec tuto práci vykonává – v některých nemocnicích zaměstnanec pracuje jako ombudsman na plný úvazek, v jiných zařízeních pouze částečný

⁶⁶ Volně dle prezentace "Klíčové principy nastavení ombudsmanů ve zdravotnictví a práce na metodice pro poskytovatele zdravotních služeb" z 5. května 2022 od Mgr. Šárky Liolia

⁶⁷ Tzv. Metodický pokyn k vyřizování stížností podle části osmé zákona o zdravotních službách s využitím institutu nemocničního ombudsmana

⁶⁸ FRIELE, Roland D, Emmy M SLUIJS a Johan LEGEMAATE. *Complaints handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patients' expectations and their experiences*. DOI: 10.1186/1472-6963-8-199. PMID: PMC2572061

⁶⁹ Následující text vychází z kvalitativního výzkumu uskutečněného formou rozhovorů s 15 nemocničními ombudsmany

úvazek a současně s tímto postem vykonává i jinou pracovní agendu (např. nemocniční právník). V některých nemocnicích se ombudsman zaměřuje pouze na stížnosti “zvenčí”, tedy od pacientů a jejich blízkých, jinde řeší i interpersonální konflikty na pracovišti mezi zaměstnanci. Další rozdíl můžeme nalézt i v oboru vzdělání nemocničního ombudsmana. Funkci vykonávají převážně osoby s právnickým nebo zdravotnickým vzděláním (např. lékař, hlavní sestra, záchranář, fyzioterapeut), nicméně v řadách ombudsmanů najdeme i personalisty či sociální pracovníky. V některých nemocnicích nejsou pro pozici kladeny žádné formální požadavky. Od vzdělání ombudsmana se též odvíjí odlišný přístup k funkci – právníci kladou důraz na právní stránku problému, kdežto ombudsmani se zdravotnickým oborem vzdělání působí spíše jako odborní poradci a snaží se konflikt vysvětlit po zdravotnické stránce. Ve většině nemocnic funkci vykonává jedna osoba, avšak některá zařízení zřídila celý tým nemocničního ombudsmana. K takovému kroku se uchýlila např. psychiatrická zařízení, kde se tým nemocničního ombudsmana skládá z manažera kvality, právníka, lékaře psychiatra a osobou se zkušeností s duševním onemocněním či hospitalizací na psychiatrii (tzv. peer pracovník).

Již z názvu funkce je patrné, že hlavní **náplň práce ombudsmana** tvoří ochrana práv pacientů a zdravotníků. Ta se uskutečňuje prostřednictvím mechanismu stížností, který zahrnuje přijímání stížností, jejich evidenci a kategorizaci a hlavně jejich šetření. Během vyřizování ombudsman zjišťuje objektivní sled událostí a žádá o součinnost zaměstnanců, popř. vyjádření za celé pracoviště. Následně stížnost vyhodnocuje, zprostředkovává komunikaci za poskytovatele zdravotních služeb stěžovateli a navrhuje nápravná opatření. Mimo stížností může též vyřizovat podněty a pochvaly.

Institut ombudsmana v sobě nese několik rolí⁷⁰. Předně úlohu rozhodce, neboť analyzuje stížnosti a rozhoduje o nich⁷¹, ale může působit také jako mediátor a zástupce, který dbá na dodržování práv pacientů. Ombudsman také představuje poradce, a to jak ve vztahu k pacientům, tak i k poskytovateli zdravotních služeb a zdravotníkům. Pro zdárný výkon všech těchto funkcí je nutné, aby jejich nositel splňoval určité atributy. Z role rozhodce vyplývá, že nemocniční ombudsman by měl být nezávislý. Je však těžko představitelné, že by nemocniční ombudsman nebyl v pracovním (popř. smluvním) poměru k poskytovateli zdravotních služeb a byl tak úplně nestranný. V případě nemocničních ombudsmanů je nutno atribut nezávislosti vykládat jako snahu o eliminaci střetu zájmů, kdy by ombudsman neměl souběžně zastávat

⁷⁰ Z konference nemocničních ombudsmanů ze dne 5. května 2022, výstup za ministerstvo zdravotnictví od Mgr. Šárky Liolii

⁷¹ Popř. v součinnosti s právním oddělením, manažerem kvality, vedením nemocnice etc.

některé další funkce. Při plnění úkolů proto podléhá přímo osobám ve vedoucím postavení, od nichž nesmí dostávat žádné pokyny směřující k ohrožení nezávislého výkonu funkce. Hůře uchopitelným rysem jsou tzv. *“soft skills”* jako povahové vlastnosti (např. empatie, zvládnání konfliktních situací) a komunikační dovednosti. Vzhledem ke skutečnosti, že chyby v komunikaci tvoří hlavní příčinu sporů, je nezbytné, aby nemocniční ombudsman účastníkům sporu komunikaci usnadňoval a vytvářel prostředí vzájemné důvěry⁷². Mimo výše uvedené by se nemocniční ombudsman měl též orientovat v systému zdravotnictví, ve zdravotnickém právu a dále musí mít přehled o chodu daného zdravotnického zařízení.

Pro předávání informací, vzájemnou pomoc s problematikou agendy stížností a sdílení zkušeností vznikla v roce 2019 pro ombudsmany profesní organizace – **Asociace ombudsmanů ve zdravotnictví ČR, z.s.** Cílem organizace je především vytvoření společné platformy pro ombudsmany, nastavení profesních standardů, prohlubování odborné úrovně nemocničních ombudsmanů, ale i navázání komunikace mezi sebou samými navzájem. Organizace též spolupracuje s jinými subjekty, jako např. s pacienty prostřednictvím patientských organizací, s odbory zdravotnictví krajských úřadů či Ministerstvem zdravotnictví. Členství v této organizaci je na čistě dobrovolné bázi. V současné době asociace čítá 25⁷³ zástupců tuzemských poskytovatelů zdravotních služeb. Organizace pořádá 2x do roka konference, na kterých zaznívají příspěvky z oblasti zdravotnického práva, mediace, rozebírají se případové studie a členové si navzájem vyměňují své zkušenosti. Tato setkání se netýkají pouze zástupců v České republice, ale účastní se jich i kolegové ze Slovenska či Polska.

V zavedení institutu ombudsmana lze spatřovat mnoho výhod. Na prvním místě jde o zlepšení kvality poskytování zdravotní péče, ale i zvýšení spokojenosti stěžovatelů, neboť se jim dostane nestranného individuálního přístupu. Prostřednictvím ombudsmana navíc zdravotničtí pracovníci lépe porozumí pohledu stěžovatele, což může působit jako prevence do budoucna. Ačkoli ombudsman nenavrhne instantní řešení nastalého konfliktu, pouhým vyslyšením stěžovatele a lidským přístupem snižuje možnost eskalace konfliktu. Dalšími přednostmi jsou např. odbřemenění jiných pracovišť od stížnostní agendy nebo předcházení soudním sporům.

⁷² Vyjádření předsedy Asociace nemocničních ombudsmanů ve zdravotnictví, z. s., pana Petra Balleka, ze dne 17. 9. 2023 v rámci projektu Ministerstva zdravotnictví ČR „Světový den bezpečí pacientů“

⁷³ ASOCIACE OMBUDSMANŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ ČR. [cit. 2023-10-16] Dostupné z: <https://www.ftn.cz/asociace-ombudsmanu-ve-zdravotnictvi-cr-1298/>

V rámci zpětné vazby k dotazníkovým šetřením se však někteří poskytovatelé zdravotních služeb vyjádřili k institutu nemocničního ombudsmana váhavě. Obavy se týkaly především organizačního rázu (zastupitelnost při absenci v práci, požadavky na odborný a pomocný aparát apod.) a vymezením kompetencí. Další otazník pak visí nad potřebnou kvalifikací osoby ombudsmana. Osobně věřím, že v případě pochybností lze navázat spolupráci s Asociací ombudsmanů ve zdravotnictví ČR, z. s. a případné obavy praktického rázu zkonzultovat.

Navzdory některým pochybám počet nemocničních ombudsmanů stále narůstá. Ačkoli některá zdravotnická zařízení měla tuto funkci zřízenou již od roku 2004⁷⁴, jiní poskytovatelé zdravotních služeb institut zavedli až v nedávné době po vydání metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví⁷⁵. V době vydání pokynu mělo svého ombudsmana 34 nemocnic⁷⁶, přičemž od té doby se tento počet zvedl minimálně o 4 zdravotnická zařízení. Zakotvení institutu nemocničního ombudsmana se do budoucna plánuje i do zákona v rámci novely zákona o zdravotních službách.

Jiné subjekty podílející se na vyřizování stížností za poskytovatele zdravotních služeb

Za předpokladu, že poskytovatel zdravotních služeb nemá zřízenou funkci nemocničního ombudsmana, plní povinnosti stanovené v § 93 ZZS jiné osoby. Zpravidla se jedná o právní oddělení, nicméně úkoly může vykonávat i odlišný zaměstnanec, např. manažer kvality. Tyto subjekty po formální stránce postupují stejným způsobem jako nemocniční ombudsman.

2.2.2 Šetření stížnosti správním orgánem

Šetření stížnosti nemusí skončit na úrovni poskytovatele zdravotních služeb. Pakliže stěžovatel nesouhlasí s vyřízením stížnosti u poskytovatele zdravotních služeb, ustanovení § 93 odst. 2 ZZS mu umožňuje podat stížnost správním orgánu, který poskytovateli zdravotních služeb udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Stížnost ke správním orgánu lze podat písemně, ústně i elektronicky, avšak nutností je přiložení stanoviska poskytovatele zdravotních služeb včetně uvedení důvodu, proč s ním stěžovatel nesouhlasí. Některé krajské

⁷⁴ Fakultní nemocnice v Ostravě

⁷⁵ Metodický pokyn k vyřizování stížností podle části osmé zákona o zdravotních službách s využitím institutu nemocničního ombudsmana ze dne 15. června 2023

⁷⁶ Tiskové centrum Ministerstva zdravotnictví České republiky, Ministerstvo zdravotnictví vydalo Metodiku pro nemocniční ombudsmany 19. 6. 2023 [cit. 2023-10-16] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-vydalo-metodiku-pro-nemocnici-ombudsmany/>

úřady již dopředu žádají stěžovatele, aby ke stížnosti též doložili souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace. Za podání stížnosti stěžovatel neplatí žádný poplatek.

Následující paragraf⁷⁷ stanovuje správnímu orgánu lhůtu pro vyřízení stížnosti. Základní lhůta pro vyřízení stížnosti je stejně dlouhá jako u poskytovatele zdravotních služeb, tj. 30 dní. Zákon však správnímu orgánu stanovuje povinnost v jistých případech využít služeb **nezávislého odborníka** či nezávislé odborné komise, kdy lhůta 30 dní není pro řádné vyřízení stížnosti zdaleka dostačující. Je-li třeba ustavit nezávislého odborníka, ZZS lhůtu pro vyřízení prodlužuje na 90 dnů ode dne obdržení stížnosti a v případě, že stížnost musí posoudit nezávislá odborná komise, činí lhůta dokonce 120 dní od obdržení stížnosti. Oba tyto instituty správní orgán využije, pokud vyvstanou „*pochybnosti, zda byl při poskytování zdravotních služeb dodržen správný postup, popřípadě k vyloučení příčinné souvislosti mezi nesprávným postupem a újmou na zdraví pacientovi při poskytování zdravotních služeb*“⁷⁸. Při posouzení lege artis postupu správní orgán nejprve osloví nezávislého odborníka, který na základě podkladů vypracuje odborný posudek. Nalézt odborníka pro vypracování stanoviska bývá složité, neboť lékaři žádost správního orgánu o součinnost často odmítají. Další potíž spočívá i v dodržení stejné specializace, do jejíž gesce obsah stížnosti spadá. K této problematice se vyjádřil veřejný ochránce práv, který v jednom ze svých závěrečných stanoviscích uvedl, že tuto obtíž „*nelze přičítat k tíži stěžovatelům, neboť se jedná o problém státu.*“⁷⁹ Ve stejném stanovisku ombudsman pobízí správní orgán k vzájemnému doporučení odborníků a navázání užší spolupráce mezi sebou navzájem, což má systémový problém zmírnit.

V případech, kdy to nezávislý odborník navrhne či posouzení odborníkem k řešení stížnosti nepostačuje, správní orgán ustanoví **nezávislou odbornou komisi**⁸⁰. Ta se vždy skládá ze zástupce správního orgánu, 2 zdravotnických pracovníků a zástupce příslušné komory⁸¹, přičemž všichni členové musí být zcela nestranní. Jednání nezávislé odborné komise se obligatorně dále účastí právník a fakultativně osoba reprezentující poskytovatele zdravotních služeb pro účely objasnění relevantních skutečností⁸². Jednání komise může být též přítomen stěžovatel, zažádá-li o to⁸³. Úkol nezávislé odborné komise spočívá ve vyhotovení zápisu, který zahrnuje podstatné informace ze zdravotnické dokumentace a závěr, v němž se

⁷⁷ § 94 odst. 1 písm. a) ZZS

⁷⁸ § 94 odst. 4 ZZS

⁷⁹ Závěrečné stanovisko Veřejného ochránce práv ze dne 15. června 2016, sp. zn. 524/2015/VOP/MJ

⁸⁰ § 94 odst. 4 písm. b) ZZS

⁸¹ § 95 odst. 1 ZZS

⁸² § 95 odst. 2 ZZS

⁸³ § 95 odst. 2 písm. b) alinea 2 ZZS

komise vyjádří, zda byl dodržen postup lege artis či nikoli. Pakliže komise zjistí pochybení na straně poskytovatele zdravotních služeb, v závěru chybný postup popíše a uvede, zda existuje příčinná souvislost mezi oním pochybením a újmou pacienta. Součástí zápisu též tvoří návrh nápravného opatření⁸⁴.

Zákon správnímu orgánu ukládá k vyřizování stížností téměř identické povinnosti jako poskytovateli zdravotních služeb. Musí tedy vypracovat a zveřejnit postup pro vyřizování stížností, vést jejich evidenci a stěžovateli umožnit nahlížení do spisu⁸⁵. Oproti poskytovateli zdravotních služeb však správní orgán umožňuje ústní projednání stížnosti pouze výjimečně.⁸⁶

Zjistí-li správní orgán pochybení poskytovatele zdravotních služeb, je oprávněn uložit mu nápravná opatření a určit lhůtu k jejich provedení⁸⁷. Správní orgán však není oprávněn řešit samotné nároky stěžovatele za vzniklou újmu. Jejich vypořádání je v gesci poskytovatele zdravotních služeb a stěžovatele, a to buď formou litigace nebo mimosoudní cestou.

2.2.3 Šetření stížnosti Veřejným ochráncem práv

Další možností je obrátit se na veřejného ochránce práv. Pod pojmem veřejný ochránce práv či ombudsman rozumíme nezávislou a nestrannou osobu, která chrání zákonnost postupů správních orgánů, ale i jiné činnosti, které by soud při soudním řízení příliš nezohledňoval (např. neochotu, hrubost, různé omyly a chyby). Veřejný ochránce práv tak řeší konflikty neformálně, pružně a levně⁸⁸. Tuto variantu řešení si mohou zvolit pacienti, zákonní zástupci či opatrovník pacienta, osoby blízké nebo zmocněnci pacienta⁸⁹, a to za předpokladu, že předmět stížnosti spadá do působnosti veřejného ochránce práv dle § 1 zákona č. 349/1999 Sb., o Veřejném ochránci práv (dále jen “ZVOP”), a po absolvování stížnostního procesu u poskytovatele zdravotních služeb⁹⁰ a následně u správního orgánu⁹¹. Stejně jako u předchozích dvou článků posouzení stížnosti u veřejného ochránce práv nepodléhá poplatkům a podnět lze učinit písemně i ústně.

⁸⁴ § 95 odst. 5 ZZS

⁸⁵ § 94 odst. 1 ZZS

⁸⁶ V rámci šetření bylo osloveno 14 krajských úřadů, z nichž pouze 2 uvedly, že umožňují ústní projednání stížnosti. Zákon správnímu orgánu tuto povinnost neukládá. U větších poskytovatelů zdravotních služeb (např. nemocnic) je absence ústního projednání stížnosti u správního orgánu pochopitelná, avšak v případě stížností na lékaře-fyzickou osobu je tato skutečnost spíše ke škodě.

⁸⁷ § 96 odst. 1 písm. a) ZZS

⁸⁸ HENDRYCH, Dušan a kolektiv. Kapitola XXXI – Ombudsman. In: *Správní právo: obecná část*. 9. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2016, s. 429-431. Academia iuris (C.H. Beck). ISBN 978-80-7400-624-1.

⁸⁹ § 93 odst. 1 ZZS

⁹⁰ § 93 odst. 1 alinea 2 ZZS

⁹¹ § 93 odst. 2 ZZS

Formální náležitosti stížnosti jsou minimální. Podnět by měl obsahovat vylíčení podstatných okolností včetně výsledku šetření u správního orgánu, označení úřadu či osoby, které se stížnost týká a identifikační údaje stěžovatele, tedy jméno, příjmení a bydliště stěžovatele⁹². Ke stížnosti by též měl být přiložen stejnopis rozhodnutí správního orgánu.

Po obdržení podnětu veřejný ochránce práv podnět podrobí předběžné analýze, zda neexistují podmínky pro odložení podnětu dle § 12 ZVOP⁹³. Ačkoli v případě naplnění podmínek dle § 12 ZVOP ombudsman podnět odloží, stěžovateli alespoň vysvětlí důvody pro toto odložení a také mu doporučí, jaké další kroky v jeho situaci podniknout. Pokud však veřejný ochránce práv neshledá důvody k odložení, zahájí šetření, o čemž vyrozumí stěžovatele a též příslušný správní orgán. Stížnost v podnětu může vyhodnotit jako důvodnou, kdy zjistil pochybení správního orgánu, dále jako nedůvodnou, kdy správní orgán nepochybil, či nepřezkoumatelnou⁹⁴.

V rámci šetření podnětu je ombudsman oprávněn⁹⁵ vstupovat do prostor úřadů a nahlížet do spisů. Potřebné informace dále získává kladením otázek a rozmluvou se zaměstnanci správního orgánu. Správní orgány jsou povinny⁹⁶ poskytnout potřebnou součinnost, zejména podat vysvětlení či jiné vyžádané informace, zpřístupnit spisy a provést důkazy.

V praxi se stává, že ombudsman porušení právních předpisů ani jiná pochybení správního orgánu nezjistí. V takovém případě o této skutečnosti informuje stěžovatele i správní orgán.

Pakliže ombudsman šetřením zjistí, že k pochybení došlo, zasílá správnímu orgánu **zprávu o šetření**, v níž ombudsman správní orgán vyzve, aby se ke zjištění vyjádřil. Pokud

⁹² § 11 odst. 1 ZVOP

⁹³

(1) *Ochránce podnět odloží, jestliže věc, které se podnět týká, nespadá do jeho působnosti anebo se netýká osoby, která podnět podala.*

(2) *Ochránce může podnět odložit, jestliže*

a) náležitosti podle § 11 nebyly doplněny ani ve stanovené lhůtě,

b) je zjevně neopodstatněný,

c) od právní moci rozhodnutí nebo od opatření či události, kterých se podnět týká, uplynula v den doručení podnětu doba delší jednoho roku,

d) věc, které se podnět týká, je projednávána soudem nebo již byla soudem rozhodnuta, nebo

e) jde o podnět ve věci, která již byla ochráncem přešetřena (§ 17 a 18) a opakovaný podnět nepřináší nové skutečnosti

⁹⁴ *správní orgán nevysvětlil důvody svého rozhodnutí nebo je rozhodnutí nesrozumitelné z důvodu, že z výroku nelze zjistit, jak úřad rozhodl či smysl odůvodnění nepochopí ani úředníci*

Dle Správní rozhodnutí obecně [online]. [cit. 2023-10-23]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/srozumitelne/obecne_ke_spravnimu_rozhodnuti/

⁹⁵ § 15 odst. 1 ZVOP

⁹⁶ § 15 odst. 2 ZVOP

správní orgán již přijal opatření k nápravě, informuje o těchto učiněných opatřeních ombudsmana. Shledá-li ombudsman tato opatření jako dostatečná, vyrozumí stěžovatele i správní orgán. V případě, kdy tato opatření nepostačují, správní orgán nevyjádří či sdělí svůj zamítavý postoj ke zjištěním veřejného ochránce práv, ombudsman vyhotoví **závěrečné stanovisko** s návrhem opatření k nápravě. V rámci opatření k nápravě ombudsman může navrhnout přezkum rozhodnutí, provedení úkonů k odstranění nečinnosti či zahájit disciplinární řízení. Nasvědčují-li tomu okolnosti, může také navrhnout zahájení stíhání pro trestný čin nebo přestupek. Též může navrhnout poskytnutí náhrady škody, avšak zde je nutné poznamenat, že samotným návrhem opatření k nápravě ani jiným aktem ombudsmana nelze přiznat náhradu újmy. Ombudsman nemá žádné faktické nástroje k donucení správního orgánu k určitému jednání a jeho doporučení nelze vnímat jako příkaz⁹⁷⁹⁸.

Po doručení závěrečného stanoviska má správní orgán povinnost sdělit ombudsmanovi, jaká učinil opatření k nápravě. Pokud tato opatření nejsou dostatečná či správní orgán dokonce žádné nápravné opatření neučiní, je veřejný ochránce práv oprávněn uložit správnímu orgánu **sankci** spočívající ve vyrozumění nadřízeného úřadu, nebo může kauzu včetně jmen úředníků zveřejnit⁹⁹.

K povaze stížnostního mechanismu u veřejného ochránce práv je pro úplnost nutné zmínit pár doplňujících informací. Jak již bylo zmíněno, ombudsman nemůže stěžovateli přiznat náhradu újmy. Dále také není v jeho pravomoci šetřit samotný postup poskytovatele zdravotních služeb a ukládat mu nápravná opatření. Praxi poskytovatelů zdravotních služeb tak lze ovlivňovat pouze nepřímo prostřednictvím správních orgánů. Ombudsman také neprovádí šetření po odborné stránce věci, avšak zjišťuje, zda správní orgán ustanovil vhodného odborníka po stránce náležité specializace i nestrannosti. Veřejný ochránce práv též zkoumá, zda se odborník vyjádřil ke všem bodům stížnosti a zda učinil srozumitelné závěry. Výsledek šetření u ombudsmana představuje pro stěžovatele výhodu spočívající ve zpracování odborného vyjádření¹⁰⁰ k případu bez jakýchkoliv poplatků, které stěžovateli poskytnou představu o případné úspěšnosti v rámci mimosoudního řešení či litigaci.

Veřejný ochránce práv se v praxi v oblasti zdravotnictví zabývá rozličnou tematikou od úhrad za zdravotnické úkony až po spory s nahrávkami pořízenými pacienty pro účely

⁹⁷ Důvodová zpráva k ZVOP – obecná část

⁹⁸ Akty ombudsmana nejsou rozhodnutím, ale jiným úkonem dle části čtvrté zákona č. 500/2004 Sb., Správní řád. (Rozhodnutí Nejvyššího správního soudu ze dne 17. 9. 2014, sp. zn. 2 As 41/2014-47)

⁹⁹ § 20 ZVOP

¹⁰⁰ Volně dle příspěvku Mgr. Michaely Sedláčkové z kanceláře Veřejného ochránce práv ze dne 19. 9. 2023 prezentovaného na konferenci Lidská práva ve zdravotnictví

dokazování. Ačkoli z podnětů nelze vysledovat tendenci, že by některé lékařské specializace měly vyšší pravděpodobnost výskytu sporů s pacienty, některé témata v poslední době často rezonovala. Často se objevují podněty z oblasti porodnictví a přítomnosti zákonného zástupce u poskytování zdravotních služeb dítěte a kapitolou *sui generis* byla opatření v době COVIDu. Jako problematická se též jeví nejednotnost postupů poskytovatelů zdravotních služeb¹⁰¹.

2.2.4 Šetření stížnosti Českou lékařskou komorou

V prvé řadě je namístě zmínit, že se stížností na zdravotnického pracovníka se pacient neobrací pouze na Českou lékařskou komoru (dále jen jako „ČLK“), ale dle profese i na Českou stomatologickou komoru nebo Českou lékárnickou komoru. Pro účely této práce však zmíním stížnostní mechanismus pouze u ČLK.

Zákonná úprava ohledně vyřizování stížností komorou v zákoně č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, je poměrně stručná¹⁰², proto podrobnější postup nalezneme v interních předpisech komory, zejména v jejím disciplinárním řádu (dále jen „DŘ ČLK“).

Stížnost může komoře podat každý, kdo se domnívá, že se lékař dopustil pochybení či jednal v rámci svého povolání neeticky. Stížnost je možné podat pouze písemně s přesnou identifikací stěžovatele. Anonymní stížnosti ČLK narozdíl od poskytovatele zdravotních služeb neprojednává. Přijetí stížnosti komora stěžovateli potvrdí do 14 dnů od jejího obdržení. Není-li dán důvod pro odmítnutí nebo postoupení stížnosti¹⁰³, revizní komise okresního sdružení zahájí šetření. Pracovník revizní komise pověřený šetřením stížnosti kontaktuje lékaře, proti němuž stížnost směřuje, a vyžádá si od něj vyjádření k události. Dotčený lékař má povinnost poskytnout pověřenému pracovníkovi součinnost¹⁰⁴ a může navrhnout provedení důkazů. Pověřený pracovník revizní komise dále opatří další veškerá další podklady. V případě potřeby nahlížení do zdravotnické dokumentace vyzve též stěžovatele, aby udělil disciplinárním orgánům ČLK souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace. Pro každou stížnost vede revizní komise okresního sdružení spis, ve kterém jsou vedeny všechny relevantní podklady¹⁰⁵ pro rozhodnutí. Je-li předmětem stížnosti postup *non lege artis*, a ve spisu absentuje „... *posudek vědecké rady komory, nezávislé odborné komise nebo jiný znalecký*

¹⁰¹ Některá zařízení bývají vůči pacientům "benevolentnější", jiná mají striktnější vnitřní řád. Pacienti se s těmito rozdíly setkávají a rozporují je.

¹⁰² § 2 odst. 2 písm. e): "Komory jsou oprávněny řešit stížnosti na výkon povolání svých členů v rozporu s odstavcem 1 písm. a)"

§ 2 odst. 1 písm. a): "Komory dbají, aby členové komor vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor"

¹⁰³ § 4 DŘ ČLK

¹⁰⁴ § 5 odst. 2 DŘ ČLK

¹⁰⁵ náležitosti spisu viz § 6 odst. 2 DŘ ČLK

posudek, musí návrh na zahájení disciplinárního řízení obsahovat písemné či zapsané ústní vyjádření kompetentního odborníka¹⁰⁶“. Pro vydání rozhodnutí ve věci je ČLK vázána lhůtou 6 měsíců ode dne obdržení stížnosti¹⁰⁷.

Pověřený pracovník komise okresního sdružení následně vypracuje návrh na zahájení disciplinárního řízení a zašle jej revizní komisi komory. O tomto návrhu pak rozhoduje čestná rada okresního sdružení komory. Je poměrně zajímavé, že narozdíl od správního orgánu disciplinární řád ČLK umožňuje konání **smírčího řízení**¹⁰⁸. Tento postup může revizní komise okresního sdružení doporučit v návrhu na zahájení disciplinárního řízení. Dospěje-li čestná rada k závěru, že smírčí řízení by bylo vhodným institutem v rámci šetření stížnosti, zašle obviněnému lékaři a stěžovateli návrh na konání smírčího řízení se stanoveným dnem a místem konání. Proces spočívá na bázi dobrovolnosti a je k němu zapotřebí souhlasu dotčeného lékaře i stěžovatele. Jak z názvu vyplývá, smírčí řízení zcela logicky usiluje o dosažení smíru mezi stěžovatelem a lékařem, v rámci něhož umožňuje i případné sepsání dohody o vypořádání nároků na náhradu škody. Dosažený smír musí být stvrzen písemnou formou a strany v něm zároveň prohlašují, že se vzdávají použití jiných právních prostředků a netrvají na dalším projednání stížnosti. V případě, že se stranám nepovede dosáhnout smíru, čestná rada okresního sdružení pokračuje v disciplinárním řízení.

V řízení následuje rozhodnutí ve věci. Pokud čestná rada okresního sdružení nerozhodne o postoupení případu, rozhodne o vině lékaře. Není-li vina prokázána či bylo zjištěno, že se lékař nedopustil žádného provinění, je uznán nevinným. V opačných případech čestná rada okresního sdružení uzná vinu a může podat návrh na disciplinární opatření. Samotná disciplinární opatření ukládá čestná rada komory. Obviněnému lékaři tak v případě uznání viny hrozí pokuta od 3.000 do 30.000,-Kč, podmíněné vyloučení z komory či nepodmíněné vyloučení z komory¹⁰⁹.

Pokud pacient nesouhlasí s vyřízením stížnosti, může do 15 dnů od obdržení rozhodnutí podat námitku¹¹⁰.

Řádné vyřízení stížnosti má značný význam pro obnovení důvěry pacienta v systém zdravotní péče a může být prevencí rozsáhlejšího sporu. Ačkoli mají poskytovatelé zdravotních

¹⁰⁶ § 7 odst. 7 DŘ ČLK

¹⁰⁷ § 2 odst. 14 DŘ

¹⁰⁸ § 9 DŘ

¹⁰⁹ § 18 zákona č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře

¹¹⁰ § 11 DŘ

služeb povinně zavedený systém pro vyřizování stížností, pacienti často nejsou spokojeni se způsobem jejich vyřízení¹¹¹. Následující kapitola se bude zabývat metodami mimosoudního řešení, když stížnost k vyřešení sporu nepostačuje.

2.3 Metody mimosoudního řešení

Souhrn jednotlivých mimosoudních řešení tvoří početnou skupinu metod lišící se od sebe stupněm formálnosti, dále pravomocemi, kterými disponuje třetí strana, nebo přístupem k nalezení řešení. Mimosoudní řešení se primárně člení na metody základní, mezi něž patří vyjednávání (negociace), facilitace, konciliace, rozhodčí řízení, právo spolupráce (collaborative law) a metody hybridní, které různým způsobem kombinují metody základní. Bližší pozornost budu v následujícím textu věnovat pouze těm metodám mimosoudního řešení, které lze využít ve sporu poskytovatele zdravotních služeb a pacienta¹¹².

2.3.1 Vyjednávání

Nejstarší a nejběžnější metodou mimosoudního řešení je vyjednávání neboli negociace. Již samotný původ slova dosti napovídá o povaze institutu – termín vychází z latinského “*negōtiārī*”, znamenající “obchodovat”, z čehož lze vyvodit, že se metoda vyjednávání dříve využívala převážně v rámci smlouvání při uskutečňování obchodu. V průběhu času se obsah termínu rozšířil a nyní anglický pojem “*negotiation*” představuje ekvivalent pro český výraz vyjednávání. Z hlediska mimosoudního řešení vyjednávání netvoří jen samostatnou metodu ADR, ale sensu lato se jedná o proces, který se nutně odehrává i v jiných mimosoudních řešení, např. mediaci, konciliaci, facilitaci etc.

Metoda vyjednávání je velmi neformální, nemá stanovený konkrétní právní rámec a nejsou zde stanovená pevná pravidla. Lze za ni proto označit jakoukoli formu komunikace k dosažení dohody při jednáních mezi stranami, při nichž strany zastávají různé zájmy. Pokud nahlédneme na vyjednávání jako na komunikační metodu, pak je jeho předmětem problém¹¹³. Existencí rozdílných zájmů, které strany považují za neslučitelné, vzniká konflikt¹¹⁴. Klíčovou charakteristikou vyjednávání je skutečnost, že řešení hledají sami účastníci, čili vyjednávání

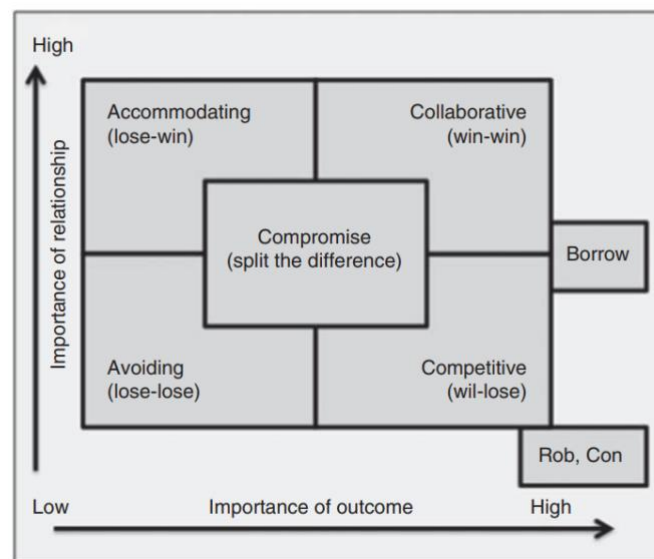
¹¹¹ HOLÁ, Lenka. Sociální a psychologické aspekty mediace ve zdravotnictví. *Mediace a reflexe jejich aktuálních trendů*. Praha: Leges, 2014, s.184 an. Teoretik. ISBN 978-80-7502-047-5.

¹¹² Krátce se zmíním i o rozhodčím řízení, které se v České republice do roku 2016 teoreticky mohlo využívat, nyní jej lze využít pouze v zahraničí mimo oblast EU, např.: USA.

¹¹³ HOLÁ, Lenka a Miluše HRNČIŘÍKOVÁ. Vyjednávání. *Mimosoudní metody řešení sporů: vysokoškolská učebnice*. Praha: Leges, 2017, 77 an. Student (Leges). ISBN 978-80-7502-246-2.

¹¹⁴ „Projevený rozpor alespoň dvou navzájem závislých stran, které se snaží dosáhnout svých cílů a přitom považují své zájmy za neslučitelné, zdroje za vzácné a zásahy třetích stran za nežádoucí“ - WILMOT, W.W. a HOCKER, J.L., *Interpersonal Conflict*. 7. McGraw-Hill, 2007, s. 9. ISBN 9780073135540.

probíhá bez účasti třetí osoby, která by fungovala jako prostředník či rozhodce. Během konfliktu se pak zúčastněná osoba snaží dosáhnout řešení užitím určitého vyjednávacího stylu, který každý člověk podvědomě využívá. Kenneth. W. Thomas a Ralph H. Kilmann v sedmdesátých letech navrhli model¹¹⁵, který definuje 5 rozdílných přístupů při řešení konfliktu. Konkrétní vyjednávací styl vymezují dvě proměnné, a to důležitost pro dosažení cíle (“importance of outcome”) a zachování dobrého vztahu s protistranou (“importance of relationship”).



116

Kooperativní vyjednávání (“collaborative”) charakterizuje snaha o dosažení co nejlepšího výsledku za zachování dobrého vztahu s protistranou. Na výsledku, který bude příznivý pro všechny (“win-win”), se podílejí obě strany rovným dílem čili obě musí spolupracovat a být vnímavé vůči potřebám protistrany. Tento styl má nejvyšší potenciál pro vznik takové dohody, která bude tvořena stabilními hodnotami všech účastníků.

Stejně jako u předchozího stylu je pro **kompetitivní vyjednávání** důležitý výsledek, avšak s rozdílem, že účastníkovi praktikujícímu tento vyjednávací styl bude lhostejné, jaký dopad bude mít dosažené řešení pro druhou stranu. Osoba zastávající tuto pozici bude využívat dostupné prostředky ke svému prospěchu, aby konflikt vyhrála, neboť druhou stranu spatřuje jako soupeře. Z konfliktu vychází jedna strana jako vítěz, druhá jako poražený (“win-lose”).

¹¹⁵ tzv. Thomas-Kilmann Conflict Model

¹¹⁶ Grafické znázornění z: Clay-Williams, Robyn; Johnson, Andrew; Lane, Paul; Li, Zhicheng; Camilleri, Lauren; Winata, Teresa; Klug, Michael (2018). *Collaboration in a competitive healthcare system: negotiation 101 for clinicians*. *Journal of Health Organization and Management*, 32(2), 263–278. doi:10.1108/JHOM-12-2017-0333

Přízpůsobivé vyjednávání klade důraz na zachování dobrého vztahu mezi stranami i za cenu nepříznivého výsledku. Účastník, který má během vyjednávání tendence tíhnout k přizpůsobení se, raději ustoupí a přijme podmínky druhé strany. Konflikt obvykle končí jako schéma “lose-win”, kdy přízpůsobivý jedinec ze sporu odchází jako poražený.

Vyhýbavý přístup se snaží samotnému řešení sporu vyvarovat. Účastníka s tímto stylem nemotivuje ani výsledek, ani zachování dobrého vztahu. Jedinci s tímto přístupem k vyjednávání mají tendenci se při konfliktu stáhnout, ignorovat problém a nezapojovat se do procesu. Výsledek není příznivý ani pro jednu stranu a závěr sporu končí prohrou obou stran (“lose-lose”).

Poslední vyjednávacím stylem je hledání **kompromisu**. Jedná se o kombinaci výše uvedených stylů. Na výsledku konfliktu záleží, avšak než vytvářet nová optimální řešení strany raději částečně ustoupí od svých požadavků. Tento přístup se jeví jako vhodný v případě, že strany nemají dostatek času nalézt lepší východisko a zároveň jim záleží na udržení dobrého vztahu. Osoby, které inklinují ke kompromisům, kladou důraz na spravedlnost a rovnováhu účastníků během celého vyjednávání.

Podle Thomas-Kilmann modelu je optimální řešení dosaženo pouze v takovém vztahu, kde jsou oba účastníci sporu asertivní a spolupracující, pouze tehdy je možné uspokojit požadavky obou stran. U méně asertivních způsobů vyjednávání zpravidla není vůle pro aktivní zapojení pro řešení konfliktu, v důsledku čehož jedinci přijímají méně žádoucí řešení. V případě konfliktních situacích mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem může správný způsob komunikace zmírnit napětí, či dokonce zažehnat spor.

Úspěšná negociace vyjma výše uvedených bodů zpravidla vyžaduje i promyšlenou strategii. Zdárné vyjednávání začíná podle Fishera, Uryho a Pattona¹¹⁷ **analýzou situace**. Během této fáze účastníci shromažďují informace a přiřadí jim priority. Po zmapování stavu konfliktu se přistupuje ke stadiu plánování. V této fázi účastníci přicházejí s novými nápady a snaží se identifikovat cíle, ze kterých nechtějí ustoupit, a ty aspekty sporu, o kterých lze vyjednat a kde jsou účastníci ochotni akceptovat alternativy. Aby strany našly konkrétní odpovědi na výše uvedené otázky a objevily zónu vzájemné shody, kladou si vzájemně otázky, čímž se přesouvají do fáze diskuze. Naslouchání a kladení dotazů umožní nejen lépe porozumět motivacím protistrany, ale tento zdánlivě triviální postup zároveň vytváří vzájemnou důvěru

¹¹⁷ FISHER, Roger a URY, L. William a PATTON, Bruce. *Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In*, Random House UK Ltd, 2012, s. 35 an. ISBN: 9781101539545.

a dává druhé straně pocit, že její potřeby jsou vyslyšeny. Obě strany by měly být schopny porozumět zájmům toho druhého a jejich úkolem je hledat pro řešení protichůdných zájmů společnou shodu na základě objektivních skutečností.

Výše uvedení autoři, Fisher, Ury a Patton, v knize “Jak dosáhnout souhlasu” uvádí, že v rámci laické veřejnosti lidé nejčastěji zastávají tzv. poziční vyjednávání, a to buď tvrdé nebo měkké. Na úvod k tomuto členění je nutné poznamenat, že onou pozicí autoři míní postoj, kterým se lidé brání proti útokům a přesvědčují druhou stranu, že tuto pozici nelze změnit¹¹⁸. **Měkké poziční vyjednávání** se zaměřuje na zachování dobrého vztahu mezi účastníky a charakterizuje ho větší ochota přijmout návrhy druhé strany, zdvořilé jednání a snaha vyhnout se konfrontaci. Vyjednávání obvykle končí dohodou, avšak pro stranu s měkkým stylem vyjednávání nebývá výsledek příliš výhodný. Oproti tomu **tvrdé poziční vyjednávání** využívá pro dosažení cíle nátlak, požaduje ústupky druhé strany a není nakloněno kompromisům. Negociace sice může vyústit ve velmi výhodnou dohodu pro aktéra, který zastává “tvrdou” pozici, avšak za cenu zhoršení vztahu mezi účastníky. Vítězství dosažené prostřednictvím úplné porážky druhé strany vede pouze k tomu, že v budoucnu už přemožená strana nebude jevit zájem o spolupráci. Žádné z pozičních vyjednávání tedy není dlouhodobě vhodné.

Autoři nabízejí třetí přístup, a to **principiální vyjednávání**. Na rozdíl od pozičního vyjednávání se principiální vyjednávání zaměřuje na klíčové potřeby obou stran, vzájemně uspokojivé možnosti a rovný přístup, což obvykle vede k rozumné dohodě. Návod k principiálnímu vyjednávání vychází ze čtyř pravidel:

1. Odlišení protistrany od předmětu sporu

Účastníci by neměli sami sebe vnímat jako protivníky, ale spíše jako partnery, kteří problém řeší společně.

2. Orientace na zájmy, nikoli pozice

Řešení spočívá v uspokojení zájmů a potřeb stran. Zastávání určitých pozic tento účel nesplňuje a strany místo optimálního řešení dosáhnou v lepším případě kompromisu.

3. Hledání vícero možností

Při hledání možných východisek je nutné mít na paměti, že vyjednávání potřebuje čas ke zvážení možností. Pravděpodobnost nalezení shody lze zvýšit předložením vícero návrhů, neboť strany mají širší možnost uspokojit své zájmy.

4. Rozhodnutí na základě objektivních kritérií

¹¹⁸ Tamtéž

Vhodné argumenty pro vyjednávání jsou takové, které vycházejí z objektivních skutečností nebo společenského standardu. V případě vyjednávání v občanskoprávních sporech je takovou skutečností např. popis vykonaného lékařského postupu s poukazem na vydané guidelines. Vzhledem k odbornosti postupů však nelze druhou stranu, v uvedeném případě pacienta nebo jeho blízké, odbýt pouhým odkazem na určitý předpis, ale je třeba mu jeho obsah vysvětlit tak, aby mu byl schopen porozumět.

Vyjednávací styly podle Thomas-Kilmann modelu a pojetí vyjednávání podle autorů W. Uryho, R. Fishera a B. Pattona vykazují několik společných rysů. Obě koncepce ve vyjednávacích taktikách člení jako klíčový aspekt buď dosažení cíle nebo zachování vztahů. Thomas-Kilmann model nabízí komplexnější členění vyjednávacích stylů, oproti tomu autoři W. Ury, R. Fisher a B. Patton poskytují podrobnější návod, jak lépe vyjednávat.

V občanskoprávních sporech bývají účastníky vyjednávání poškozený, kterým je zpravidla pacient nebo jeho blízké osoby, a poskytovatel zdravotních služeb. U větších zdravotnických zařízení za poskytovatele zdravotních služeb vyjednává nejčastěji zaměstnanec právního oddělení či externí advokátní kancelář. Procesu se též nezbytně účastní pojistitel odpovědnosti. Nemocniční ombudsman se též může podílet na procesu vyjednávání, avšak ve většině zdravotnických zařízení je negociace vyhrazena jiným subjektům. Nemocniční ombudsman vyřizuje stížnost, která zpravidla vyjednávání předchází.

2.3.2 Mediace

Ani u mediace nelze čtenáře ochudit o původ slova, neboť ten leccos napoví o povaze institutu mediace. Termín vychází z latinského výrazu “*medius*”, který se překládá jako nestranný nebo prostřední. Definice, které by nejlépe charakterizovaly mediaci, autoři odborných publikací nabízejí několik. Pro účely této práce bych však vybrala definici L. Holé, kterou osobně považuji za precizní a dle které je “*mediace metoda řešení konfliktu, při níž neutrální kvalifikovaná osoba pomáhá účastníkům konfliktu ve vzájemném dorozumívání, jehož cílem je dosažení jejich spokojenosti s procesem i výsledkem řešení konfliktu*”¹¹⁹. Zjednodušeně lze říci, že mediace je vyjednávání zprostředkované třetí nezávislou stranou, proto některé pasáže o mediaci platí i pro vyjednávání jako samostatnou metodu řešení sporů.

¹¹⁹ HOLÁ, Lenka. Mediace v teorii a praxi, V Praze: Grada, 2011. s.151-152. ISBN 978-80-247-3134-6. [online]. [cit. 2023-10-16] Dostupné na: <https://www.bookport.cz/e-kniha/mediace-v-teorii-a-praxi-1208023/>

Ačkoli se jedná o neformální metodu, mediace má v České republice stanovený právní rámec. V České republice je mediace upravena zákonem č. 202/2012 Sb., o mediaci (dále jen jako „ZoM“). Zákon v ustanovení § 2 písm. a) přichází s vlastní definicí mediace, přičemž mediací rozumí „...postup při řešení konfliktu za účasti jednoho nebo více mediátorů, kteří podporují komunikaci mezi osobami na konfliktu zúčastněnými tak, aby jim pomohli dosáhnout smírného řešení jejich konfliktu uzavřením mediační dohody.“ Narozdíl od prvně zmíněné definice zákon určuje cíl mediace, kterým je uzavření mediační dohody. Na tomto místě bych podotkla, že ačkoli se jedná o žádoucí způsob ukončení mediace, úspěch mediačního procesu nestojí pouze na uzavření dohody.

Výhody využití mediace částečně splývají s výhodami jakéhokoli mimosoudního řešení, jako např. dobrovolnost, neformálnost, rychlost a menší finanční i stresová zátěž pro účastníky. U sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem mediace umožňuje vysvětlení nastalé situace tak, aby všem okolnostem porozuměly obě strany, dále narovnává vztahy mezi zúčastněnými stranami, poskytuje prostor pro výměnu pohledů na danou věc a případnou omluvu. Pacient má možnost projednat záležitost s ošetřujícím lékařem, primářem oddělení nebo i vedoucím zaměstnancem. Toto gesto v řadě případů stranám umožní spor uzavřít a jít dál či alespoň konflikt zmírnit. Pro poskytovatele zdravotních služeb je nespornou výhodou zachování dobré pověsti, pro pacienta vstřícné a úplné objasnění věci.

Mediace má však též několik **úskalí**. Předně negarantuje vyřešení konfliktu, neboť záleží na povaze sporu a aktivitě stran. Dále ačkoli strany dosáhnou shody a povede se uzavřít mediační dohodu, tato dohoda není přímo vykonatelná. Uvedený nedostatek však lze zhojit formou zhotovením notářského zápisu se svolením k vykonatelnosti¹²⁰ nebo schválením dohody jako soudního smíru¹²¹. Pakliže by strany ani jednu z uvedených možností ne zvolily, i tak je možné obrátit se na soud ohledně práv a povinností z dohody vyplývajících, neboť dohoda má charakter smluvního vztahu a spor lze řešit v občanskoprávním řízení. Poslední často zmiňovanou nevýhodou představuje skutečnost, že dosažená dohoda nepředstavuje překážku *rei iudicatae*. Dohoda není pravomocným rozhodnutím a ve věci může být případně konáno soudní řízení¹²².

¹²⁰ § 71a zákona č. 358/1992 Sb. o notářích a jejich činnosti (notářský řád)

¹²¹ § 99 OSŘ

¹²² LÍMOVÁ, L., LAVICKÝ, P. *Mediácia*. Diplomová práce. Brno, MU, 2009.

Jak již bylo řečeno, **cílem** mediace není pouze dosažení mediační dohody. Mediační proces má primárně umožnit nalezení možné příčiny neshod, pochopit podstatu sporu a zprostředkovat nahlédnutí na věc optikou druhé strany. Eskalovaný konflikt může mediace utišit, případně spor transformovat na bezkonfliktní nebo méně konfliktní¹²³. Širším smyslem mediace mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem je narovnání vztahu mezi jejími účastníky a udělení zpětné vazby zdravotnickému zařízení, které jejím prostřednictvím může zlepšit kvalitu poskytované péče. Nalezení konkrétního řešení a sepsání mediační dohody je ideálním, nikoli však nutným závěrem úspěšného mediačního procesu.

Mediace by neměla své opodstatnění, kdyby jí nebyly účastny – byť v zastoupení – **strany sporu**. Holá označení považuje za nevhodné, neboť dochází k etiketizaci, a namísto toho nabízí pojem “partneři”, který vede k pozitivnímu nasměrování vztahu¹²⁴. Přestože se s argumentací autorka ztotožňuje, v rámci této diplomové práce bude nadále užívat sousloví “strany sporu”, neboť “partneři” či “klienti” se jeví jako vhodné označení pro konkrétní mediaci, nikoli pro účely této diplomové práce.

Bez osoby **mediátora** by mediace též nebyla uskutečnitelná. Mediátora lze vykonávat buď na základě živnostenského oprávnění bez splnění formálních požadavků, přičemž tato osoba nemůže používat označení “zapsaný mediátor”, nebo na základě splnění odborné zkoušky, tzv. “zapsaný mediátor¹²⁵”. Oba zmíněné typy by měly pro výkon profese splňovat dále uvedené osobnostní předpoklady. Vzhledem k psychické náročnosti zvládnutí konfliktních situací je nutným požadavkem, aby byl mediátor odolný vůči stresu, zvládal emocionalitu stran a adekvátně na ni reagoval. Zároveň by však jeho přístup k účastníkům měl být empatický a tolerantní. Podstatou práce mediátora je umění komunikace, proto by měl mít rozvinuté sociální dovednosti, jako snadno navazovat kontakt, získat si důvěru klientů a profesionálně vystupovat. V případě medicínských sporů mediátor zmírňuje případné rozrušení pacienta nad vzniklou situací a zprostředkovává mu informace, kterým pacient ať již kvůli nejasnému vyjadřování lékaře nebo svým přičiněním správně neporozuměl, a vysvětlí mu širší kontext pro úplné pochopení. Vytváří tedy prostor pro rozebrání rizik a přínosů léčebného postupu v takové míře, které lékař nemůže dostát, neboť nemá dostatečnou časovou kapacitu.

¹²³ HOLÁ, Lenka a Miluše HRNČIŘÍKOVÁ. Mediace. In: *Mimosoudní metody řešení sporů: vysokoškolská učebnice*. Praha: Leges, 2017, s. 91 an. Student (Leges). ISBN 978-80-7502-246-2.

¹²⁴ HOLÁ, Lenka. Mediace v teorii a praxi, V Praze: Grada, 2011. s. 246. ISBN 978-80-247-3134-6. [online]. [cit. 2023-10-16] Dostupné na: <https://www.bookport.cz/e-kniha/mediace-v-teorii-a-praxi-1208023/>

¹²⁵ zapsaným mediátorem se rozumí fyzická osoba, která je Ministerstvem spravedlnosti zapsána do seznamu mediátorů

Mezi specifika mediace ve zdravotnictví patří také skutečnost, že mediátora může vykonávat i osoba, která se nachází v určitém vztahu k poskytovateli zdravotních služeb, tedy k jedné ze stran. Tato skutečnost může představovat riziko ohledně nestrannosti mediátora, avšak pro tuto roli by měla být poskytovatelem zdravotních služeb zvolena taková osoba, která dokáže požadavku nestrannosti dostát. Mediátora ve zdravotnictví tedy může vykonávat externí pracovník na základě smluvního vztahu nebo interní pracovník mající k poskytovateli zdravotních služeb pracovní poměr. Poskytovatel zdravotních služeb má ve vztahu k pacientovi silnější postavení a na rozdíl od pacienta, který se v obdobné situaci nachází s největší pravděpodobností poprvé, by se měl v problematice sporů s pacienty orientovat. Nabídnout alternativu k litigaci je tedy v možnostech zdravotnického zařízení i za předpokladu, že poskytovatel zdravotních služeb nemá s žádným mediátorem navázanou spolupráci, neboť mediace ve zdravotnických sporech může být poskytována profesními asociacemi, komorami nebo poskytovateli mediačních služeb.

V zásadě však platí, že pro výkon mediace je vhodné vzdělání v oboru psychologie, práva, pedagogiky nebo sociální práce. V případě mediace ve zdravotnictví se jeví jako vhodné, aby osoba mediátora měla zdravotnické vzdělání. Osobně mám za to, že kombinace zdravotnický pracovník-mediátor může být v lecčem přínosná, ovšem nikoliv nutná. Lze souhlasit, že mediátor ve zdravotnictví by se měl nad rámec problematiky mediace orientovat i v oblasti bioetiky a zdravotnického prostředí, avšak spíše v jeho systému a managementu než v konkrétním zdravotnickém oboru. Zdravotnictví je velmi široké a vysoce specializované odvětví, tudíž není v možnostech jednoho člověka pojmout všechny potřebné informace, zvláště když rozhodnutí ve sporu vyžaduje zodpovězení složité medicínské otázky, na kterou je třeba detailní posouzení odborníkem v dané specializaci.

Mediace se mohou účastnit i **právní zástupci** klientů. Jejich zapojení do procesu však může představovat přínos i riziko. Cholenský s nadsázkou uvádí, že *“...role právního zástupce při mediaci je odlišná od destruktivní činnosti, kterou obvykle ve vztahu k protistraně vyvíjí v soudním řízení¹²⁶”*. Navzdory soupeřivosti, ke které během litigace dochází a jež mají právníci tendenci přenášet i do mediace, však může přítomnost právních zástupců pro strany představovat cennou oporu. Během mediace právník svému klientovi poskytuje rady ohledně právních aspektů možných řešení, poskytuje mu rady a pomáhá v rozhodování. Před zahájením mediace by si však měl advokát ujasnit, jakou roli bude v procesu zastávat.

¹²⁶ CHOLENSKÝ, Robert. Proces mediace. In: *Praktický průvodce mediací: podle nové právní úpravy*. Praha: Linde Praha, 2013, 92 an. ISBN 978-80-7201-901-4.

V konfliktech ve zdravotnictví mohou během mediace vystupovat i **další osoby**. Vyjma zaměstnance, který ve sporu vyjednává za poskytovatele zdravotních služeb (např. právník, nemocniční ombudsman), se do mediace může zapojit i ošetřující lékař či za oddělení primář nebo přednosta kliniky. V případě, že komplikovanost konfliktu vyžaduje odborné posouzení, se mediace účastní **znalec**. Vnější pozorovatelem, který do procesu nevstupuje, ale sleduje jeho vývoj, je zdravotní pojišťovna.

Jak již bylo řečeno, v mediaci existuje více přístupů. Odborná literatura uvádí tři základní proudy:

1. facilitativní mediace

V tomto pojetí mediátor proces mediace moderuje, ale co do návrhů a řešení zůstává zcela nestranný. Mediátor stranám pomáhá s hledáním vzájemně přijatelného řešení tím, že pokládá otázky a snaží se najít konkrétní potřeby a zájmy, které se skrývají za postoji účastníků. Za řešení odpovídají strany. Přičemž mediátor usiluje o to, aby účastníci dospěli k dohodě na základě plného porozumění nejzásadnějších aspektů sporů.

2. evaluativní mediace

Evaluativní mediace narozdíl od facilitativní spočívá v hodnocení situace a návrhů stran osobou mediátora. Tento styl mediace často praktikují mediátoři s právnickým vzděláním, kteří se více zaměřují se na právní aspekty než zájmy a potřeby stran. Mediátor vyjadřuje názor k vzneseným podnětům a sám navrhuje možná řešení, čímž přímo ovlivňuje výsledek, např. předvídá, jak by spor dopadl v rámci soudního řízení nebo vydá konkrétní doporučení.

transformativní mediace

Transformativní přístup je založen na uspokojení potřeb a zájmů stran, avšak více se orientuje na zlepšení schopnosti zvládat konflikty do budoucna a nikoli pouze na daný problém. Nalezení východiska ze svízelné situace je žádoucím, avšak až sekundárním cílem transformativní mediace.

V praxi dochází během mediace k prolínání výše uvedených přístupů. Za použití pouze jedné metody může spor v určitém momentu ustrnout a jiný přístup zajistí posun dál. Volba mediačního stylu pro občanskoprávní spory mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem je tvrdým oříškem. Diplomantka by pro danou problematiku volila facilitativní mediaci s evaluativními prvky. Příčinou sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem bývá nejčastěji střet hodnot a vzájemné neporozumění. Zdraví a život jsou lidsky

nejvyšší hodnoty, a tak lze očekávat, že spory budou emočně velmi nabitě. Z tohoto hlediska se jeví facilitativní mediace jako nejvhodnější metoda. Zároveň je však třeba mít na paměti, že pacient je z důvodu informační asymetrie slabší stranou. Spory jsou tedy náročné po emoční i faktické stránce a není v možnostech pacienta pojmout všechny odborné relevantní informace k tomu, aby učinil kvalifikované rozhodnutí. Přesné medicínské znalosti nemá ani mediátor, avšak měl by mít např. přehled, jaká je rozhodovací praxe soudů v obdobných záležitostech, a u navrhovaných řešení uvést klady, zápory nebo dokonce své hodnocení. Určit přesnou hranici, kdy je zásah mediátora do mediace vhodný, záleží na individuálních případech, avšak v obecné rovině má diplomantka za to, že pokud by bylo postavení pacienta horší, mediátor ho může pomocí evaluativních prvků vyrovnat.

Cholenský uvádí, že k mediaci zásadně vedou tři cesty. Prvně v rámci soudem nařízeného setkání s mediátorem podle ustanovení § 100 odst. 2 OSŘ, dále na základě mediační doložky, kdy si strany samy ujednají ve smlouvě, že případný spor budou řešit mediací. Třetí způsob je pochopitelně nejnáročnější, neboť v této situaci se jedna strana spolu snaží přesvědčit druhou, aby se o mediaci pokusila¹²⁷. Důvodem skepse k mediaci může být skutečnost, že druhá strana nechce působit dojem, že její pozice není dostatečně silná pro litigaci¹²⁸. Mediační doložku si mezi sebou strany v občanskoprávních sporech mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem v České republice nezřizují. K mediaci ve zdravotnictví vede tedy třetí zmíněná varianta, kdy si strany mediaci jako způsob řešení konfliktu zvolí po vzniku sporu, a dále mediace na základě soudně nařízeného setkání s mediátorem, které se budou věnovat později. Nutno dodat, že využívání mediace v České republice v těchto sporech je vzácné a jedná se tak spíše první vlaštovky.

Ač si pravidla a průběh mediace mohou strany stanovit dle svého uvážení, existuje standardní postup mediace, který lze rozčlenit do několika fází. Autoři odborných publikací nabízí vícero možných členění, z nichž bych níže rozebrala pouze jedno, a to nejčastěji užívaný americký model fázování mediace, neboť se aplikuje v praxi i v České republice:

1. zahájení mediace

V této úvodní fázi se strany rozhodnou pro mediaci jako metodu řešení svého sporu, vybírají si osobu mediátora a uzavírají s ním smlouvu o provedení mediace. Výběr kvalifikovaného mediátora pro tento typ sporu je obtížný. Ačkoli se v České republice vyskytují mediátoři, kteří již mediovali spory mezi poskytovatelem zdravotních služeb

¹²⁷ CHOLENSKÝ, Robert. Proces mediace. In: *Praktický průvodce mediací: podle nové právní úpravy*. Praha: Linde Praha, 2013, 81 an. ISBN 978-80-7201-901-4.

¹²⁸ Tamtéž, s. 87 an.

a pacientem, není jich mnoho a oblast zdravotnictví nespadá do jejich hlavní specializace. S podnětem k mediaci obvykle přichází poskytovatel zdravotních služeb a stejně tak on ve věci oslovuje mediátora. K nalezení vhodného kandidáta poslouží seznam mediátorů vedený Ministerstvem spravedlnosti, nicméně oblast zaměření je zde velmi obecně pojata. Poskytovatelé zdravotních služeb se proto uchylují k oslovení konkrétních osob, s nimiž mají zkušenosti nebo o nichž ví, že se dané problematice věnují. Mediace je zahájena uzavřením smlouvy o mediaci. Následně mediátor společně se stranami sjedná pravidla a výši odměny mediátora. Z uskutečněných rozhovorů s mediátory v této oblasti vyplývá, že finance ve většině případů hradil poskytovatel zdravotních služeb, minoritně si je strany rozdělily rovným dílem.

2. zisk informací

Po sjednání dohody o mediaci a jejích pravidel mediátor sbírá informace o konfliktu. Mediátor by měl před společnou schůzkou požádat strany o vylíčení situace a dodání potřebných podkladů, přičemž standardně platí, že poskytnuté materiály mediátor sdílí i druhé straně, aby měla rovnakou možnost přípravy. Stranám se dokonce doporučuje i individuální schůzka před prvním jednáním, kdy mediátor zjišťuje aktuální zdravotní stav pacienta, jaká zdravotní péče mu byla v průběhu posledních let poskytnuta a které události přispěly ke vzniku konfliktu¹²⁹. V určitých případech mediátor dokonce smí nahlížet do zdravotnické dokumentace¹³⁰.

Organizace mediace pokračuje sjednáním místa, kde budou jednání probíhat. V rámci sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem se z praktických důvodů setkání konají v prostorách poskytovatele zdravotních služeb, avšak strany si mohou domluvit i jiné neutrální místo. Během úvodní schůzky mediátor shrne účastníkům důležité informace, vysvětlí svou roli a cíl mediace. V případě, že se jednání účastní právní zástupci stran, je právě v této fázi vhodné probrat jejich roli v procesu mediace. V úvodu je též vhodné informovat pacienta o právních a etických normách. Holá uvádí, že *“mechanismy respektování autonomie pacienta jsou hluboce zakořeněny a musí být respektovány. Dávají mediaci právní i etický rámeček, jehož hranice nemohou být překročeny.”*¹³¹

¹²⁹ HOLÁ, Lenka a Michal MALACKA. In: *Mediace a reflexe jejích aktuálních trendů*. Praha: Leges, 2014, 198 an. Teoretik. ISBN 978-80-7502-047-5.

¹³⁰ to platí, dá-li k tomu pacient souhlas nebo pokud je mediátor interním pracovníkem poskytovatele zdravotních služeb a má přístup do zdravotnické dokumentace pacienta. Nahlížení do zdravotnické dokumentace však není žádoucí, pokud se konflikt netýká údajů ve zdravotnické dokumentaci

¹³¹ HOLÁ, Lenka a Michal MALACKA. In: *Mediace a reflexe jejích aktuálních trendů*. Praha: Leges, 2014, s. 200. Teoretik. ISBN 978-80-7502-047-5.

Pro zjištění informací může mediátor využít tzv. *caucus*, neboli oddělené jednání. Jedná se o nástroj, kterého lze využít, pokud strana nechce sdílet určité informace sprotistranou. Využití caucu je dále vhodné ve vyostřených sporech, v nichž jsou společná jednání emočně velmi vypjatá nebo v momentě, kdy vyjednávání ustrnulo, a je třeba nové strategie¹³². V rámci odděleného jednání může strana záležitost otevřeně probrat s mediátorem a zabránit se stagnaci procesu.

3. porozumění potřebám a zájmům

Pro mediaci je nezbytné rozklíčovat potřeby a zájmy stran. Mediátor pozoruje chování účastníků a jejich emoce, registruje vznesené argumenty a všímá si, ve kterých aspektech se strany shodnou a co mají odlišného. Emotivní reakce na nějaký podnět značí důležité téma, které mediátor může posléze nadhodit reflektováním vlastních emocí (“vidím, že vás velmi zasáhlo ...¹³³”). Neporozumění ale může spočívat i v nepochopení faktické stránky věci. Medicína používá odborný jazyk, který lékaři a jiní zdravotničtí pracovníci plynne ovládají, a ačkoli se snaží o předání informací pacientovi formou jemu bližší, ne vždy se jejich záměr vydaří. Lékaři si často neuvědomují, že některé znalosti pacienti nemají. Další zmatení pacienta může nastat v momentě, kdy o něj pečují několik specialistů a každý popisuje jeho zdravotní stav ze svého pohledu¹³⁴. Z tohoto důvodu se domnívám, že není na škodu, pokud mediátora ve zdravotnictví vykonává osoba, která nemá postgraduální zdravotnické vzdělání, neboť se k pacientovi dokáže více přiblížit.

4. hledání řešení

Hledání možných východisek je primárně úkolem stran a mediátor jim k tomuto dopomáhá. Užitečným nástrojem pro srovnání je tzv. BATNA¹³⁵, nejlepší alternativa k vyjednané dohodě. Jedná se o variantu scénáře, která by nastala, kdyby se strany nedohodly na jiném řešení. Tento nástroj představuje užitečný referenční bod, podle kterého se strany rozhodují, zda pro ně má cenu dále vyjednávat. Obdobnou, avšak pesimističtější variantou je tzv. WATNA¹³⁶, nejhorší alternativa ke sjednáváné dohodě. I touto optikou lze dospět k dohodě, je-li sjednáváná dohoda méně špatná než scénář,

¹³² SVATOŠ, Martin. Tajemství mediace aneb řešení sporů od A do Z, 2020, s. 254, Art Francesco, v Praze, ISBN 978-80-86819-17-4.

¹³³ CHOLENSKÝ, Robert. Proces mediace. In: *Praktický průvodce mediací: podle nové právní úpravy*. Praha: Linde Praha, 2013, s. 95. ISBN 978-80-7201-901-4

¹³⁴ HOLÁ, Lenka a Michal MALACKA. In: *Mediace a reflexe jejích aktuálních trendů*. Praha: Leges, 2014, s. 202 an. Teoretik. ISBN 978-80-7502-047-5.

¹³⁵ Best Alternative to a Negotiated Agreement

¹³⁶ Worst Alternative to a Negotiated Agreement

který by nastal, kdyby strany dohodu nepřijaly. WATNA minimalizuje ztrátu a pomocí ní se strany pokouší dostat to nejlepší ze špatné situace. Návrhy, které zaznívají během jednání, mohou různou měrou uspokojovat pouze jednu nebo obě sporné strany. Ta řešení, která jsou přijatelným průsečíkem pro obě strany, se nachází v tzv. ZOPA¹³⁷, zóně možné dohody.

5. vytváření a sepsání mediační dohody

Sepisování dohody může odhalit další dílčí úskalí, neboť při vytváření dohody se blíže určují body, na kterých se strany v obecné rovině shodly, ale mohou se vyskytnout rozpory v jejich detailech. Jako prozatímní výsledek všeobecné shody může posloužit rámcová dohoda. Finálním výsledkem je však písemná mediační dohoda.

6. ukončení mediace

Mimo dosažení konečné mediační dohody lze rozeznat další tři možnosti ukončení mediace. Strany se jednak mohou dohodnout, že spor budou řešit v budoucnu a jednání přerušit. V tomto případě uzavírají dohodu o odkladu nebo přerušování mediace. Dále se mohou strany shodnout alespoň v bodě, že nedosáhnou vzájemné shody, a uzavřou tzv. dohodu o nedohodě¹³⁸. V poslední řadě mohou strany mediaci též ukončit i úplnou rezignací na celý proces vyjednávání prohlášením, že již nechtějí dále pokračovat. Pokud však strany naleznou vzájemnou shodu, uzavírají mediační dohodu. Za obsah této smlouvy nese odpovědnost mediátor¹³⁹, nýbrž strany, avšak mediátor stranám s jejím vyhotovením napomáhá, popř. za asistence jejich právních zástupců. Ačkoli konkrétní práva a povinnosti dohody si určují strany, mediátor by měl zajistit, aby dohoda obstála před měřítky klinickými, etickými, právními i mediačními¹⁴⁰. Holá uvádí, že *“na rozdíl od jiných druhů mediace, ta ve zdravotnictví zohledňuje stanovená pravidla péče – výsledná dohoda vždy musí ustát před ústavními, zákonnými a stavovskými předpisy.”*¹⁴¹ Jak již bylo v úvodu mediace řečeno, dohoda není přímo vykonatelná. Toho však lze dosáhnout zhotovením notářského zápisu nebo předložením dohody soudu¹⁴².

¹³⁷ Zone of Possible Agreement

¹³⁸ z právního hlediska nejde o uzavření dohody, ale společně projevenou vůli mediaci ukončit (SVATOŠ, Martin. Jiný konec mediace. In: *Tajemství mediace*. 1. Art Francesco, 2020, s. 136-137. ISBN 978-80-86819-17-4.)

¹³⁹ § 3 odst. 3 zákona o mediaci

¹⁴⁰ DUBLER, Nancy Neveloff a LIEBMAN, Carol B. – *Bioethics Mediation: A Guide to Shaping Shared Solutions*, Vanderbilt University Press, 2011, ISBN: 9780826517722.

¹⁴¹ HOLÁ, Lenka. *Mediace ve zdravotnictví jako specializovaná oblast mediace*. In Matulník J., Capíková S. (Eds.) *Zdravotnickí pracovníci v systému zdravotnictva a v společnosti*. 2017.

¹⁴² soud dohodu schválí v podobě pretorského smíru (před zahájením soudního ř.) nebo soudního smíru (již zahájeno soudní ř.), soud může převzít znění mediační dohody do rozsudku

Na závěr kapitoly bych odkázala na výsledky mediace ve zdravotnictví v praxi ze zahraničí. McClung et al. provedli roku 1996 studii¹⁴³, která se zabývala účinností bioetických konzultací¹⁴⁴ optikou pacientů i zdravotnických pracovníků. V této studii byli lékaři, zdravotní sestry, pacienti i jejich blízcí, kteří absolvovali v průběhu dvou let bioetickou konzultaci, požádání o vyplnění dotazníku, který zkoumal přínos absolvovaných konzultací. Dle výsledků 96 % lékařů a 95 % zdravotních sester pocíťovalo, že konzultace byla užitečná, kdežto pouze 65 % pacientů uvedlo ke konzultaci pozitivní ohlas. Ve všech případech, kdy pacienti a jejich blízcí považovali konzultaci za neúčinnou, byla jako problém uvedena nedostatečná komunikace mezi personálem a pacienty. Chabou komunikací však jako příčinu problému vedlo pouze 13 % lékařů a 12 % zdravotních sester. Všichni dotazovaní však spatřovali přínos konzultací ve zlepšení komunikace. Dotazník směřoval i na objasnění etických aspektů, přičemž 96 % lékařů a 100 % zdravotních sester uvedlo, že mediace byla v tomto ohledu užitečná, avšak pouze 65 % pacientů považovalo etické otázky po konzultacích za vyjasněné. Nejčastější příčinou byla nespokojenost pacientů s mírou jejich zapojení do rozhodování o léčbě, nicméně je třeba mít na paměti, že studie byla provedena před 27 lety a odpovědi na poslední otázku mohou být reliktem paternalistického přístupu lékaře k pacientovi. Výsledky studie lze shrnout v závěr, že pacienti a jejich blízcí vnímají přínos konzultací odlišně, přesto však byly jejich ohlasy pozitivní.

Soudem nařízené první setkání s mediátorem

Dle § 100 odst. 2¹⁴⁵ OSŘ může soud účastníkům sporného řízení autoritativně nařídit první setkání se zapsaným mediátorem a řízení až na dobu 3 měsíců přerušit. Ve spojení s § 99 odst. 1 OSŘ dále platí, že soud usiluje o smír mezi účastníky.

Jak uvádí komentářová literatura k ustanovení ohledně soudem nařízeného prvního setkání s mediátorem: *“povinnost soudu vést účastníky ke smíření pomíjí, je-li z průběhu řízení a z jejich vyjádření zřejmé, že konsenzus není pravděpodobný¹⁴⁶”*. Pakliže soud případ vyhodnotí tak, že jsou dány podmínky pro smír mezi účastníky, jediným usnesením řízení

¹⁴³ McClung, J. A., Kamer, R. S., DeLuca, M., & Barber, H. J. (1996). *Evaluation of a medical ethics consultation service: Opinions of patients and health care providers*. The American Journal of Medicine, 100(4), 456–460. doi:10.1016/s0002-9343(97)89523-x

¹⁴⁴ Kotula a Doležal i Holá překládají "bioethics consultation" jako mediaci

¹⁴⁵ „Je-li to účelné a vhodné, může předseda senátu účastníkům řízení nařídit první setkání se zapsaným mediátorem (dále jen „mediátor“) v rozsahu 3 hodin a přerušit řízení, nejdéle však na dobu 3 měsíců. Pokud se účastníci bez zbytečného odkladu nedohodnou na osobě mediátora, vybere jej ze seznamu vedeného ministerstvem předseda senátu. Po uplynutí 3 měsíců soud v řízení pokračuje. První setkání nelze nařídit po dobu platnosti předběžného opatření ve věcech ochrany proti domácímu násilí.“

¹⁴⁶ SVOBODA, Karel a kolektiv. *Občanský soudní řád. Komentář*. C.H.Beck, 2021, 3. vydání [online]. [cit. 2023-10-16] ISBN: 978-80-7400-828-3. Dostupné na: <https://www-beck-online-cz.ezproxy.is.cuni.cz/bo/document-view.seam?documentId=nnptembsgipwk232ge4dexzrfzwxzrhe3dgxzzhfpaxzrrgaya>

přeruší a v něm nařídí první setkání s mediátorem. Zde je nutno uvést, že soud nemůže nařídít mediaci jako takovou, ale jedná se o nástroj, kterým mediaci účastníkům navrhne – hojně rozšířený pojem “nařízená mediaci” český zákon nezná¹⁴⁷.

Pokud si konkrétní osobu účastníci nezvolí, soud ho určí ze seznamu zapsaných mediátorů¹⁴⁸. Termín prvního setkání stanoví mediátor na základě komunikace s účastníky, přičemž na tuto úvodní schůzku se účastníci musí dostavit osobně, nikoli prostřednictvím právních zástupců¹⁴⁹¹⁵⁰. Pokud na tom účastníci trvají, lze úvodní schůzku vést i odděleně bez přítomnosti protistrany¹⁵¹.

V případě, že účastníci mediátora nekontaktují, může soud uložit pořádkovou pokutu dle § 53 OSŘ, avšak častěji dochází k tomu, že soud následně účastníkům nepřizná úhradu nákladů. Vyjma těchto dvou mechanismů však nelze účastníky k setkání nutit. Povinnost uložená soudem je splněna uskutečněním prvního setkání a zda si již účastníci řízení zvolí jak o formu řešení mediaci, záleží na jejich vlastním rozhodnutí. Po uplynutí lhůty 3 měsíců po přerušení řízení soud v řízení pokračuje.

První schůzka probíhá v rozsahu 3 hodin a mívá zpravidla informativní charakter, kdy jsou účastníci řízení obeznámeni s procesem mediace. Mediátor účastníkům vysvětlí průběh mediace, představí její výhody i nevýhody a poskytne všechny důležité informace, aby se účastníci mohli rozhodnout, zdali by pro ně mediaci byla vhodnější než litigace. Setkání končí vydáním potvrzení, které vyhotoví mediátor jako doklad o splnění soudem nařízené povinnosti, a dotazem, zda mají strany zájem řešit spor mediací. Soudní řízení pokračuje v případech, kdy mediaci účastníci po prvním setkání odmítli, samotná mediaci nebyla úspěšná či mediátor ve zprávě informoval soud o nesoučinnosti účastníků. Jestliže však strany souhlasí s mediací, mohou si zvolit, zda chtějí mediaci uskutečnit u mediátora, kterého jim určil soud, nebo si zvolit jiného.

V oblasti zdravotnictví soudy institut nařízeného prvního setkání se zapsaným mediátorem dle § 100 odst. 2 OSŘ využívají, avšak jeho úspěšnost je mizivá. Pokud si strany jako formu řešení zvolí soudní řízení, nachází se zpravidla v takové fázi konfliktu, kdy pro

¹⁴⁷ Ministerstvo spravedlnosti České republiky, *Souhrnné výkladové stanovisko Ministerstva spravedlnosti ČR k nařízenému prvnímu setkání se zapsaným mediátorem*. [cit. 2023-10-16] Dostupné z: https://mediace.justice.cz/wp-content/uploads/2023/06/Souhrnne-stanovisko-k-prvni-mu-setkani_.pdf

¹⁴⁸ Ministerstvo spravedlnosti České republiky. *Soud mi nařídil první setkání s mediátorem*. [cit. 2023-10-16] Dostupné z: <https://mediace.justice.cz/soud-mi-naridil-prvni-setkani-s-mediatorem/>

¹⁴⁹ Tamtéž

¹⁵⁰ Avšak je možné, aby účastníky jejich právní zástupci doprovázeli

¹⁵¹ názory se v této oblasti rozcházejí

smírné řešení chybí vůle. Institut soudem nařízeného prvního setkání s mediátorem je poněkud kontroverzní, neboť hlavní zásadou mimosoudního řešení je dobrovolnost, která u autoritativně nařízeného setkání s mediátorem absentuje. Soud sice nenařizuje konání samotné mediace, kdy by bezpochyby došlo k samotnému popření principu dobrovolnosti, avšak jedná se o velký zásah do rozhodovací autonomie účastníků sporu s nepříliš přesvědčivými výsledky.

2.3.3 Facilitace

Pojem facilitace nemá český ekvivalent. Slovo je odvozeno z latinského slova “*facilis*” což znamená jednoduchý. Stejně tak je i účelem facilitace snaha o zjednodušení komunikace. Tato metoda neřeší samotný konflikt, nýbrž určitou problematickou záležitost, což je prvek, který facilitaci odlišuje od mediace. Facilitace tedy může působit jako prevence konfliktu. Přesto je možné najít společné znaky obou institutů, a to v jejich důrazu na komunikační schopnosti. Tato metoda se využívá zejména v případech setkání skupin lidí, kdy se prostřednictvím facilitačních metod koriguje diskuze tak, aby byla efektivní a týkala se určených témat¹⁵². Pro efektivní facilitaci existují čtyři klíčové atributy – upřímný vzájemný respekt, spolupráce účastníků, snaha o postup směřující k určitému cíli a kritické myšlení¹⁵³.

Facilitátor je třetí nezávislá osoba školená v procesu komunikace a jeho úkolem je vytvářet vhodné podmínky pro dialog, nikoli ve věci rozhodovat.

Ve zdravotnictví se facilitace používá zejména při týmových schůzkách a poradách pro zajištění efektivní komunikace. Facilitaci je možné využít při rozhodování o budoucím léčebném postupu, kdy např. rodiče nesouhlasí s léčebným plánem pro své dítě navrženým ošetřujícím lékařem a chtějí znát jiné alternativy.

2.3.4 Konciliace

Velmi podobným institutem jako výše zmíněná mediace je konciliace. I zde má původ označení latinský základ, a to z latinského slova “*conciliare*”, které znamená usmířit. Konciliace spočívá v korigovaném jednání stran za přítomnosti třetí strany, konciliátora, který se snaží o narovnání vztahů mezi účastníky. Během tohoto procesu je věnována zvýšená pozornost kvalitě vzájemné komunikace a vztahům mezi účastníky.

¹⁵² Komora mediátorů a facilitátorů ČR. *Základní informace o facilitaci* [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://www.kmfcr.cz/facilitace.html>

¹⁵³ BURROWS, D. E. (1997). Facilitation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 396–404. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997025396.x

Přítomnost třetí strany odlišuje conciliaci od vyjednávání, kterého se účastní pouze strany samotné, avšak najít pevnou hranici, která odlišuje conciliaci od mediace, není jednoduché. Odborná veřejnost zastává tři různé názory:

1. mediace a conciliace jsou synonymní termíny¹⁵⁴;
2. conciliace je nadřazený termín pro mediaci¹⁵⁵;
3. conciliace a mediace jsou dva různé instituty¹⁵⁶.

V rámci občanskoprávních sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem je užití conciliace v teoretické rovině možné, avšak v praxi k němu nedochází a strany raději volí metodu mediace.

2.3.5 Rozhodčí řízení

Nejformálnější formou ADR, která zároveň nejvíce připomíná litigaci, je rozhodčí řízení neboli arbitráž. Jedná se o typ řízení, v němž spor rozhoduje nezávislý a nestranný rozhodce nebo stálý rozhodčí soud a posléze vydává autoritativní rozhodnutí. Tomuto rozhodnutí se říká rozhodčí nález a stejně jako rozhodnutí soudu je i tento rozhodčí nález pro strany závazný a vynutitelný. Na rozdíl od ostatních metod ADR tedy spor není ukončen dohodou účastníků, ale rozhodnutím třetí nezávislé strany.

Rozhodčí řízení je v českém právním řádu zakotveno zákonem č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a výkonu rozhodčích nálezů (dále jako „ZoŘŘ“). Od 1. 12. 2016 již nelze uzavírat spotřebitelské spory v rozhodčím řízení, neboť novelou výše uvedeného zákona zákonodárce vyňal spory mezi spotřebitelem a podnikatelem z pravomoci rozhodců, což dopadá i na spory mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem. Pacient splňuje podmínku definice spotřebitele, a to dle ustanovení § 419 OZ, které říká, že *“spotřebitelem je každý člověk, který mimo rámec své podnikatelské činnosti nebo mimo rámec samostatného výkonu svého povolání uzavírá smlouvu s podnikatelem nebo s ním jinak jedná”*. Na poskytovatele zdravotních služeb nahlížíme jako na podnikatele dle § ustanovení 420 OZ, neboť *“samostatně vykonává na vlastní účet a odpovědnost výdělečnou činnost živnostenským nebo obdobným způsobem se záměrem činit tak soustavně za účelem dosažení zisku”*. Ačkoli lékař nesplňuje tradiční představu podnikatele, pacientovi za úplatu¹⁵⁷ poskytuje službu v rámci

¹⁵⁴ Např. Rozehnalová

¹⁵⁵ Toto pojetí vychází z mezinárodního soukromého práva

¹⁵⁶ Např. Simkin, W. E. *Mediation and the Dynamics of Collective Bargaining*. Washington, D. C.: Bureau of National Affairs, 1971, s. 25; Donaldson, B. *Alternative Dispute Resolution*. *Journal of International Arbitration*, 1992, č. 58, s. 102

¹⁵⁷ Respektive obdržel úhradu od zdravotní pojišťovny

své profesionální činnosti, a pacient je dle mého názoru v tomto vztahu z důvodu informační asymetrie slabší stranou. Rozhodčí řízení se v České republice tudíž od roku 2016 nemůže použít ve sporech mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem, avšak i tak ho považují za nutné zmínit, neboť se tento institut využívá v zahraničí.

2.3.6 Expertiza

Využití služeb nezávislého experta se používá ve sporech, jejichž podstatu nebo významnou součást tvoří komplikovaný skutkový základ, který vyžaduje objektivní odborné posouzení¹⁵⁸. Výsledkem vyhodnocení této skutečnosti je odborný posudek. V praxi se často stává, že si strany pro případný spor sjednávají doložku o užití služeb experta již v rámci hlavní smlouvy¹⁵⁹, což však neplatí pro oblast ve zdravotnictví, kde si strany mohou zvolit tuto možnost až ex post.

Využití nějaké z forem činnost experta během sporných situací je variabilní. Posouzení odborníka lze využít jako samostatnou metodu ADR, kdy znalec sám (popř. spolu s jinými znalci) o sporu rozhodne, ale mnohdy bývá expertiza součástí jiných metod, např. typicky při mediaci, vyjednávání nebo jako součást stížnostního mechanismu správního orgánu (viz bod 2.2.2). Je-li činnost znalce využívána v rámci mimosoudního řešení, záleží na dohodě stran, zda pro ně bude rozhodnutí znalce závazné či nikoliv. Rozhodnou-li se strany řídit se závěry znaleckého posudku, můžeme říci, že stanovisko experta plní funkci autoritativního rozřešení, kterým spor končí. Pokud se strany rozhodnou, že znalecký posudek je nebude zavazovat, může sloužit jako vodítko pro další směřování sporu. V žádném z případů však nejsou závěry znalce vykonatelné. V rámci jiných metod ADR se funkce expertizy spíše přibližuje znaleckému posudku, který plní úlohu důkazního prostředku.

Nezávislého experta je třeba odlišit od soudního znalce. Osobou experta si strany mohou zvolit dle svého vlastního uvážení, kdežto soudní znalec je osoba jmenovaná soudem, která vykonává znaleckou činnost s odbornou péčí, nezávisle, nestranně, a to pouze v oboru a odvětví a případně specializaci, pro které má oprávnění vykonávat znaleckou činnost¹⁶⁰. Narozdíl od role nezávislého experta v mimosoudním řešení se soudní znalec v soudním řízení v žádném případě nepodílí na rozhodovací činnosti a znalecký posudek soudu slouží “pouze” jako důkazní prostředek. I odborník může být soudem vyzván k posouzení určitých skutečností

¹⁵⁸ CHOLENSKÝ, Robert. Mimosoudní řešení sporů ve zdravotnictví: příležitost pro mediaci, Právní rozhledy, Praha: C. H. Beck, 2007, roč. 2007, s. 19. No 11, 16 pp. ISSN 1210-6410.

¹⁵⁹ Tamtéž

¹⁶⁰ § 1 odst. 3 zákona č. 254/2019 Sb., o znalcích, znaleckých kancelářích a znaleckých ústavech

a následného k vypracování odborného vyjádření, a to v případě, kdy pro složitost posuzované otázky není třeba ustanovit soudního znalce. Toto odborné vyjádření soudu taktéž slouží coby důkazní prostředek¹⁶¹.

Občanskoprávní spory mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem, zejména spory o určení, zda byla poskytnutá péče v souladu s postupem de lege artis, patří svou komplikovaností mezi konflikty vhodné pro využití expertizy. Pro validitu odborného vyjádření je však třeba vybrat kvalitní, kompetentní a nestrannou osobu, tudíž pro vypracování odborného závěru není vhodné, aby takovou osobou byl zaměstnanec poskytovatele zdravotních služeb. V ideálním případě by měly osobu experta zvolit obě strany, tedy poskytovatel zdravotních služeb i pacient. Aby odborník splnil podmínku kompetentnosti, měl by mít náležitou kvalifikaci, předně vzdělání a zkušenosti, a to ve stejném oboru¹⁶², kterého se týká předmět sporu.

I v medicíně se setkáme s odlišnými přístupy, proto je důležité, aby expert ve svém vyjádření uvedl, pokud zastává v rámci odborné společnosti na dané téma menšinový názor, a uvést i obecně přijímané paradigma. V rámci vypracování odborného vyjádření by měl text formulovat způsobem srozumitelným pro obě strany sporu a v případě, že jeho vyjádření neplní funkci rozhodnutí, se i zdržet právních hodnocení.

Nespornou výhodou výhody expertizy ať již jako samostatné formy expertizy nebo dílčí metody jiného mimosoudního řešení je poskytnutí kvalifikovaného názoru, který může sloužit jako objektivní měřítko. Je však třeba mít na paměti, že v komplikovaných problémech expert neposkytne jednoznačné stanovisko, jako spíše míru pravděpodobnosti. Nekritické akceptování odborného vyjádření coby objektivní pravdy by bylo neuvážené zkratkovité rozhodnutí.

3. Využití mimosoudního řešení v občanskoprávních sporech mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem v zahraničí

Z výše uvedených kapitol je zjevné, že se Česká republika nachází teprve v začátcích uplatňování mimosoudního řešení v systému zdravotnictví. V tomto odvětví se jedná

¹⁶¹ viz ustanovení § 127 OSŘ

¹⁶² Autorka zastává názor, že pro objektivní posouzení je třeba, aby obor ošetřujícího lékaře a odborníka byl stejný, nikoli nejbližší danému problému. Pro ilustraci uvádím příklad: v praxi může vzniknout situace, kdy praktický lékař vyhodnotí EKG pacienta jako "v rámci normy", ale expert kardiolog spatří anomálie. Posoudí-li situaci jiný praktický lékař, též hodnoty vyhodnotí jako normální. Odborné vyjádření praktického lékaře spíše reflektuje optiku či měřítko náležitého odborníka v oboru praktického lékařství. Chtít po praktickém lékaři shodné znalosti jako po specialistovi by bylo zjevně nepřiměřené.

o novinku, která si stále hledá své místo a důvěru účastníků. Státy, které mají s ADR dlouholeté zkušenosti, již běžně aplikují metody mimosoudního řešení v rámci zdravotní péče a provedly i empirické výzkumy, které mapovaly různé faktory a efektivitu jejich využití. Některé státy dokonce vyžadují ve sporech s poskytovatelem zdravotních služeb přednostní využití ADR - např. Wisconsin nebo Pensylvánie¹⁶³. O aplikaci metod mimosoudního řešení v rámci zdravotnictví v zahraničí bude pojednávat následující kapitola.

3.1 Využití mimosoudního řešení ve zdravotnictví v USA

Spojené státy americké bývají považovány za kolébkou mediace. Její kořeny sahají až do šedesátých let, kdy společnost uznala, že soudní řízení není v některých sporech nejefektivnější. Další příčinou rozvoje mediace byl nárůst společenských problémů s fungováním justice¹⁶⁴. Co se týče sporů ve zdravotnictví, litigace je velmi nejistá, nákladná a zdoluhavá záležitost. Z průzkumu¹⁶⁵ vyplynulo, že více než 60 % žalob soudy odmítnou jako nedůvodné a pokud se dostanou do fáze soudního řízení, průměrná délka činí 5 let¹⁶⁶, přičemž úspěšnost žalobce se pohybuje okolo 10 %. Zde se hodí poznamenat, že pro úspěšnost žaloby v USA musí být prokázány tři skutečnosti. Nejprve by si měl žalobce opatřit znalecký posudek stanovující standard péče, který měl být pacientovi poskytnut. Následně by žalobce měl prokázat, že tento standard nebyl pacientovi poskytnut na náležité úrovni a současně musí žalobce také doložit, že v důsledku žalobou napadeného jednání došel žalobce k újmě¹⁶⁷. Ani v případě úspěchu nezůstane většina vymožených peněžních prostředků žalobci, neboť nezanedbatelná část pokrývá náklady řízení. Žalobci tak z každého dolaru náleží pouhých 28 centů. Dle odhadů Ministerstva zdravotnictví a sociální péče Spojených států z roku 2002 se

¹⁶³ ONG, Cecilia. *Medical mediation: Bringing everyone to the table*. Bulletin of the American College Surgeons. 2013 [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://bulletin.facs.org/2013/03/medical-mediation/>

¹⁶⁴ CHOLENSKÝ, Robert. *Mimosoudní řešení sporů ve zdravotnictví: příležitost pro mediaci*, Právní rozhledy, Praha: C. H. Beck, 2007, roč. 2007, s. 73. No 11, 16 pp. ISSN 1210-6410.

¹⁶⁵ LOCALIO, A.R, LAWTHERS, A.G, BRENNAN, TA, LAIRD, N.M, HERBERT, L.E, PETERSON, L.M, NEWHOUSE, J.P, WEILER, P.C, HIATT, H.H. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III. N Engl J Med. 1991;325:245–251. DOI: 10.1056/NEJM199107253250405. PMID: 2057025

¹⁶⁶ Greer TE. Alternative dispute resolution in medical liability cases. AAOS Now. 2009. Available at: <http://www.aaos.org/news/aaosnow/jul09/managing7.asp>. Accessed November 11, 2011.

a
Hartwig R. Medical Malpractice Insurance Jury Verdict Research. New York, NY, USA: Insurance Information Institute; 2008:1.

¹⁶⁷ KOTULA, Jan. Pár poznatků o mimosoudním řešení sporů mezi pacienty a poskytovateli zdravotních služeb ve Spojených státech amerických. Právní rozhledy, r. 2015, č. 4, s. 133., PR 4/2015 s. 133 ISSN 1210-6410.

během roku na soudní spory vynaložilo mezi 76 až 126 miliard dolarů¹⁶⁸, přičemž tyto náklady s postupem času stále rostou.

Užitečným nástrojem zvýšení jistoty a případné eliminace zbytečně vynaloženého času a finančních prostředků je tzv. **předžalobní screening**.¹⁶⁹¹⁷⁰ Tyto screeniny jsou průzkumy před zahájením soudního řízení, které provádí třetí nezávislá strana. Výsledná analýza posuzuje síly obou stran i předmět sporu. Vhodnost využití tohoto nástroje pro spory ve zdravotnictví spočívá zejména ve vysokém počtu odmítnutých žalob před zahájením řízení. Žalobci se vznesenou žalobou narážejí, neboť nejsou dostatečně informováni, jaké prvky tvoří nedbalost, s níž mohou uspět u soudu. Jakákoli léčba s sebou vždy nese určité riziko, kterému lékař s vynaložením všech sil nemusí zabránit, a též se může stát, že pacientovo tělo nebude reagovat předpokládaným způsobem. Pacient může vznikuvší stav přičítat lékaři, výsledkem čehož je žaloba. Předžalobní screeniny pomáhají žalobcům uvědomit si, že výše zmíněné důvody nemohou vyústit v úspěšnou žalobu, a nabízí žalobci vhodnější metodu, jako je mediace. Některé státy jako např. Wisconsin, Maine a Nové Mexiko dokonce vyžadují ve sporech případného pochybení lékaře předžalobní screening před zahájením soudního řízení. Ve Wisconsinu prověřuje každý případ komise složená z právníka, zástupce poskytovatele zdravotní péče a laika. V Maine musí být potenciální žaloba též před zahájením litigace projednána tříčlennou komisí, avšak na rozdíl od Wisconsinu její dva členy tvoří lékaři. V Michiganu zasedají v komisi tři právníci a dva lékaři – lékaře volí po jednom každá sporná strana. V rámci tohoto screening obě strany prostřednictvím svých právních zástupců přednesou v patnácti minutách předmět sporu ze svého úhlu pohledu. Komise navrhne stranám řešení, pro jehož případné přijetí mají účastníci lhůtu 28 dní. Přijmou-li návrh obě strany, je vyhlášen jako soudní rozhodnutí, pakliže tak jedna ze stran neučiní, lze se s případem obrátit na soud. V případě neúspěchu před soudem této straně však hrozí i sankce¹⁷¹.

Jako prevence žaloby může také posloužit **vysvětlení a omluva**¹⁷². Ačkoli se jedná o velmi neformální jednání, v případě sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb

¹⁶⁸ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. *Confronting the New Health Care Crisis: Improving Health Care Quality and Lowering Costs by Fixing Our Medical Liability System.* US Department of Health and Human Services (2002). [cit. 2023-10-16] Dostupné z: https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/migrated_legacy_files/40241/litrefm.pdf

¹⁶⁹ SOHN, David H. a BAL, Sonny B. *Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2012 (Vol. 470, No. 5), p. 1370-1378.), Published online 2011 Dec 13. doi: 10.1007/s11999-011-2206-2, PMID: PMC3314770

¹⁷⁰ přeloženo z "pretrial screening"

¹⁷¹ KOTULA, Jan. *Pár poznatků o mimosoudním řešení sporů mezi pacienty a poskytovateli zdravotních služeb ve Spojených státech amerických*. Právní rozhledy, r. 2015, č. 4, s. 133., PR 4/2015 s. 133 ISSN 1210-6410.

¹⁷² volně přeloženo z "early disclosure and apology"

a pacientem jde o velmi účinný akt. Důvodem je skutečnost, že absence vysvětlení je hlavní příčinou nespokojenosti pacienta. Poskytovatelé zdravotních služeb se však paradoxně obávají, že omluva bude použita proti nim jako přiznání nedbalostního jednání. Výsledky výzkumu¹⁷³ uvedly, že v případě nedbalostního jednání se většina lékařů chce pacientům omluvit, ale obávají se právní odpovědnosti. Samozřejmě ne každý příklad vyžaduje omluvu, ale je-li to vhodné, skutečně míněná omluva může uklidnit hněv poškozeného a vést ke konstruktivnímu řešení. Je-li pochybení zjevné, pacient očekává jeho plné přiznání. Částečná omluva pak může způsobit více škody než absence omluvy¹⁷⁴. Přístup k omluvě se u poškozených a jejich právních zástupců velmi liší. Právníci jak na straně poskytovatele zdravotních služeb, tak i poškozeného často nepostřehnou hodnotu, kterou jejich klienti omluvě přikládají¹⁷⁵¹⁷⁶. Omluva je regulována ve 35 státech USA, avšak jednotlivé úpravy se liší. Např. stát Colorado chrání omluvu i případně přiznání pochybení. Indiana poskytuje ochranu omluvě, avšak nikoli přiznání pochybení – pro ilustraci prohlášení “*Je mi líto, že se Vám to stalo*” je pod ochranou, avšak “*Je mi líto, že jsme Vám toto udělali*”, již nikoli¹⁷⁷. V některých státech jako třeba Nevada, Florida nebo Kalifornie je omluva chráněna pouze pod podmínkou, pokud lékař událost včas nahlásí. Někteří poskytovatelé zdravotních služeb však dokázali zahrnout omluvu a vysvětlení do svého vlastního řádu bez potřeby právní regulace. Např. Zdravotnický systém Michiganské univerzity přijal v roce 2002 “Open Disclosure Program”, jehož účelem je podpora bezpečnosti pacientů prostřednictvím informovaného souhlasu a zásad transparentnosti a odpovědnosti. Pokud dojde v rámci léčby k nežádoucí události, program zaručuje vysvětlení všech relevantních okolností a případnou omluvu. Díky tomuto programu univerzita zaznamenala snížení počtu stížností více než o polovinu z počtu 262 na 82. O dva roky později byl tento program prohlášen jako nejbezpečnější v rámci celých Spojených států¹⁷⁸. Podobný program zavedla i Illinoiská univerzita a též zaznamenala úbytek žalob, a to

¹⁷³ GALLAGHER, Thomas H, WATERMAN, Amy D, EBERS, Alison G, FRASER, Victoria J, LEVINSON, Wendy. *Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors*. 2003 Feb 26;289(8):1001-7. DOI: 10.1001/jama.289.8.1001. PMID: 12597752

¹⁷⁴ ROBBENNOLT, Jennifer K. *Apologies and Legal Settlement: An Empirical Examination*, 102 University of Michigan Law School. Rev. 460 (2003). Dostupné z: <https://repository.law.umich.edu/mlr/vol102/iss3/3>

¹⁷⁵ ROBBENNOLT, Jennifer K. (2008). *Apologies and civil justice*. In B. H. Bornstein, R. L. Wiener, R. Schopp, & S. L. Willborn (Eds.), *Civil juries and civil justice: Psychological and legal perspectives* (pp. 195–231). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-74490-2_11

¹⁷⁶ HYMAN, C. S.; LIEBMAN, C. B.; SCHECHTER, C. B.; SAGE, W. M. (2010). *Interest-Based Mediation of Medical Malpractice Lawsuits: A Route to Improved Patient Safety?*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(5), 797–828. doi:10.1215/03616878-2010-028

¹⁷⁷ SOHN, David H. a BAL, Sonny B. *Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2012 (Vol. 470, No. 5), p. 1370-1378., Published online 2011 Dec 13. doi: 10.1007/s11999-011-2206-2, PMID: PMC3314770

¹⁷⁸ ANSTETT, P. *University of Michigan Health System hospital's goal: Safest in the nation*. Detroit Free Press. February 24, 2004. Detroit, Michigan.

o 50 %. Z programů nevyplývá pouze snížení počtu podaných žalob, ale i snížení vyplacené finanční částky poškozenému pacientovi či jeho blízkým. Nemocnice v Lexingtonu vyjma výše uvedeného vysvětlení a omluvy též zavedla program, který pomáhal pacientům při podávání žádostí o odškodnění. Poškozenému je v momentě nastalé nežádoucí události doporučeno právní zastoupení a nemocnice následně postupuje tak, aby bylo dosaženo dohody v rámci mimosoudního řešení¹⁷⁹. Není překvapením, že pacienti této nemocnice se dostali mezi 25 % nejlepších žadatelů o odškodnění, avšak zároveň nemocnice patřila k dolním 25 % celkových vyplacených peněžních částek, což naznačuje, že mimosoudní řešení snižuje výši výplaty odškodnění¹⁸⁰.

Jak již bylo v úvodu řečeno, **mediace** je v americkém právním prostředí hojně využívaný institut, který využívá i řada poskytovatelů zdravotních služeb. Zdravotnická zařízení jako např. University of Michigan, John Hopkins, Rush-Presbyterian Medical Center aj. zavedly mediační programy skrze tzv. předmediační dohody. Dohody neomezují pacienta zákazem řešení případného sporu v soudním řízení, avšak zavazují pacienta k tomu, aby se o mediaci alespoň pokusil. Studie uvedly, že na každém případě řešeném mediací namísto litigace se ušetřilo v průměru 50.000 dolarů jen na právních výdajích¹⁸¹. Dotazování právníci uvedli, že průměrná doba přípravy na soudní řízení jim zabere zhruba 36 hodin, kdežto na mediaci se připravují zhruba 2,5 hodiny. Mediace zvyšuje míru spokojenosti na obou stranách. Z průzkumů¹⁸² vyplynulo, že 90 % účastníků bylo s procesem mediace spokojeno. Faktor, který snižuje úspěšnost mediace, je nepřítomnost lékaře během mediačních jednání. Tato absence zmenšuje šance na diskusi případné podněty ke zlepšení kvality poskytované péče¹⁸³. Úspěšný mediační program zavedla např. Drexler University, která jako mediátory využívá dva právníky se zaměřením na zdravotnické právo. Z 20 případů, v rámci kterých byla provedena mediace v letech 2004-2005, jich bylo ukončeno dohodou 17, což představuje 85 % úspěšnost. Zbylé tři případy prošly litigací, přičemž řízení ukončil rozsudek ve prospěch

¹⁷⁹ KOTULA, Jan. Pár poznatků o mimosoudním řešení sporů mezi pacienty a poskytovateli zdravotních služeb ve Spojených státech amerických. Právní rozhledy, r. 2015, č. 4, s. 133., PR 4/2015 s. 133 ISSN 1210-6410.

¹⁸⁰ KRAMAN, S.S. a HAMM, G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. Ann Intern Med. 1999 Dec 21;131(12):963-7. DOI: 10.7326/0003-4819-131-12-199912210-00010. PMID: 10610649

¹⁸¹ Fraser JJ Jr. American Academy of Pediatrics: technical report: alternative dispute resolution in medical malpractice. Pediatrics. 2001;107:602-607

Metzloff TB. Alternative dispute resolution strategies in medical malpractice. Alaska Law Review. 1992;9:429-457.

Szmania SJ, Johnson AM, Mulligan M. Alternative dispute resolution in medical malpractice: a survey of emerging trends and practices. Conflict Resolution Q. 2008;26:71-96

¹⁸² HARTWIG, R. Medical malpractice insurance jury verdict research: Insurance information institute 2008. Dostupné na: http://server.iii.org/yy_obj_data/binary/729103_1_0/Medmal.pdf Accessed March 16, 2008

¹⁸³ LIEBMAN, Carol B., HYMAN, Chris Stern. A mediation skills model to manage disclosure of errors and adverse events to patients. Health Affairs 2004;23(4): 22-32. DOI: 10.1377/hlthaff.23.4.22. PMID: 15318564

nemocnice. Obdobný program¹⁸⁴ zavedla i Pittsburgh University, jež během jednoho roku vyřešila 24 z 27 případů, což představuje 88 % úspěšnost. V případě mediace nařízené soudem již výsledky nejsou tak příznivé. V Severní Karolině soudy vyžadují povinnou mediaci před projednáním případu před soudem a dle studie¹⁸⁵ se míra úspěšnosti mediace snížila na 23,7 %. Dle této studie se mediátor setkal a advokáty obou stran, kteří převzali iniciativu za klienta. Hlavní účastníci se na mediaci podíleli primárně prostřednictvím právních zástupců a sami se projevovali pouze minimálně. Jiný model mediace, Pew Demonstration Mediation and ADR Project, byl zaveden ve čtyřech pensylvánských nemocnicích. Projekt spočíval v zaškolení lékařů mediačními komunikačními schopnostmi k vysvětlení situace pacientovi. Lékaře zacvičovali experti v oboru, kteří jim pomáhali plánovat a sestavovat konverzace s pacientem a užívat mediační techniky k urovnání případných sporů. Výstupem těchto mediací byly často změny zavedených zásad a postupů poskytovatele zdravotních služeb tak, aby se podobné situace již neopakovaly. Výsledky projektu poukazovaly zejména na podstatný význam vysvětlení situace a řádné omluvy¹⁸⁶.

Na rozdíl od České republiky právo v USA umožňuje v občanskoprávních sporech mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem užít **arbitráže**. Mimosoudní řešení případného sporu ve formě arbitráže bývá nejčastěji sjednáváno jako doložka smlouvy o poskytování zdravotní péče, přičemž souhlas s touto doložkou je obligatorní podmínka k poskytnutí zdravotní péče. Napříč této kontroverzi se rozhodčí doložky v rámci zdravotnictví užívají čím dál častěji¹⁸⁷. Závaznost výsledku rozhodčího řízení však může poškodit obě strany. V převažující většině soudních rozhodnutí, kdy je lékař žalován pro postup non lege artis, soud potvrdil, že se lékař nedopustil nedbalostního jednání. Pro lékaře je tudíž poměrně výhodné obrátit se na porotní soud, avšak tuto možnost v případě uzavřené rozhodčí doložky lékaři pozbývají. V rámci arbitráže rozhodci častěji přiznají poškozenému nějaký druh odškodnění, ať se již prokázala nedbalost či nikoliv. Tento sklon rozhodců ke kompromisům bývá často terčem kritiky. Proces se velmi podobá litigaci, čemuž odpovídá povaha arbitráže – finanční náklady jsou oproti mediaci vyšší a svou povahou je spor vyostřenější, neboť se koná za účasti

¹⁸⁴ CREO, Robert A, SHOGAN, Jacqueline O., TURNER, Chatón T. Malpractice Case Alternative Dispute Resolution. Narberth, PA, USA: Physician's News Digest; 2005. Dostupné z: <https://healthcareneutral.com/2010/08/articles/healthcare-arbitration/new-jersey-court-green-lights-provider-patient-arbitration-agreements/>

¹⁸⁵ PEEPLES, Ralph, HARRIS, Catherine, METZLOFF, Thomas.B. Following the Script: An Empirical Analysis of Court-Ordered Mediation of Medical Malpractice Cases. J Disp Resolution. 2007;1:101–118. Dostupné z:

https://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=2506&context=faculty_scholarship

¹⁸⁶ ONG, Cecilia. Medical mediation: Bringing everyone to the table. Bulletin of the American College Surgeons. 2013 [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://bulletin.facs.org/2013/03/medical-mediation/>

¹⁸⁷ WEBB, Rich J. New Jersey Court Green Lights Provider-Patient Arbitration Agreements. Healthcare Neutral ADR Blog. Califon, NJ, USA: Healthcare Neutral, LLC; 2010. Dostupné z: <https://healthcareneutral.com/2010/08/articles/healthcare-arbitration/new-jersey-court-green-lights-provider-patient-arbitration-agreements/>

právních zástupců. Strany stejně jako u litigace vykazují s procesem a výsledným rozhodnutím menší míru spokojenosti. Mezi výhody oproti soudnímu řízení však patří časová úspora a menší finanční náklady. Rozhodci mohou být také vybráni pro svoje vědecké zázemí, což se hodí ve sporech vystavěných na komplikovaném skutkovém základu, kde je naopak porotní soud vzhledem k laické povaze přísedících nevhodný¹⁸⁸. The Institute for Civil Justice zkoumal využití arbitrážních dohod v Kalifornii. Dle výsledků přes 50 % lékařů, kteří žádali pacienty o podpis arbitrážní doložky, uvedli, že tak činili na doporučení pojistitele. Přes 30 % lékařů uvedlo, že arbitrážní doložka byla součástí interní politiky poskytovatele zdravotních služeb a dalších 30 % věřilo, že rozhodčí řízení je finančně méně nákladné než litigace. Zhruba 20 % dotazovaných poznamenalo, že se chtěli soudnímu řízení vyvarovat. Dle stejného výzkumu však vyšlo najevo, že většina lékařů nebere souhlas s rozhodčí doložkou jako nutnou podmínku pro poskytnutí zdravotní péče. Další statistiky ukázaly, že až 80 % lékařů, jejichž ordinace vyžaduje podpis rozhodčích doložek, uvedlo, že pokud tak pacient odmítne učinit, přesto mu zdravotní péči poskytnou. Většina z celkového počtu dotazovaných lékařů (61 %) ve výzkumu sdělila, že by léčbu poskytla bez další diskuze, 21 % lékařů zaškrtnulo možnost, že by se s pacientem pokusili navázat diskuzi ohledně arbitráže, ale nehledě na výsledek by zdravotní péči pacientovi poskytli¹⁸⁹.

3.2 Využití mimosoudního řešení ve zdravotnictví v Anglii

Velká Británie též hojně využívá mimosoudní řešení v občanskoprávních sporech ve zdravotnictví, avšak narozdíl od USA ho začlenila do samotného základu systému odškodnění.

Na úvod je nutné uvést, že státní zdravotní péči reprezentuje zdravotnický systém NHS (National Health Service). NHS umožňuje pacientům udělit ke svým službám osobní názor formou zpětné vazby nebo stížnosti obdobně jako v České republice. Stížnost stejně jako u nás nemusí podat pouze poškozený pacient, ale může tak učinit i jeho osoba blízká. Lhůta pro podání stížnosti činí 12 měsíců od předmětné události či 12 měsíců od doby, kdy se o ní stěžovatel dozvěděl. NHS garantuje potvrzení obdržení stížnosti, řádné prošetření

¹⁸⁸ SOHN, David H. a BAL, Sonny B. Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution Clinical Orthopaedics and Related Research, 2012 (Vol. 470, No. 5), p. 1370-1378.), Published online 2011 Dec 13. doi: 10.1007/s11999-011-2206-2, PMID: PMC3314770

¹⁸⁹ ROLPH, John E., ROLPH, Elizabeth S., a MOLLER, Erik. Binding Arbitration is Not Frequently Used to Resolve Health Care Disputes. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 1999. https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9030.html. DOI: 10.7249/RB9030

a informování o postupu a výsledku šetření. V případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti se stěžovatel může obrátit na ombudsmana pro zdravotnictví a sociální služby¹⁹⁰.

Co se týká samotného mimosoudního odškodnění, byl v roce 2006 přijat klíčový předpis s názvem “NHS Redress Act”. Tento zákon upravuje poskytování zdravotní péče z veřejných prostředků a popisuje postup pro řešení případů, kdy došlo k poškození zdraví pacienta postupem non lege artis¹⁹¹. Účelem zákona je primárně vytvoření alternativy k soudnímu řízení, uskutečňované prostřednictvím orgánu NHS Resolution. Jako zadostiučinění zákon uvádí finanční kompenzaci, vysvětlení, omluvu a zprávu o učiněných opatřeních, jež zabraňují opakování podobných událostí do budoucna. Toto navrhované schéma mimosoudního vyjednávání s poškozeným je dobrovolný proces a není možné jej vést společně se soudním řízením.

NHS Redress Act našel i své kritiky. Studie University of Manchester z roku 2007 k zákonu uvádí, že ačkoli byl záměr vlády vytvořit nízkonákladovou a rychlou alternativu pro vyřizování nároků záslužný, nepodařilo se vytvořit takový spravedlivý systém, který by řešil dlouhodobé obavy pacientů vyplývající z újmy způsobené lékařskou péčí. V zákonu se nacházejí mezery, jako např. jaká by měla být povaha a rozsah poskytnutého vysvětlení a omluv a za jakých okolností budou závěry z uskutečněných vyšetřování podaného nároku poskytnuty žadatelům. Další obavy se týkaly finanční kompenzace, která pravděpodobně bude “zhruba stejná” kompenzaci určené soudem, což navozuje dojem, že navrhovaný systém se snaží omezit vynaložené náklady než vytvořit restorativní přístup k žadatelům. Ačkoli systém odškodnění zpřístupnil spravedlnost stěžovatelům, kteří uplatňovali nárok o nízké hodnotě, učinil tak na úkor nezajištění nezávislého mechanismu pro odvolání pro stěžovatele v případě nesouhlasu s prověřováním podaného nároku, restriktivní finanční kompenzace a nezaopatření ochrany pro pacienty, která je poskytována v rámci litigace, zejména pokud jde o přístup k vhodnému lékařsko-právnímu poradenství od okamžiku zahájení řízení o nároku¹⁹².

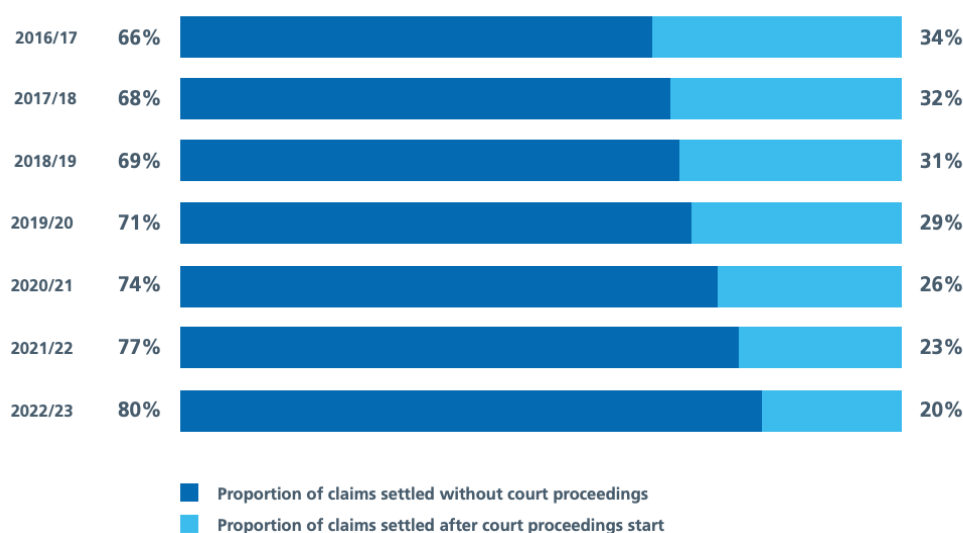
¹⁹⁰ Department of Health and Social Care, The NHS Constitution for England. [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/how-do-i-give-feedback-or-make-a-complaint-about-an-nhs-service>

¹⁹¹ KOTULA, Jan a DOLEŽAL, Tomáš. *Mediace a další vybrané formy mimosoudního řešení sporů ve zdravotnictví*. Olomouc: Iuridicum Olomoucense, o.p.s. ve spolupráci s Právnickou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci, 2015, s. 56. ISBN 978-80-87382-72-1.

¹⁹² FARRELL, Anne-Maree, DEVANEY, Sarah. Making amends or making things worse? Clinical negligence reform and patient redress in England, DOI: 10.1111/j.1748-121X.2007.00061.x

Výše zmíněná organizace NHS Resolution patří mezi nezávislé orgány Ministerstva zdravotnictví a sociální péče, přičemž jejími hlavními úkoly jsou poskytování odškodnění v oblasti zdravotních služeb, odborného poradenství a analýza příčin jednotlivých incidentů.

NHS Resolution (později přejmenovaná na NHS Litigation Authority) spustila v roce 2014 pilotní projekt pro ověření účinnosti **mediace**, zdali by mohla být součástí efektivnějšího systému poskytování náhrad ve zdravotnictví. Tento roční program spočíval v řešení sporů pomocí mediace, přičemž se zaměřil na spory spjaté s úmrtím starších osob nebo poskytováním zdravotní péče o ně. Do projektu bylo zařazeno 49 případů, z čehož jeden byl vyřešen ještě před zahájením mediace, jeden stěžovatel vzal stížnost zpět a zbylých 47 bylo úspěšně vyřešeno mediací. Průlomový krok směrem k mimosoudním řešení nastal v roce 2016, kdy se orgán NHS Resolution stal jedním z prvních poskytovatelů náhrad, který zřídil mediační panel pro řešení nároků vyplývajících z občanskoprávních sporů mezi pacientem a poskytovatelem zdravotních služeb. O rok později organizace spustila pětiletou strategii spočívající v prevenci, včasného zásahu a snaze urovnání vztahu s pacientem namísto toho, aby hledal spravedlnost v rámci soudního řízení. S touto strategií je nedílně spjat proces mediace a jiné metody ADR, které umožňují spravedlivé, rychlé a finančně méně nákladné řešení. Z průzkumu NHS Resolution vyplynulo, že 74 % mediovaných případů je vyřešeno v průběhu 28 dnů od zahájení mediace¹⁹³. Za poslední rok, tj. 2022/2023, se rekordních 80 % žádostí vyřešilo mimosoudně. Stoupající trend mimosoudních řešení od roku 2016/1017 zachycuje tabulka níže¹⁹⁴.



195

¹⁹³ NHS Resolution. Mediation in healthcare claims – an evaluation, 2020, [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/02/NHS-Resolution-Mediation-in-healthcare-claims-an-evaluation.pdf>

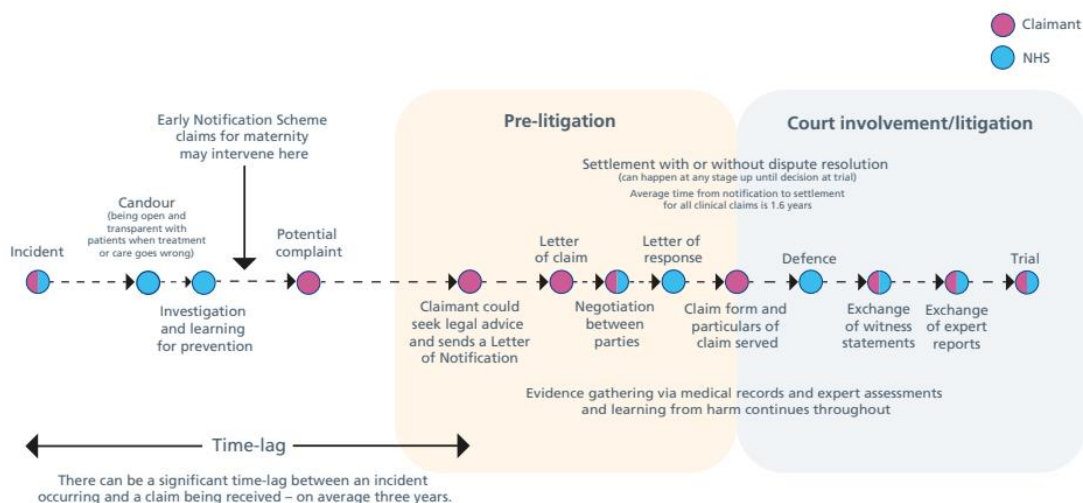
¹⁹⁴ NHS Resolution: Annual report and accounts 2022/23. s. 42 July 2023.[cit. 2023-10-16] Dostupné z https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/07/NHS-Resolution-Annual-report-and-accounts-2022-23_Access.pdf

¹⁹⁵ Tamtéž

Mediaci, respektive odměnu mediátora, cestovní a jiné náklady, hradí strany rovným dílem. Výjimku tvoří případy, kdy je např. pochybení poskytovatele zdravotních služeb uznáno v plném rozsahu, pak náklady hradí NHS Resolution. Vlastní náklady na přípravu na mediaci nese každá strana za sebe¹⁹⁶.

Další zajímavá analýza poukazuje na výsledky mediace v závislosti na přítomnosti právních zástupců. Obecně platí, že ve většině případů jsou žadatelé zastoupeni advokátem. Z průzkumu vyplývá, že pokud žalobce není právně zastoupen, snižuje se šance na vyřešení případu v den zahájení mediace. Je-li žadatel právně zastoupen, pravděpodobnost urovnání v první den mediace činí 68,5 %, kdežto jedná-li žalobce bez přítomnosti právníka, šance klesá na 50 %¹⁹⁷.

Proces vyřizování žádosti může být komplikovaný a značně se prodloužit. Mezi vznikem události a uplatněním nároku se odhaduje průměrná doba kolem 3 let. V rámci této doby se pozornost klade na pochopení příčin problému a řešení aktuálních potíží pacientů. Pacienti si mohou pro rozhodnutí, zda chtějí uplatnit nárok, ponechat čas. Jakmile se pacient či jeho osoba blízká rozhodnou uplatnit nárok, probíhá šetření, kdy se zjišťuje, zda je nárok oprávněný. Žadatel má možnost záležitost řešit mimosoudně nebo formou litigace. Dle dat NHS však soudní řízení značně prodlouží celý proces, neboť průměrná doba litigace trvá 1,6 roku. Výše uvedený proces zachycuje schéma níže¹⁹⁸.



¹⁹⁶ NHS Resolution. Mediation in healthcare claims – an evaluation, s. 18. 2020, [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/02/NHS-Resolution-Mediation-in-healthcare-claims-an-evaluation.pdf>

¹⁹⁷ Tamtéž, s. 10

¹⁹⁸ NHS Resolution: Annual report and accounts 2022/23. S. 34-35 July 2023. [cit. 2023-10-16] Dostupné z https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/07/NHS-Resolution-Annual-report-and-accounts-2022-23_Access.pdf

Analýza nároků podaných v letech 2019/2020 a 2020/2021 ukázala, že průměrný rozdíl mezi finančními náklady vyplacenými právníkům zastupujícím pacienty v rámci litigace a během mimosoudního řešení činil 57.000 liber na jeden nárok¹⁹⁹.

V dubnu roku 2023 zahájila organizace NHS Resolution další pilotní projekt spočívající v nestranném posouzení²⁰⁰. Myšlenka projektu spočívá ve jmenování osoby nezávislého hodnotitele s odbornými znalostmi v dané oblasti, který nárok posoudí. Výsledek posouzení není pro strany závazný, pokud se tak strany nedohodnou.

3.3 Využití mimosoudního řešení ve zdravotnictví v Rakousku

Jako poslední zemi pro popis mimosoudního řešení občanskoprávních sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem jsem zvolila Rakousko, neboť je svou právní kulturou vzhledem ke společné historii s Českou republikou velmi blízké, nicméně v rámci užití mimosoudního řešení ve zdravotnictví je značně napřed.

V roce 2001 byly na základě zákona *Krankenanstalten – und Kuranstaltengesetz* (KAKuG) zřízeny **Fondy pro odškodnění pacientů**²⁰¹ (*Patientenentschädigungsfonds*) pro kompenzaci újmy vzniklé pacientovi v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb *de lege artis* a jejich hlavním cílem bylo poskytnout rychlou finanční kompenzaci pacientům. Fondy poskytují odškodnění v případech, kdy by nemusely být splněny podmínky pro odškodnění dle občanského zákoníku ABGB²⁰², tedy za předpokladu, že újma vznikla bez zavinění nebo i v případě výskytu neznámé nebo velmi vzácné komplikace²⁰³. Fondy pro odškodnění tedy existují paralelně vedle zákonné úpravy odškodnění na základě subjektivní odpovědnosti. Je-li zjištěna příčinná souvislost, protiprávnost a zavinění, odškodnění lze poskytnout na základě předpisů občanského práva, nikoli Fondů pro odškodnění pacientů. Výhoda tohoto systému spočívá v tom, že i v případě neunesení věcného břemene pacient může získat odškodnění, které by v rámci litigace neobdržel. Fondy jsou založené na principu solidarity a financují je samotní pacienti příspěvkem ve výši 0,73,-€ za den. Toto financování pochází od pacientů, kteří jsou hospitalizováni ve veřejných

¹⁹⁹ National Audit Office, *Managing the costs of clinical negligence in trusts*, September 2017. [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://www.nao.org.uk/reports/managing-the-costs-of-clinical-negligence-in-trusts/>

²⁰⁰ NHS Resolution: *Annual report and accounts 2022/23*. S. 45 July 2023. [cit. 2023-10-16] Dostupné z https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/07/NHS-Resolution-Annual-report-and-accounts-2022-23_Access.pdf

²⁰¹ Konkrétně na základě § 27a odst. 5, 6 KAKuG

²⁰² Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch

²⁰³ MEMMER, Michael. *Modelle einer Entschädigung nach Behandlungsfehlern*. *Imago Hominis* (2011); 18(1): . [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://www.imabe.org/imagohominis/imago-hominis-1/2011/modelle-einer-entschaedigung-nach-behandlungsfehlern>

nebo neziskových soukromých nemocnicích, přičemž sociálně slabší osoby jsou od příspěvku osvobozeny²⁰⁴. Za řízení ohledně posuzování žádosti o odškodnění prostřednictvím fondů nevznikají žádné náklady vyjma případného právního zastoupení, které si žadatel hradí sám.

V jednotlivých spolkových zemích nebyly Fondy pro odškodnění pacientů zavedeny sjednoceně. Rozdíly lze najít např. v otázce maximální výše odškodnění (pro srovnání horní hranice odškodnění pro Vorarlbersko činí 5.000,-€ ve výjimečných případech až 45.000,-€; pro Vídeň 100.000,-€²⁰⁵²⁰⁶). O tom, zda se vyplatí odškodné a v jaké výši, rozhodují komise složené z odborníků ve zdravotnictví zřízené na úrovni jednotlivých spolkových zemí za účasti patientských ombudsmanů. Na odškodnění nevzniká právní nárok a v souvislosti s touto žádostí o odškodnění nesmí probíhat žádné občanskoprávní řízení. Rozhodnutí rovněž nepodléhá správnímu přezkumu, avšak není vyloučeno odvolání k soudu²⁰⁷.

Kritici uvádí, že hlavní nedostatek Fondů pro odškodnění pacientů spočívá v nejednotné právní úpravě. Výše kompenzace se v jednotlivých spolkových zemích značně liší, avšak pacient platí do fondu vždy stejnou částku bez ohledu na místo ošetření. Též by bylo žádoucí rozšířit odškodnění i v jiných zdravotnických zařízeních nežli ve veřejnoprávních ambulantních a lůžkových nemocnicích.

Klíčovým orgánem pro mimosoudní řešení sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem jsou **rozhodčí komise** (*Schlichtungsverfahren*). Překlad by mohl navodit dojem, že se jedná o orgán rozhodčího řízení uvedeného v kapitole 2.3.5 této diplomové práce, avšak jedná se o zcela odlišný institut. Ve většině spolkových zemí jsou rozhodčí komise zřízeny buď přímo lékařskými komorami, nebo za jejich účasti. Mezi hlavní cíle těchto komisí patří řešit spor mezi lékařem a pacientem mimosoudně a v ideálním případě dosáhnout dohody. Řízení vedeného nezávislou rozhodčí komisí se účastní pacient, dotyčný lékař či poskytovatel zdravotní služeb na základě vzájemné dohody. Proces je zcela dobrovolný a neexistuje pro strany žádná povinnost ho absolvovat. Na řízení se dále podílí advokát, který poskytuje pacientovi jakožto slabší straně pomoc, a zástupce pojišťovny²⁰⁸.

²⁰⁴ HOFMARCHER, Maria M. Das österreichische Gesundheitssystem - Akteure, Daten, Analysen, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2013, s. 82 ISBN: 978-3-95466-052-0

²⁰⁵ Stadt Wien/Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft. Patientenentschädigungsfonds. [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/patientenrechtsanwaltschaft/schadensfaelle/patientenfonds.html>

²⁰⁶ údaj z roku 2018

²⁰⁷ MEMMER, Michael. Modelle einer Entschädigung nach Behandlungsfehlern. Imago Hominis (2011); 18(1): .[cit. 2023-10-16] s. 39-48 Dostupné z <https://www.imabe.org/imagohominis/imago-hominis-1/2011/modelle-einer-entschaedigung-nach-behandlungsfehlern>

²⁰⁸ Tamtéž

Řízení se zahajuje pouze na žádost dotčené strany. Jakmile jsou k dispozici všechny potřebné dokumenty (anamnéza, vyjádření lékaře, popř. znalecký posudek), proběhne ústní jednání mezi zúčastněnými stranami, během něhož má každý možnost se vyjádřit. Řízení končí vydáním doporučení – komise může dojít k závěru, že nedošlo k lékařskému pochybení, dále prohlásit, že pacient má nárok na náhradu újmy a bolestného a částku dokonce vyčíslit. Vzhledem k dobrovolnosti procesu není toto doporučení právně závazné a nejedná se o mimosoudní vyrovnání. Strany však mohou doporučení použít jako podklad pro mimosoudní vyrovnání, čímž by došlo k definitivnímu ukončení sporu. V praxi poměrně často dochází k akceptaci doporučení. I v případě, že je doporučení pro pacienta negativní, poslouží jako zběžná představa, jak by spor pravděpodobně dopadl během soudního řízení. Lze tedy konstatovat, že řízení před rozhodčí komisí má jako sekundární funkci filtraci případů a ulevuje soudům od přetížení. Mezi další výhody patří menší finanční zátěž, neboť náklady řízení obvykle hradí lékařská komora či spolková země a pacientovi vzniknou náklady pouze na právní zastoupení, pokud si zvolí advokáta. V neposlední řadě finanční kompenzaci pacient obdrží daleko dříve než v rámci litigace a má možnost podrobnosti případu prodiskutovat s ošetřujícím lékařem či jinými odborníky, čímž dochází k narovnání vztahu mezi lékařem a pacientem²⁰⁹.

Podobně jako v České republice se v Rakousku vyskytuje institut **pacientského zástupce** (*Patientenanwalt*), který plní funkci ombudsmana. Jedná se o nezávislou instituci zřízenou pro ochranu práv a zájmů pacientů. Funkce patientských zástupců však vznikají ze zákona²¹⁰ a jejich úřady se vyskytují na úrovni spolkových zemí. Do jejich kompetence spadají především nemocnice, nicméně v některých spolkových zemích i soukromé praxe, domovy pro seniory a ostatní instituce ve zdravotnictví a v sociální oblasti. Tito zástupci informují pacienty o jejich právech, řeší stížnosti a poskytují jim podporu při mimosoudním řešení. Z nasbíraných zkušeností vydávají doporučení do budoucna, jak zjištěnou závadu odstranit nebo se jí předejít. Dále v případě vzniklé újmy upozorňují pacienty na činnost rozhodčí komise v otázkách odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb a případné finanční kompenzace. Patientský zástupce nejprve získá anamnézu pacienta či jeho zdravotnickou dokumentaci, stanovisko ošetřujícího lékaře nebo oddělení, aby mohl analyzovat případ z právního i lékařského hlediska (v případě potřeby za pomoci lékařů). Jako příčina značného procenta stížností se mnohdy ukáže problém v mezilidské oblasti. V takovém

²⁰⁹ Tamtéž

²¹⁰ § 11e KAKuG

případě patientský zástupce nesrovnalosti objasní předejde případnému soudnímu sporu. Pokud ombudsman v rámci šetření zjistí, že mohlo dojít k pochybení při léčbě, svolá jednání s dotčenou nemocnicí a pojišťovnou, která opatří znalecký posudek. Pokud znalec potvrdí postup non lege artis, vyjedná se nabídka mimosoudního vyrovnání. Souhlasí-li pacient s učiněnou nabídkou, je daný případ narovnáním jakožto závaznou smlouvou vyřešen. Za předpokladu, že znalec uzná, že poskytnutá péče byla v souladu s postupem lege artis, pojišťovna odmítne finanční kompenzaci pacientovi poskytnout. Pro pacienta je opět výhodná alespoň skutečnost, že získal představu o tom, jak by dopadl případný soudní spor, a vyhl se tak zbytečně vynaloženým nákladům. Nutno dodat, že služby patientských zástupců jsou zcela bezplatné. Jak ale bylo popsáno výše v odstavci o Fondu pro odškodnění pacientů, budou-li splněny předpoklady, pacient se může dočkat finanční kompenzace skrze tyto fondy²¹¹.

Funkce **nemocničního ombudsmana** byla zřízena v mnoha státních i soukromých nemocnicích. Tito ombudsmani fungují jako personální útvary vedení nemocnice a často plní funkci i manažera kvality. Nemocniční ombudsmani spolupracují s patientskými zástupci na úrovni spolkových zemí v agendě stížností²¹².

Tři vybrané země s odlišnými instituty mimosoudního řešení občanskoprávních sporů mezi poskytovateli zdravotních služeb a pacienty jsou jen příkladným výčtem zemí s odlišným pojetím mimosoudního řešení občanskoprávních sporů ve zdravotnictví. Velká Británie, USA i Rakousko mají zavedené zcela odlišné postupy pro řešení těchto sporů, avšak přesto se v jejich systémech některé principy a prvky opakují. Data z uvedených zemí skýtají informace o účinnosti těchto institutů, což může České republice sloužit jako inspirace pro zavedení těchto postupů, který by byly proveditelné finančně, organizačně i legislativně, a zvýšily by spokojenost pacientů i poskytovatelů zdravotních služeb.

²¹¹ MEMMER, Michael. Modelle einer Entschädigung nach Behandlungsfehlern. Imago Hominis (2011); 18(1): .[cit. 2023-10-16] s. 39-48 Dostupné z <https://www.imabe.org/imagohominis/imago-hominis-1/2011/modelle-einer-entschaedigung-nach-behandlungsfehlern>

²¹² HOFMARCHER, Maria M. Das österreichische Gesundheitssystem - Akteure, Daten, Analysen, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2013, ISBN: 978-3-95466-052-0

4. Praktická část

Jedním z účelů diplomové práce bylo uchopit téma po praktické stránce, nikoli pouze zkompileovat teoretické poznatky, které již předem zpracovali jiní autoři. Za zásadní nevýhodu reflexe pouze teoretické roviny spatřuji skutečnost, že teorie nepředvídá řadu úskalí, které se v praxi vyskytují. Z tohoto důvodu řada informací již v předchozí teoretické části je získána formou rozhovorů s osobami, které se problematice profesně věnují.

Ačkoli je téma mimosoudního řešení občanskoprávních sporů mezi poskytovateli zdravotních služeb a pacienty úzce zaměřené, týká se potenciálně velkého počtu osob. Tuto četnou cílovou skupinu, čítající pacienty, jednotlivé lékaře a velká zdravotnická zařízení, jsem oslovila formou tří kvantitativních dotazníků, jejichž výsledky budu prezentovat níže. Všechna dotazníková šetření proběhla v období od 24. července 2023 do 21. září 2023.

Respondenti byli úvodem seznámeni s předmětem dotazníku, jeho účelem a cíli a též jim bylo zaručeno zachování anonymity.

Dotazník č. 1

Mimosoudní řešení občanskoprávních sporů mezi poskytovateli zdravotních služeb a pacienty **optikou pacientů**

Charakteristika dotazníku

Dotazníkového šetření s pacienty se zúčastnilo celkem 219 respondentů. Roli pacienta zastává v životě každý z nás, avšak pro účely dotazníku tvořila cílovou skupinu ta výšeč pacientů, která měla zkušenost s občanskoprávním sporem s poskytovatelem zdravotních služeb. Oslovit tuto vyhraněnou skupinu a sesbírat z ní potřebný počet respondentů bylo v rámci dostupných prostředků nemožné, proto jsem se převážně zaměřila na několik skupin osob, u kterých byla pravděpodobnost výskytu tohoto sporu vyšší.

První takovou skupinou byly osoby, které se v roli pacienta z důvodu chronického onemocnění nachází často, přičemž větší množství strávené ve zdravotnických zařízeních vede i k vyšší pravděpodobnosti zkušenosti s negativním incidentem. Tuto skupinu jsem oslovila prostřednictvím sociálních sítí, kde se pacienti dle konkrétních onemocnění sdružují. Pro větší rozmanitost respondentů jsem se obrátila na pacienty s rozličnými diagnózami, které pokrývají široké spektrum medicínských odvětví²¹³. Další skupinou oslovených byli lidé s vyšším BMI²¹⁴

²¹³ např. lupénka – dermatologie, diabetes – endokrinologie, Crohnova choroba – gastroenterologie a další

²¹⁴ tj. Body Mass Index – indikátor tělesné hmotnosti

a psychickými či psychiatrickými potížemi. Tyto zdánlivě zcela odlišné kategorie pojí společná citlivost potíží a vyšší výskyt nepochopení během poskytování zdravotní péče. Třetí skupinu oslovených tvořili jedinci, kteří se přikláněli k alternativním léčebným metodám či odmítali standardní doporučené medicínské postupy. Tyto jedince jsem oslovila z důvodu, že jejich postoje vykazují nedůvěru vůči klasickému zdravotnickému systému, která může pramenit z negativní osobní zkušenosti. Poslední skupinou byly osoby, které si na ošetřujícího lékaře či postupy zdravotnického zařízení stěžovaly. Tyto osoby jsem oslovila prostřednictvím úzce zaměřené, leč početné skupiny na sociálních sítích.

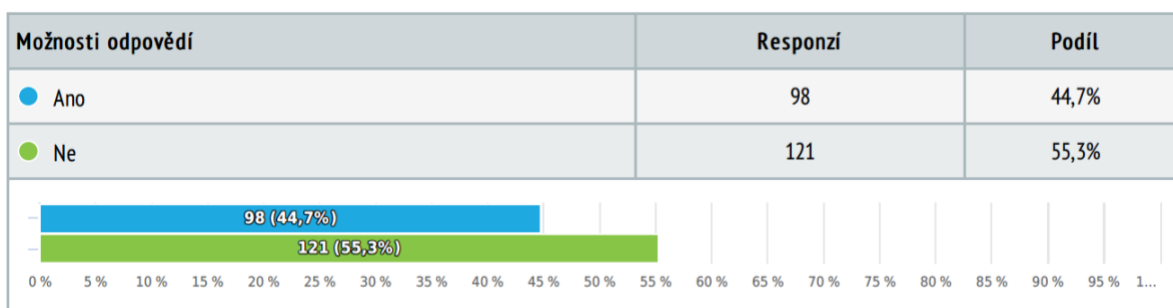
Dotazník se skládá ze 14 otázek, přičemž u prvních 12 otázek respondent jako odpověď vybíral jednu nebo více z nabízených možností. V případě, že nabízený výběr odpovědí respondentovi nepostačoval, byla u některých otázek vložena možnost “jiná”, prostřednictvím které mohl respondent napsat vlastní odpověď. Poslední 2 otázky spočívaly v hodnocení hypotetické situace.

Vyhodnocení jednotlivých otázek

První otázka dotazníku zkoumala, jaká část respondentů má v souvislosti s poskytováním zdravotní péče zkušenost s incidentem, který potenciálně mohl vést k soudnímu řízení.

1 Ocitl/a jste se někdy v situaci, kdy spor s lékařem vyeskaloval nebo mohl vyeskalovat v soudní spor?

Výběr z možností, zodpovězeno 219 x, nezodpovězeno 0 x

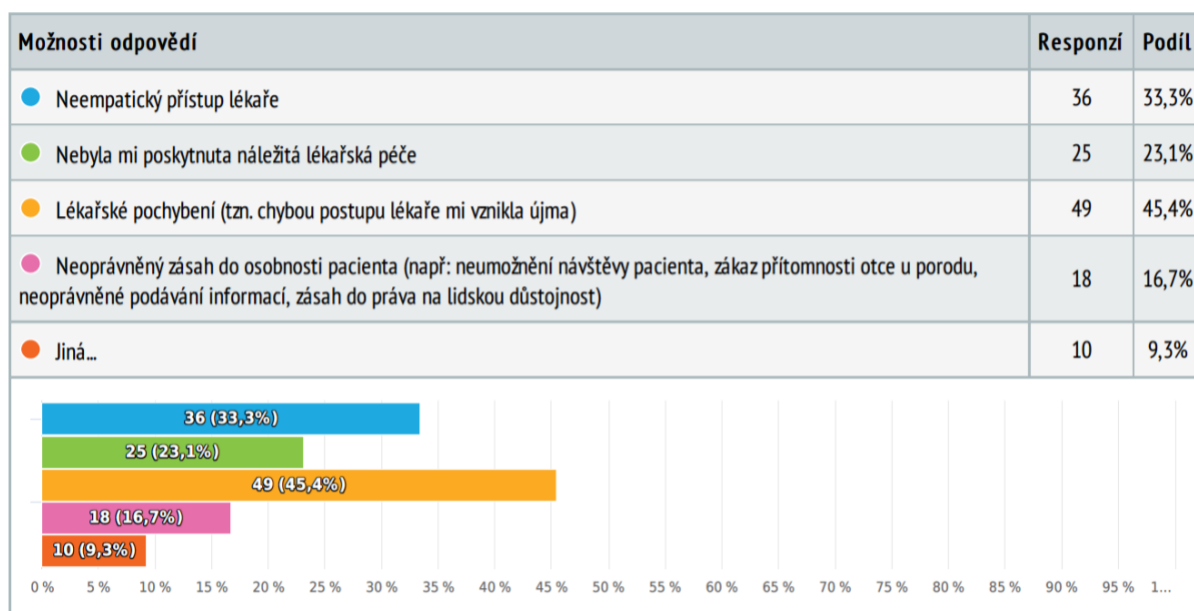


Z výsledků vyplývá, že těsná většina (55,3 %) respondentů se v takové situaci neocitla. Vzhledem k povaze respondentů, kdy byla cílová skupina vybírána tak, aby procento respondentů s odpovědí “Ano” bylo co nejvyšší, je skutečnost, že mírně převažuje počet respondentů, kteří se v situaci sporu s lékařem neocitli, poměrně nadějná, že situace ohledně sporů s lékaři není alarmující.

Druhá otázka se zaměřovala na respondenty, kteří u předchozího zadání odpověděli “Ano”, a zjišťovala důvod, pro který respondenti zvažovali litigaci. Z tohoto důvodu byla otázka dobrovolná a odpovědělo na ni 108 respondentů.

2 Pokud ano, co bylo příčinou?

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 108 x, nezodpovězeno 111 x

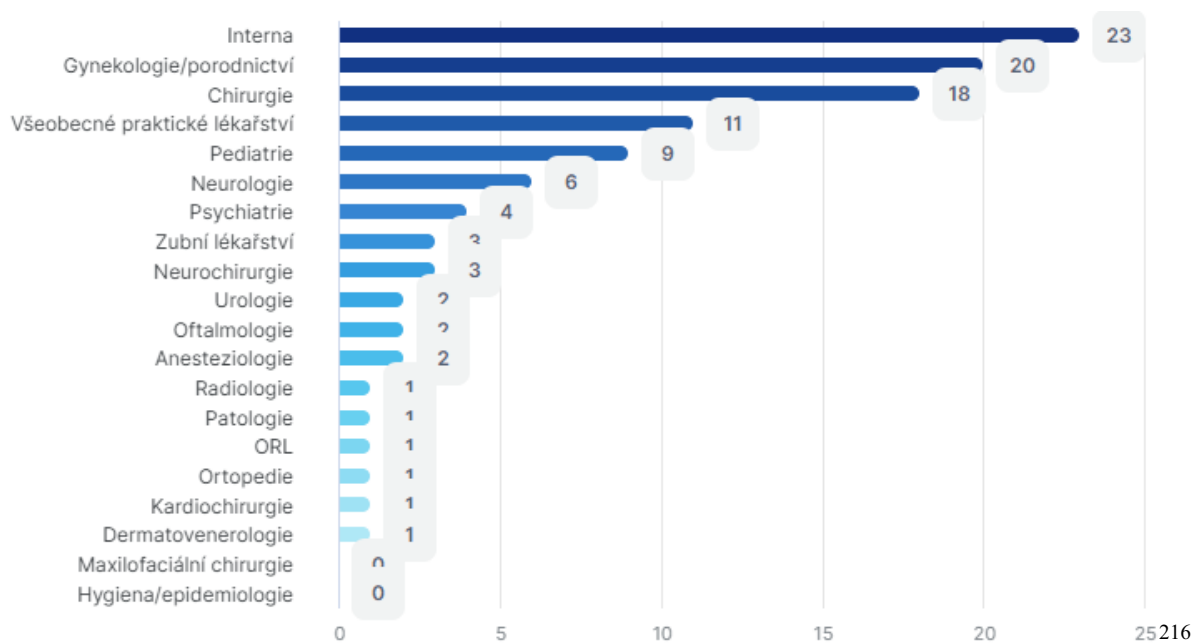


Z výše uvedeného grafu je patrné, že pacienti soudní řízení zvažují nejčastěji při domnělém pochybení lékaře (45,4 %). Hned na druhém místě pacienti zvolili neempatický přístup lékaře (33,3 %) následovaný tvrzením, že pacienti neobdrželi náležitou lékařskou péči (23,1 %). U této otázky respondenti měli možnost definovat vlastní odpověď, kde se vyskytla témata jako nátlak na rodiče v souvislosti s očkováním dítěte, průtahy v ošetření a špatně zvolený léčebný postup.

Třetí otázka též mířila na respondenty, kteří se ocitli v situaci, která mohla eskalovat litigací, a mapovala, v jaké oblasti medicíny ke sporu došlo. Otázka tudíž nebyla povinná a odpovědělo na ni 109 respondentů. Respondent mohl zvolit jednu z 19 oblastí medicíny, které tvoří jednotlivé kmeny²¹⁵.

3 Pokud ano, v jaké oblasti medicíny?

²¹⁵ Obory zahrnují základní kmeny, nikoli specializace. Již samotné kmeny jsou početné, výčet všech 42 specializací by respondenta zahltil. Při možnosti vepsání vlastní odpovědi by pak výsledky byly roztržštěné. Pro účely této diplomové práce z výše uvedených důvodů považují kmeny za dostačující.



Z analýzy výsledků vyplývá, že z hlediska sporů je nejproblematictější oblastí vnitřní lékařství, čili interna (21,1 %). Na úvod je nutné dodat, že na tento kmen lze navázat mnoha specializacemi (alergologie, endokrinologie, gastroenterologie a mnohé další), tudíž je logické a poměrně předvídatelné, že se umístí na přední příčce. Jako druhá v pořadí se umístila oblast gynekologie a porodnictví (18,3 %), což soudě dle bohaté judikatury z této oblasti také není překvapivý výsledek. V těsném závěsu stojí chirurgie (16,5 %) a následuje všeobecné praktické lékařství (10,1 %). Naopak mezi obory, které pacienti neuvodili vůbec či zcela sporadicky, patří maxilofaciální chirurgie (0 %), patologie (0,9 %), radiologie (0,9 %) a překvapivě kardiochirurgie (0,9 %), dermatovenerologie (0,9 %), ortopedie (0,9 %), otorinolaryngologie (0,9 %). Poměrně nečekaný výsledek zaznamenala pediatrie, a to pouze 9 responzí (8,3 %). Oblast poskytování zdravotní péče, která zahrnuje dětské pacienty, bývá zpravidla sférou, kde dochází často k velmi vyostřeným konfliktům.

Čtvrtá otázka zjišťovala preference respondentů ohledně výběru způsobu řešení situace, kdy by jim hypoteticky byla způsobena újma. Odpověď respondenta spočívala v seřazení nabídnutých možností dle důležitosti.

²¹⁶ Číselná označení grafu uvádějí počet respondentů, nikoli procentuální vyjádření

4 Jaké kroky byste v případě sporu s lékařem, kdy Vám byla způsobena újma, zvažoval/a

Seřazení dle důležitosti, zodpovězeno 219 x, nezodpovězeno 0 x

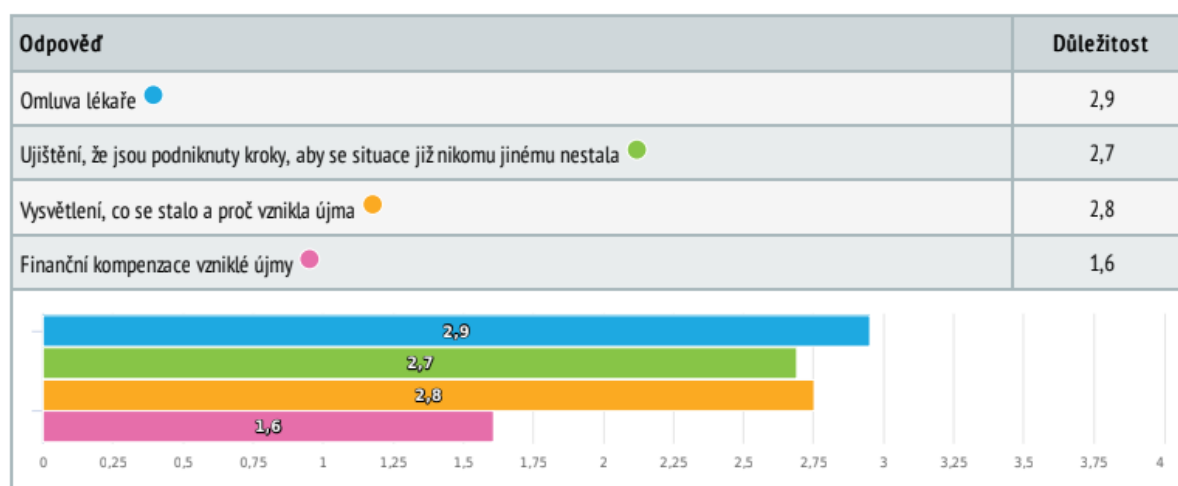
Odpověď	Důležitost
Stížnost lékařské komoře ●	3,7
Vyhledání právní pomoci (advokáta) ●	3,6
Medializace - zveřejnění kauzy ●	2,1
Stížnost poskytovateli zdravotních služeb (tzn. vedení nemocnice, ústavu, ...) ●	4,3
Žádost o vysvětlení, co se přesně stalo a proč újma vznikla ●	4,3
Obrátil/a bych se na nemocničního ombudsmana (=nezávislá osoba v některých zdravotnických zařízeních, která se zabývá podněty a stížnostmi pacientů, provádí šetření události a navrhuje řešení) ●	2,9

Pacienti jako první možnost nejčastěji uváděli dvě možnosti, a to stížnost poskytovateli zdravotních služeb a žádost o vysvětlení průběhu události – obojí s hodnotou 4,3 z 6. Další volbou v pořadí byla stížnost příslušné lékařské komoře s důležitostí 3,7 z 6 a až následně vyhledání právní pomoci s hodnotou 3,6 z 6. Řešení incidentu s nemocničním ombudsmanem volili respondenti až po vyčerpání výše uvedených možností (hodnota 2,9 z 6) a až jako poslední se umístila medializace (hodnota 2,1 z 6). U výsledků této otázky je překvapivá skutečnost, že by pacienti nevolili jako jednu z prvních možností řešení prostřednictvím nemocničního ombudsmana, neboť se jedná o patientsky nejpřívětivější formu z uvedených možností.

Pátá otázka zjišťovala očekávání ohledně výsledku sporu. Respondenti též odpovídali seřazením možností dle důležitosti.

5 Pokud byste se ocitl/a v situaci sporu s lékařem, jaká by byla Vaše očekávání ohledně výsledku? (tzn. jaká byste chtěl/a řešení)

Seřazení dle důležitosti, zodpovězeno 219 x, nezodpovězeno 0 x

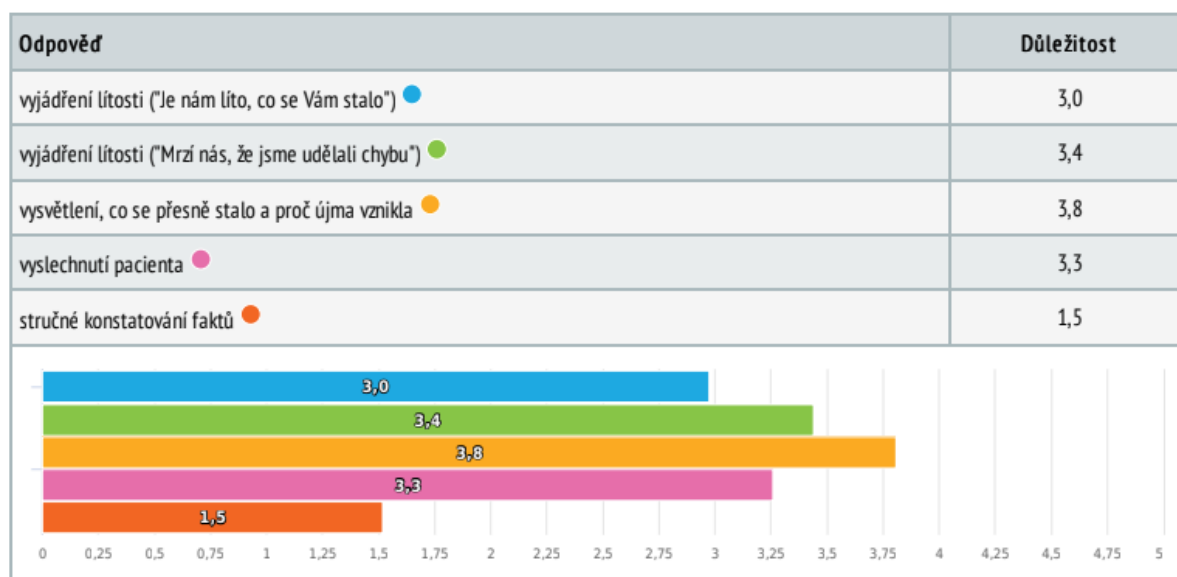


Stejně jako u zahraničních studií uvedených v teoretické části i respondenti tohoto dotazníku preferovali nepeněžitá řešení a největší důraz kladli na omluvu lékaře (hodnota 2,9 ze 4). Následovalo vysvětlení situace (hodnota 2,8 ze 4) a ujištění, aby se obdobný incident nikomu jinému nestal (hodnota 2,7 ze 4). Finanční kompenzace se umístila až jako poslední (hodnota 1,6 ze 4).

Šestá otázka zkoumala žádoucí chování lékaře za předpokladu, že k újmě došlo v souvislosti s jeho pochybením, čili v případě, kdy je ve sporu přítomno zavinění. Odpověď respondenta spočívala v seřazení nabídnutých možností dle důležitosti.

6 Jaký přístup lékaře považujete za žádoucí v případě, že by došlo k jeho pochybení a Vám vznikla újma?

Seřazení dle důležitosti, zodpovězeno 219 x, nezodpovězeno 0 x



Většina respondentů na první místo kladla vysvětlení situace (hodnota 3,8 z 5), a to ještě před omluvu, která má pro pacienty soudě dle výsledků předchozí otázky podstatný význam. Vyjádření lítosti následuje ihned po vysvětlení incidentu. Zahraniční studie²¹⁷ zkoumaly formulaci omluvy a vliv jejího vyjádření na přijetí druhé strany. Z tohoto důvodu jsem vyjádření lítosti rozdělila na dvě samostatné možnosti, a to s formulací “*Mrzí nás, že jsme udělali chybu*” a “*Je nám líto, co se Vám stalo*”. Obě uvedené možnosti jsou zcela korektní, nicméně čtenář mezi nimi jistě cítí významový rozdíl. V prvním případě je společně s lítostí vyjádřeno přiznání viny, kdežto v druhém případě nikoli. Respondenti dle očekávání skutečně daleko častěji volili první formulaci, která zachycuje vlastní pochybení (hodnota 3,4 z 5). Obecná omluva s vyjádřením lítosti nad vzniknuvší situací se umístila až jako třetí (hodnota 3,3 z 5). V pořadí následovalo vyslechnutí pacienta (hodnota 3,3 z 5) a jako poslední stručné konstatování faktů o průběhu léčby a případných následků (hodnota 1,5 z 5).

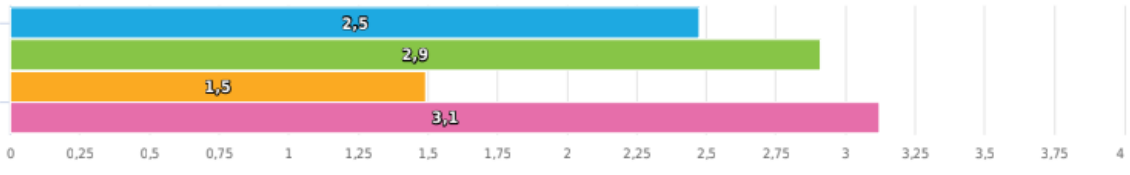
Sedmá otázka naopak zkoumala nežádoucí chování lékaře za předpokladu, že k újmě došlo v souvislosti s jeho pochybením. Odpověď respondenta spočívala v seřazení nabídnutých možností dle důležitosti.

²¹⁷ např. ROBBENNOLT, Jennifer K. *Apologies and Legal Settlement: An Empirical Examination*, 102 University of Michigan Law School. Rev. 460 (2003). Dostupné z: <https://repository.law.umich.edu/mlr/vol102/iss3/3>

7 Jaký přístup lékaře považujete za NEžádoucí v případě, že by došlo k jeho pochybení a Vám vznikla újma?

Seřazení dle důležitosti, zodpovězeno 219 x, nezodpovězeno 0 x

Odpověď	Důležitost
odmítnutí další komunikace ohledně problému ("S tím se obraťte na právní oddělení") ●	2,5
bagatelizace problému ("Však to nic není") ●	2,9
velmi stručné konstatování faktů bez potřebného vysvětlení ●	1,5
úplné přehlížení problému ●	3,1



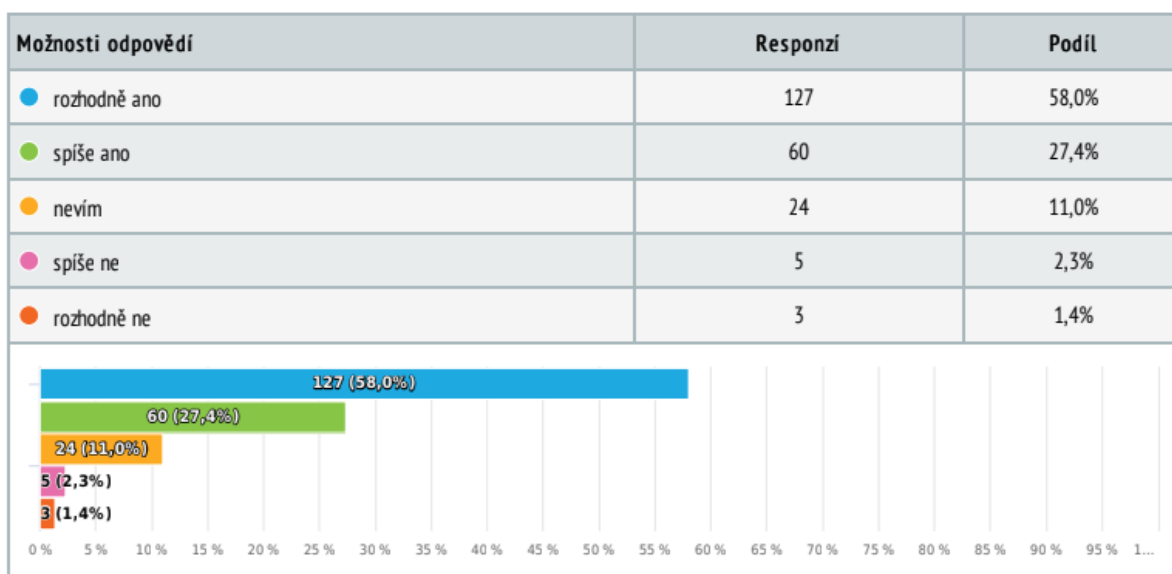
Odpověď	Důležitost
odmítnutí další komunikace ohledně problému ("S tím se obraťte na právní oddělení") ●	2,5
bagatelizace problému ("Však to nic není") ●	2,9
velmi stručné konstatování faktů bez potřebného vysvětlení ●	1,5
úplné přehlížení problému ●	3,1

Za nejhorší možnou variantu respondenti označili úplné přehlížení problému s důležitostí 3,1 ze 4. Následovala bagatelizace problému s hodnotou 2,9 ze 4 a dále odmítnutí další komunikace s delegací problému na právní oddělení s důležitostí 2,5 ze 4. Jako čtvrtou, tedy nejméně nežádoucí možnost, zvolili respondenti variantu, kdy lékař stručně konstatuje fakta s hodnotou 1,5 ze 4. Z výše uvedeného plyne, že pacienti potřebují, aby lékař registroval jejich problém a aby se jim dostalo alespoň nějakého vysvětlení. V návaznosti na teoretickou část bych zde ráda poznamenala, že i za předpokladu, kdy by pacientův problém byl svou povahou "pouhý" subjektivní pocit, je žádoucí ho jako reálný problém přijmout a řešit stejným způsobem, jako problém, který lékař vnímá jako objektivní.

Navazujícími otázkami začíná blok týkající se mimosoudního řešení. Osmý dotaz zkoumá, zda by respondenti ocenili formu mimosoudního řešení sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem.

8 Ocenil/a byste, kdyby byl v ČR zavedený systém, který by řešil spory s pacienty nejprve mimosoudně?

Výběr z možností, zodpovězeno 219 x, nezodpovězeno 0 x

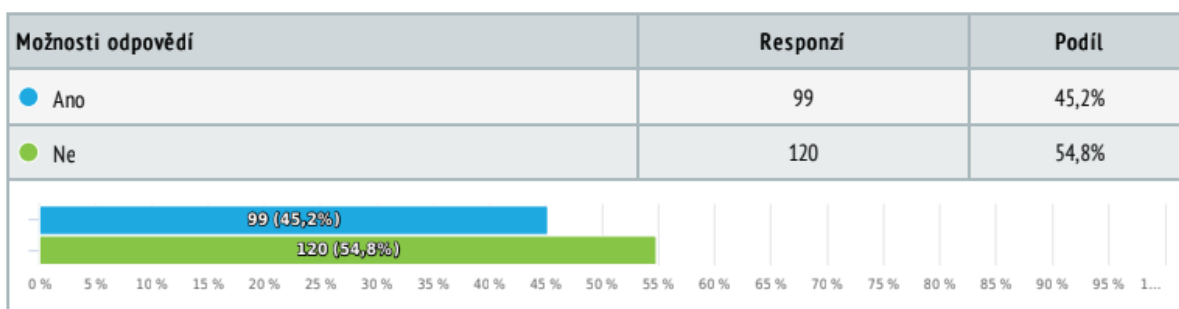


Drtivá většina²¹⁸ v počtu 187 respondentů (85,4 %) uvedla, že by byla nakloněna mimosoudní metodě řešení. Celkem 24 respondentů nemělo vyhraněný názor (11 %) a pouze 8²¹⁹ respondentů (3,7 %) by mimosoudní řešení neocenoilo. V rámci vyhodnocení těchto výsledků je nutno brát v potaz, že pro většinu respondentů toto byla hypotetická otázka a v případě skutečného sporu mohou rozhodovací proces ohledně formy řešení značně ovlivnit emoce. Výsledky osmé otázky však značí, že na straně pacientů je vůle řešit spory mimosoudně.

Z metod ADR bývá v povědomí široké veřejnosti známá alespoň mediace, přičemž se také jedná o institut aplikovatelný pro řešení sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem. Devátá otázka proto zkoumá, zda respondenti znají mediaci.

9 Znáte mimosoudní řešení ve formě mediace?

Výběr z možností, zodpovězeno 219 x, nezodpovězeno 0 x



²¹⁸ tzn. součet "rozhodně ano" a "spíše ano"

²¹⁹ tzn. součet "spíše ne" a "rozhodně ne"

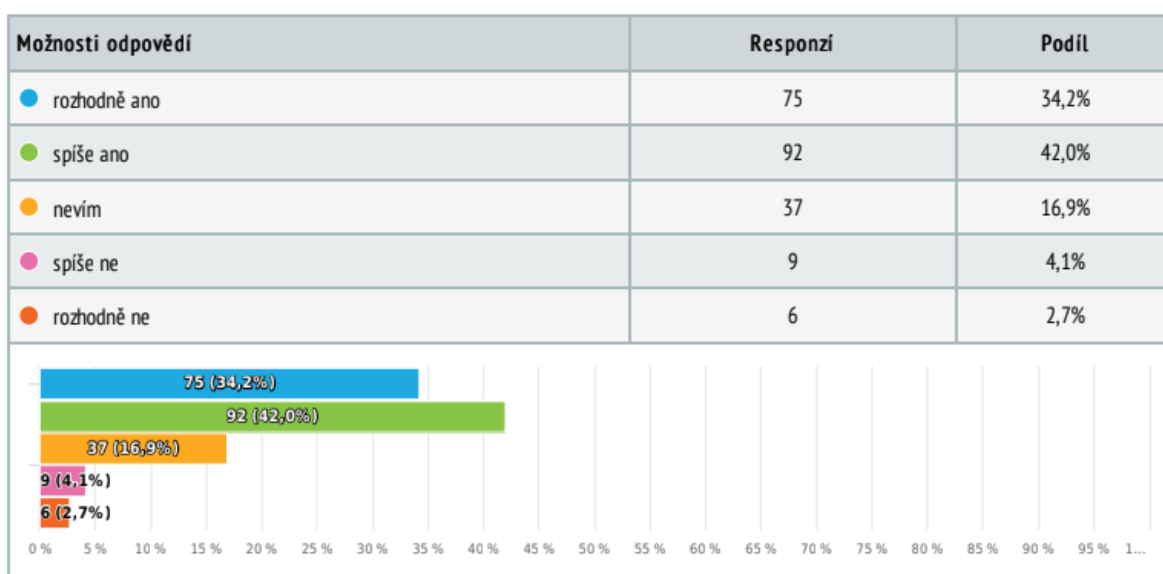
Dle výsledků těsná většina respondentů (54,8 %) mediaci nezná. Toto zjištění může mít svůj vliv na skutečnost, že se mediace ve sporech v oblasti zdravotnictví využívá spíše výjimečně, ačkoli legislativa tuto cestu umožňuje.

V dotazníku byl následně vložen slide, kde byl objasněn význam termínu mediace.

Po obeznámí s institutem mediace byl respondent v desáté otázce dotázán, zda by raději volil mediaci oproti litigaci.

10 Za předpokladu, že by došlo ke sporu s lékařem, volil/a byste raději mediaci oproti soudnímu řízení?

Výběr z možností, zodpovězeno 219 x, nezodpovězeno 0 x



Dle výsledků by 167²²⁰ respondentů (76 %) respondentů mediaci volilo raději než soudní řízení, oproti tomu ze zbývajících počtu 52 celkových respondentů pouze 15²²¹ z nich by mediaci nevyužilo (6,8 %). I výsledky této otázky potvrzují, že by pacienti byli nakloněni mimosoudnímu řešení.

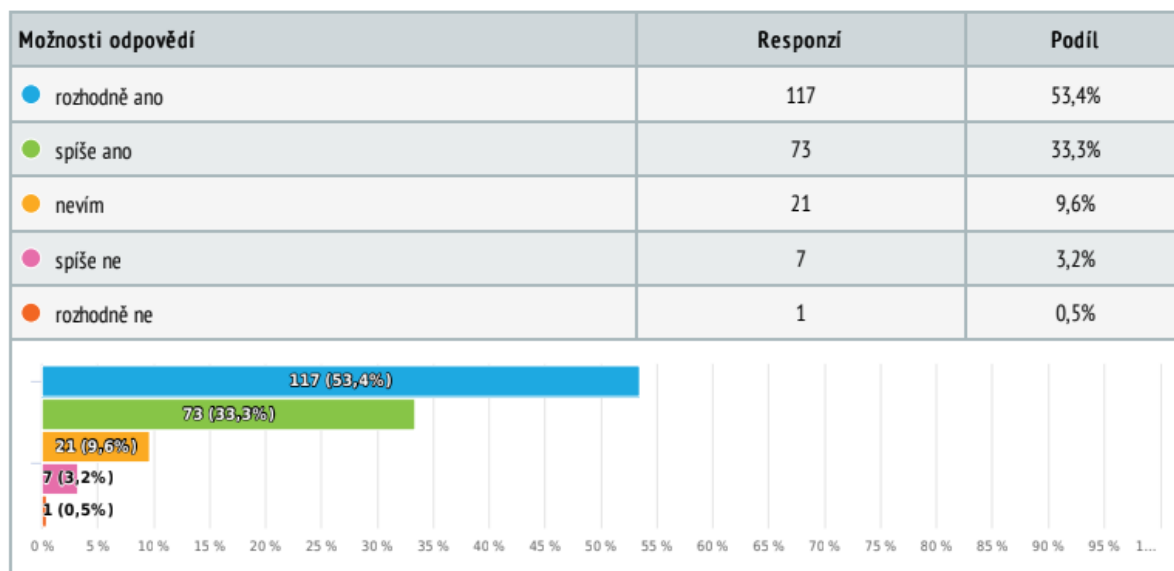
Vzhledem ke skutečnosti, že mediace pro většinu běžné populace není první formou řešení sporů, popřípadě o možnosti této formy řešení lidé ani neví, je nasnadě, že se bude potýkat s nedůvěrou. Důvěru by mohlo posílit právní zastoupení, na které směřuje v pořadí jedenáctá otázka.

²²⁰ tzn. součet "rozhodně ano" a "spíše ano"

²²¹ tzn. součet "spíše ne" a "rozhodně ne"

11 Byl/a byste si jistější, kdybyste byl/a zastoupen/a při mediaci advokátem?

Výběr z možností, zodpovězeno 219 x, nezodpovězeno 0 x

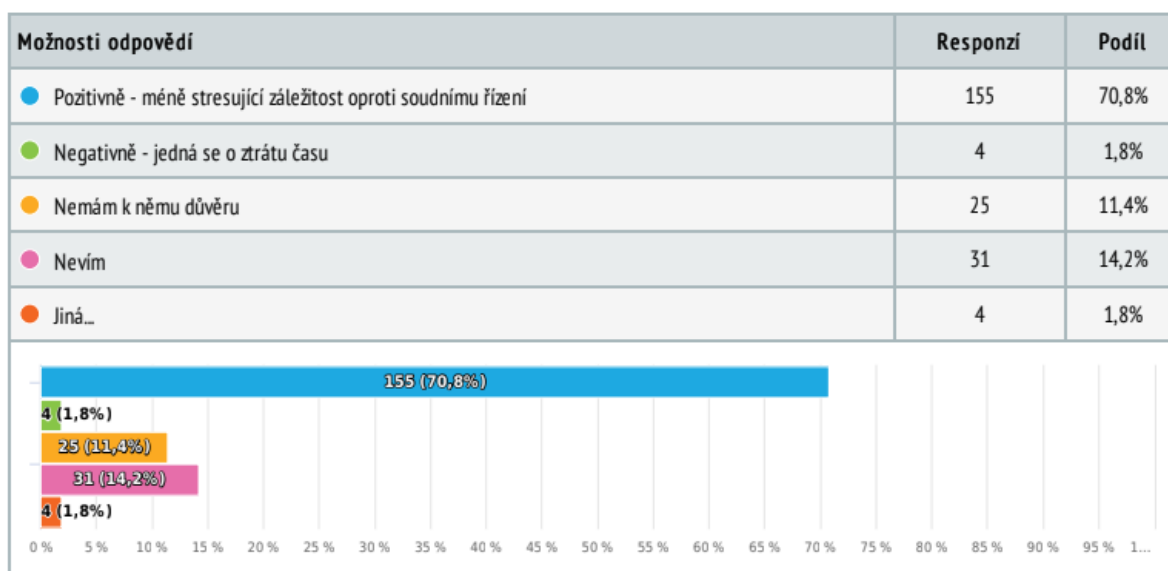


Výsledek, dle kterého 190 respondentů²²² (86,7 %) uvedlo, že by zastoupení advokátem zvýšilo jejich jistotu během mediace, potvrzuje výše zmíněnou domněnku. Ačkoli přítomnost právního zástupce zvyšuje jistotu pacientů, nelze tvrdit, že by – a případně v jaké míře – pacienti právní zastoupení při mediaci využili, neboť zadání otázky se orientovalo pouze na zvýšení jistoty.

Dvanáctá otázka zjišťovala, jak na pacienty mimosoudní řešení působí. Respondenti mohli využít ze čtyř nabízených možností nebo sdělit svůj vlastní názor.

12 Jak na Vás působí mimosoudní řešení?

Výběr z možností, zodpovězeno 219 x, nezodpovězeno 0 x



²²² tzn. součet "rozhodně ano" a "spíše ano"






I v této otázce drtivá většina respondentů uvedla směrem k mimosoudnímu řešení pozitivní reakci (70,8 %). Oproti tomu negativně se k němu vyjádřili pouze 4 respondenti (1,8 %). Jak bylo výše zmíněno, neznámé může u lidí vyvolávat nedůvěru, což potvrdilo 25 respondentů (11,4 %). Žádný názor uvedlo 31 respondentů (14,2 %). Respondenti, kteří zvolili “jinou” odpověď, převážně namítali, že záleží na typu sporu a postojích stran čili se nemohou paušálně rozhodnout pro některou z nabízených možností.

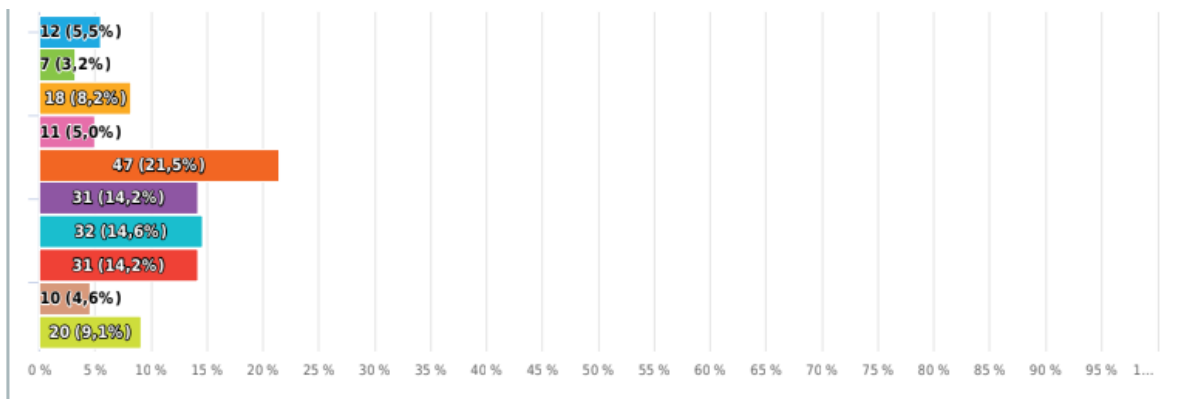
Poslední dvě otázky spočívaly v hodnocení hypotetické situace na škále od 1 do 10. Respondentovi byla ve třinácté otázce nastíněna následující situace: **Proběhlo táhlé, finančně nákladné a emočně vypjaté soudní řízení, které Vaše strana vyhrála.** Otázka zkoumala, do jaké míry jsou pacienti uspokojeni samotným vítězstvím, respektive jakou důležitost mají i další nedílné aspekty litigace, jako je vynaložený čas, finanční náklady a psychická pohoda. Odpověď respondenta spočívala v seřazení nabídnutých možností dle důležitosti.

13 Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (0 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 219 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 6,0/ 10

Odpověď	Responzí	Podíl
1/10 	12	5,5
2/10 	7	3,2
3/10 	18	8,2
4/10 	11	5,0
5/10 	47	21,5
6/10 	31	14,2
7/10 	32	14,6
8/10 	31	14,2
9/10 	10	4,6
10/10 	20	9,1



Respondenti na škále nejčastěji volili odpověď 5 (21,5 %), čili neutrální hodnocení. Pro tuto část respondentů vedlejší negativní aspekty jako čas, finance a energie vyvažují skutečnost, že by ve věci bylo rozhodnuto v jejich prospěch. U zbylých 172 respondentů převážilo buď samotné vítězství ve sporu (hodnocení 6-10 hvězd) či výše zmíněné negativní aspekty (hodnocení 1-4 hvězd). Celkem 124 respondentů situaci hodnotilo 6 a více hvězdami, což představuje 56,6 % z celkového počtu respondentů. Zbylých 48 respondentů (21,9 %) udělilo hodnocení 1-4 hvězdy. Respondenti uvedenou hypotetickou situaci posoudili průměrně hodnocením 6 z 10.

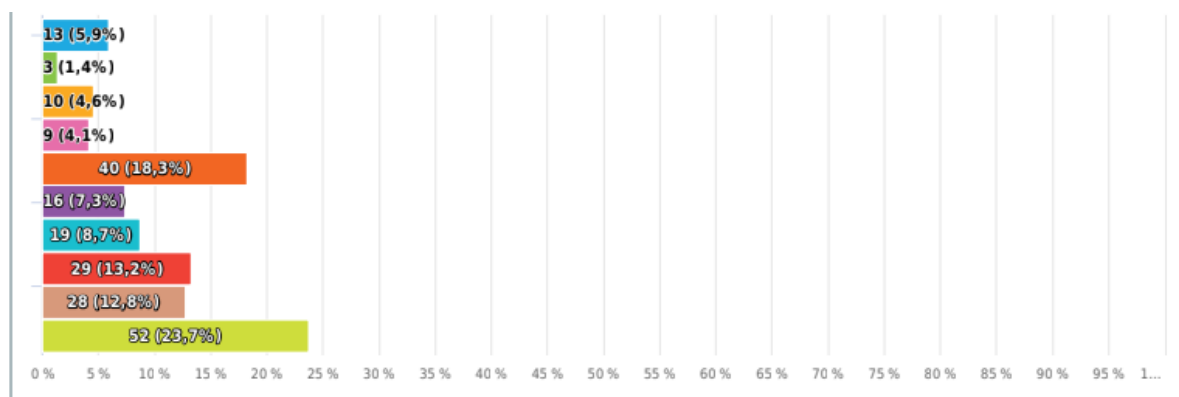
Poslední čtrnáctá otázka se zaměřuje na význam vysvětlení situace, jejích příčin a podstatných okolností pacientovi. Výsledky předchozích otázek ukázaly, že pacienti důkladnému vysvětlení přikládají značnou důležitost. Je-li vysvětlení natolik významné, že v jistých situacích může zažehnat spor, zkoumá poslední otázka, kde je nastíněna následující situace: **Vysvětlením příčiny konfliktu došlo k narovnání vztahu mezi lékařem a pacientem bez dalších právních důsledků (tzn. lékař mi podrobně vysvětlil, že to, co jsem vnímal jako nespravedlivé, mělo své rozumné opodstatnění. Chápu, že lékař nemohl jednat jinak).**

14 Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (0 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 219 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 6,9/ 10

Odpověď	Responzí	Podíl
1/10 ★☆☆☆☆☆☆☆☆	13	5,9
2/10 ★★☆☆☆☆☆☆	3	1,4
3/10 ★★★☆☆☆☆	10	4,6
4/10 ★★★★☆☆☆☆	9	4,1
5/10 ★★★★★☆☆	40	18,3
6/10 ★★★★★★☆☆	16	7,3
7/10 ★★★★★★★☆	19	8,7
8/10 ★★★★★★★★☆☆	29	13,2
9/10 ★★★★★★★★☆☆	28	12,8
10/10 ★★★★★★★★★★	52	23,7



Výsledek této otázky je poměrně zajímavý, neboť modus se nepohybuje ve středních hodnotách škály, ale je jím maximální hodnota 10. Tu zvolilo celkem 52 respondentů, což představuje 23,7 % respondentů. Průměrné hodnocení je však hodnota 6,9 z 10, což značí, že nezanedbatelná část respondentů řešení nepovažovala za úspěšné a vysvětlení pro ni tudíž není dostatečnou kompenzací vzniklé újmy.

Dotazník č. 2

Mimosoudní řešení občanskoprávních sporů mezi poskytovateli zdravotních služeb a pacienty **optikou lékařů**

Charakteristika dotazníku

Druhého dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 110 lékařů. Dotazník byl distribuován ve dvou nemocnicích a dále byl odkaz rozeslán prostřednictvím e-mailu 400 ambulantním lékařům. Výběr respondentů byl koncipován tak, aby byli reprezentováni zástupci napříč lékařskými obory, vykonávající povolání v různých regionech. Dotazník se skládá ze 18 otázek, přičemž u prvních 14 otázek respondent jako odpověď vybíral jednu nebo více z nabízených možností. V případě, že nabízený výběr odpovědí respondentovi nepostačoval, byla u některých otázek vložena možnost “jiná”, prostřednictvím které mohl respondent napsat vlastní odpověď. Poslední 4 otázky spočívaly v hodnocení hypotetické situace.

Vyhodnocení jednotlivých otázek

První otázka dotazníku zkoumala, ve které oblasti respondenti působí. Stejně jako u dotazníku pro pacienty, i zde je výčet zjednodušený a orientuje se pouze na základní kmen, nikoli všechny specializace.

1 Ve kterém oboru působíte?

Výběr z možností, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● Anesteziologie	2	1,8%
● Dermatovenerologie	5	4,5%
● Gynekologie / porodnictví	10	9,1%
● Hygiena/epidemiologie	0	0,0%
● Chirurgie	7	6,4%
● Interna	20	18,2%
● Kardiochirurgie	0	0,0%
● Maxilofaciální chirurgie	0	0,0%
● Neurochirurgie	0	0,0%
● Neurologie	4	3,6%
● Oftalmologie	1	0,9%
● Ortopedie	4	3,6%
● ORL	1	0,9%
● Patologie	3	2,7%
● Pediatrie	30	27,3%
● Psychiatrie	4	3,6%
● Radiologie	3	2,7%
● Urologie	5	4,5%
● Všeobecné praktické lékařství	6	5,5%
● Zubní lékařství	5	4,5%

Ačkoli byl dotazník distribuován zástupcům ve všech výše uvedených odvětvích, některé obory v dotazníkovém šetření zastoupeny nejsou (hygiena, kardiochirurgie, maxilofaciální chirurgie, neurochirurgie). Nejvíce respondentů tvoří pediatři (27,3 %) následovaní internisty (18,2 %) a gynekology (9,1 %). Hojná participace těchto odvětví v dotazníku je velmi přínosná, neboť se jedná o obory, kde ke sporům s pacienty často dochází.

Ve druhé otázce respondenti odpovídali, ve kterém kraji vykonávají povolání lékaře. V rámci oslovení respondentů jsem se též ve stejné míře obracela na lékaře působící ve všech regionech.

2 Ve kterém kraji vykonáváte povolání lékaře?

Výběr z možností, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x

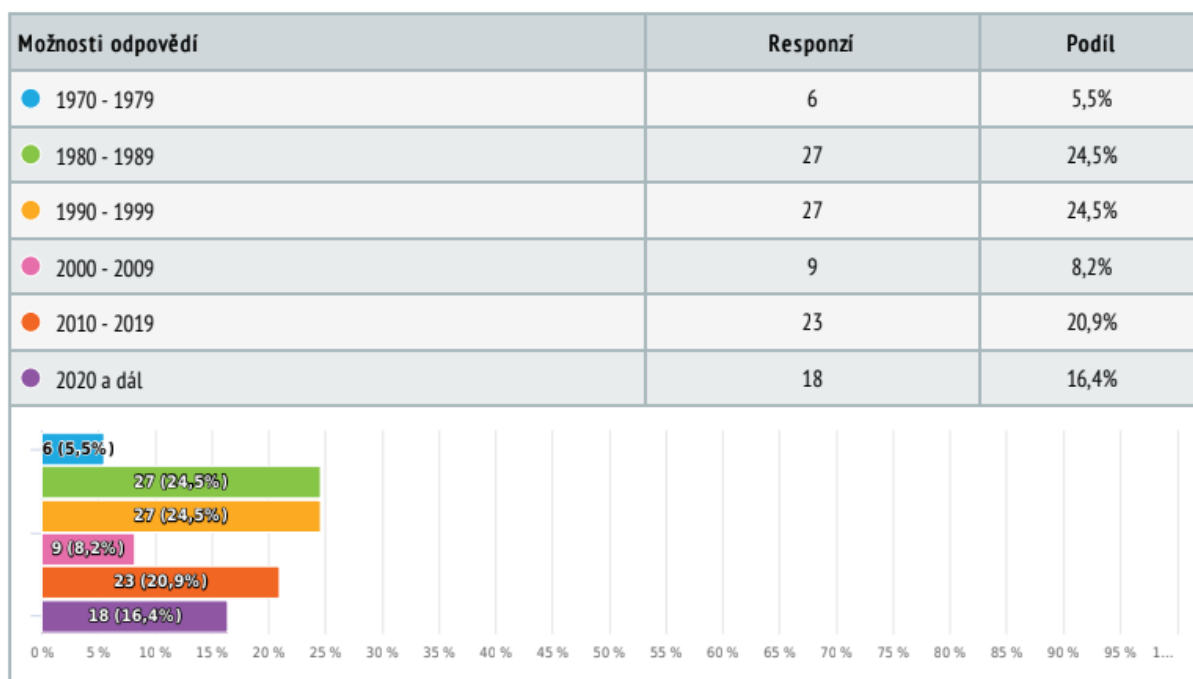
Možnosti odpovědí	Responzi	Podíl
● Hlavní město Praha	23	20,9%
● Jihočeský kraj	6	5,5%
● Jihomoravský kraj	28	25,5%
● Karlovarský kraj	3	2,7%
● Kraj Vysočina	6	5,5%
● Královéhradecký kraj	5	4,5%
● Liberecký kraj	3	2,7%
● Moravskoslezský kraj	9	8,2%
● Olomoucký kraj	4	3,6%
● Pardubický kraj	5	4,5%
● Plzeňský kraj	4	3,6%
● Středočeský kraj	6	5,5%
● Ústecký kraj	5	4,5%
● Zlínský kraj	3	2,7%

Nejvíce respondentů uvedlo, že pracuje v Jihomoravském kraji (25,5 %) a dále v hlavním městě Praze (20,9 %). Zastoupení jiných krajů je poměrně fragmentované. Otázka byla do dotazníku začleněna pro účely vyhodnocení ve spojení s jinými otázkami pomocí kontingenčních tabulek (např. jestli se v konfliktních situacích ocitají lékaři v hlavním městě či v jiných krajích stejnou měrou či nikoliv), avšak vzhledem k nedostatečnému zastoupení většiny krajů by údaje neodrážely skutečnost.

Třetí otázka zkoumala délku praxe v oboru, přičemž tento údaj taktéž indikuje přibližný věk lékaře.

3 Ve kterých letech jste začal/a vykonávat povolání lékaře?

Výběr z možností, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x

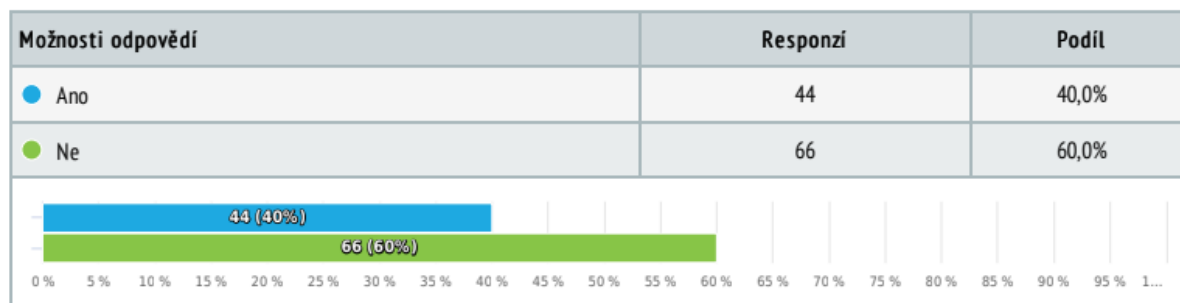


Nejvíce respondentů začalo vykonávat povolání lékaře v rozmezí let 1980-1989 a 1990-1999, čili největší zastoupení (tj. 49 % celkového počtu respondentů) mají lékaři s praxí 24 až 43 let v oboru a pravděpodobným věkovým rozmezím 49 až 68²²³ let. Údaje ohledně délky praxe dále využiji později ve spojení s jinými otázkami pomocí kontingenčních tabulek.

Čtvrtá otázka zkoumá zkušenost lékařů, zdali se ocitli v situaci, která vyeskalovala nebo mohla vyeskalovat v soudní spor.

4 Ocitl/a jste se někdy v situaci, kdy spor s pacientem vyeskaloval nebo mohl vyeskalovat v soudní spor?

Výběr z možností, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x



Většina respondentů (60 %) uvedla, že se v uvedené situaci neocitla. Pomocí kontingenčních tabulek jsem tuto otázku vyhodnotila ve spojitosti s otázkou č. 1, tedy oborem působnosti respondentů, a to za účelem zjištění, zdali se budou lišit zkušenosti se spory napříč jednotlivými

²²³ předpokládáme, že průměrně je lékaři při dokončení fakulty a nastoupení do prvního zaměstnání 25 let

kmeny. Z tabulky skutečně vyplynulo, že pro některé oblasti medicíny jsou spory typičtější než pro jiné. Ve vyhocené situaci, která potenciálně mohla vyeskalovat v soudní spor, se ocitlo 7 chirurgů z celkového počtu 7 respondentů-chirurgů (100 %). Obdobný spor zažili také 3 ze 4 neurologů (75 %) a 4 z 6 všeobecných lékařů (67 %). Naopak v této situaci se neocitl žádný z 5 zubařů ani žádný z 5 dermatovenerologů (obojí 0 %²²⁴).

Zkušenost s vyhoceným konfliktem jsem následně porovnávala i v kontextu s otázkou č. 2., která u respondentů zkoumala délku praxe v oboru.

	Ano	Ne	Celkem
1970 - 1979	2	4	6
1980 - 1989	8	19	27
1990 - 1999	12	15	27
2000 - 2009	7	2	9
2010 - 2019	12	11	23
2020 a dál	3	15	18
Celkem	44	66	110

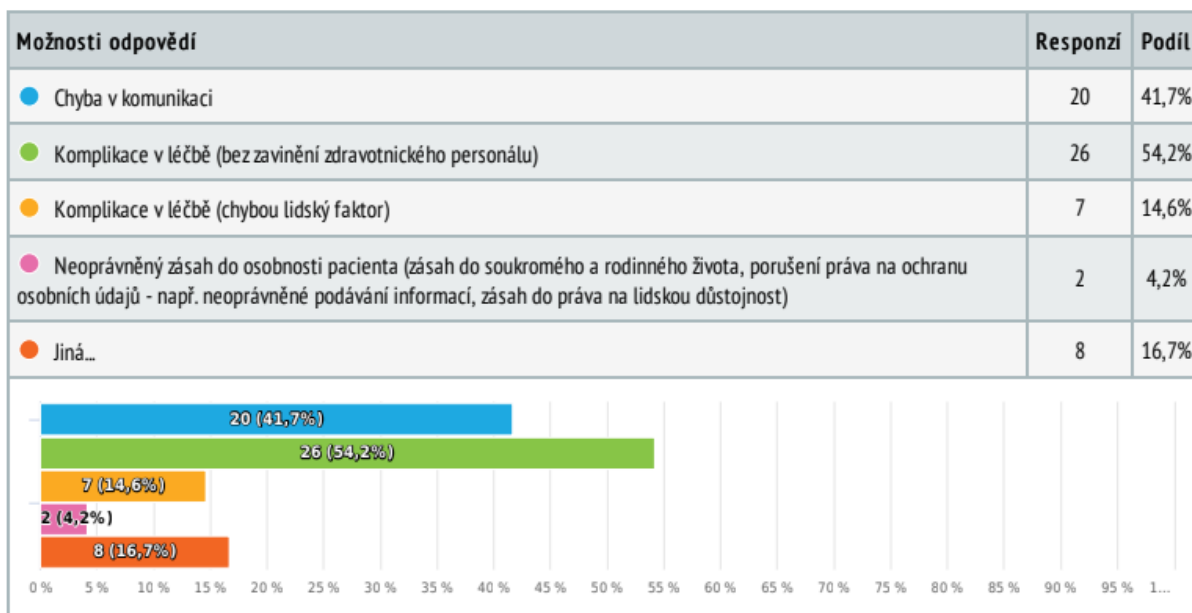
Není překvapivé, že lékaři s praxí do tří let se s vyostřenými spory spíše nasetkali. Odpověď “Ano” zadali pouze 3 z 18 respondentů (16,7 %). Odpověď “Ne” též značně převažuje u lékařů, kteří začali povolání vykonávat v letech 1970-1979 (situaci zažilo pouze 33,3 %) a v letech 1980-1989 (situaci zažilo pouze 29,6 %). Lékaři, kteří začali vykonávat povolání v následující dekádě, stále odpověděli většinou “Ne”, avšak současně vzrost i počet kladných odpovědí (situaci zažilo 44,4 %). U zbývajících dvou dekádách převažují kladné odpovědi – z lékařů, kteří začali vykonávat povolání mezi lety 2000-2009, odpovědělo “Ano” 7 z 9 respondentů (77,7 %) a u lékařů s počínající praxí v následující dekádě, tj. v rozmezí let 2010-2019, 12 z 23 (52 %).

Pátá otázka se zaměřovala na lékaře, kteří v předchozí otázce uvedli, že zažili situaci, která potenciálně mohla vyeskalovat v litigaci, a zjišťovala důvod, pro který spor vznikl. Z tohoto důvodu byla otázka dobrovolná a odpovědělo na ni 48 respondentů.

5 Pokud ano, co bylo příčinou?

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 48 x, nezodpovězeno 62 x

²²⁴ Ačkoli výsledná čísla jsou z poměrně nízkého počtu respondentů a sama o sobě je třeba brát je s rezervou, v kontextu všech tří dotazníkových šetření lze vyvodit, že u některých oborů je tendence sporů skutečně nižší (dermatovenerologie), u jiných vyšší (chirurgie)

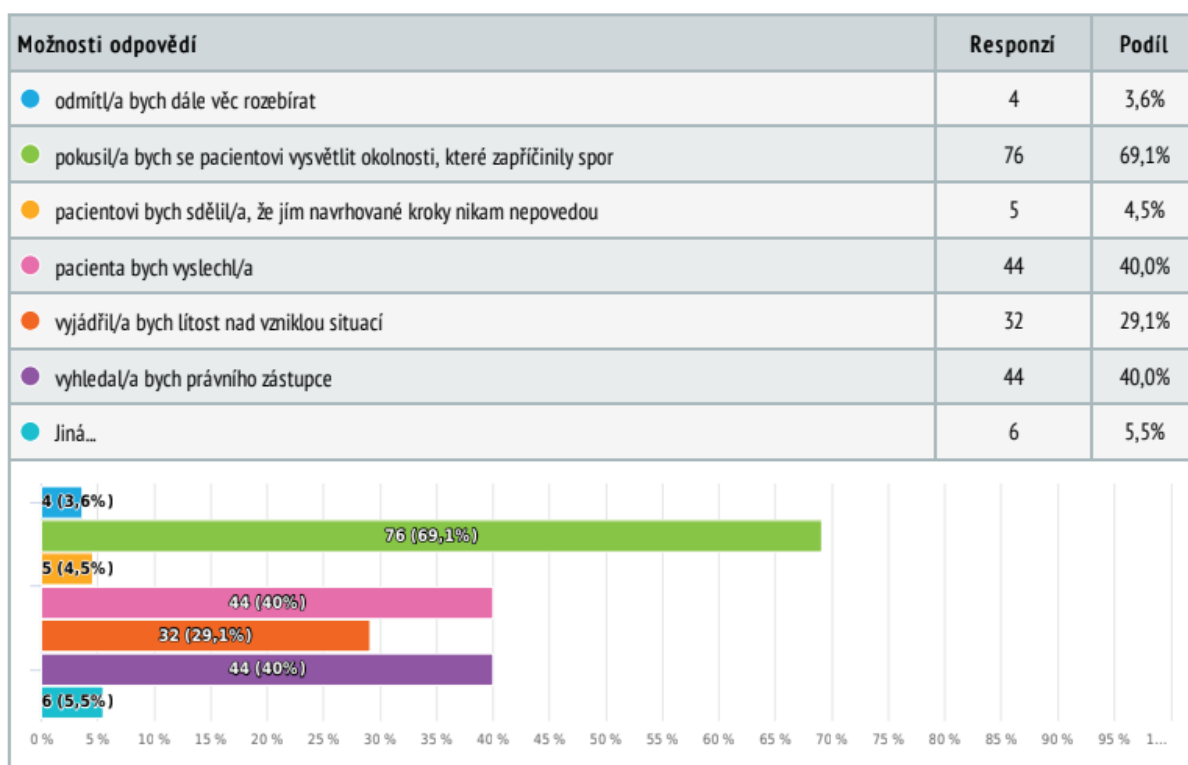


Respondenti nejčastěji odpovídali, že ke sporu došlo v důsledku komplikací v léčbě (54,2 %). Na druhém místě následovala odpověď, že spor zapříčinila chyba v komunikaci (41,7 %). Respondenti též využili možnosti vlastních odpovědí, kde se často opakovala témata jako zanedbání péče o děti a odlišný názor na léčebný postup. Stejná otázka se objevila v dotazníku pro pacienty, kteří označili za hlavní příčiny sporu lékařské pochybení (45,4 %) a následně neempatický přístup lékaře (33,3 %). Z výše uvedeného je zjevné, že pacienti a lékaři se neshodli na hlavní příčině sporu. Zatímco pacienti za příčinu označují lékařské pochybení, lékaři spatřují příčinu v komplikaci v léčbě bez lékařského pochybení.

Blok následujících 4 otázek mapoval reakce lékařů na různé konfliktní situace, ke kterým ve zdravotnictví dochází. V šesté otázce byla nastíněna situace, kdy pacient lékaři hrozí žalobou nebo medializací kauzy.

6 Co byste učinil/a, pokud by pacient hrozil žalobou nebo medializací?

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x

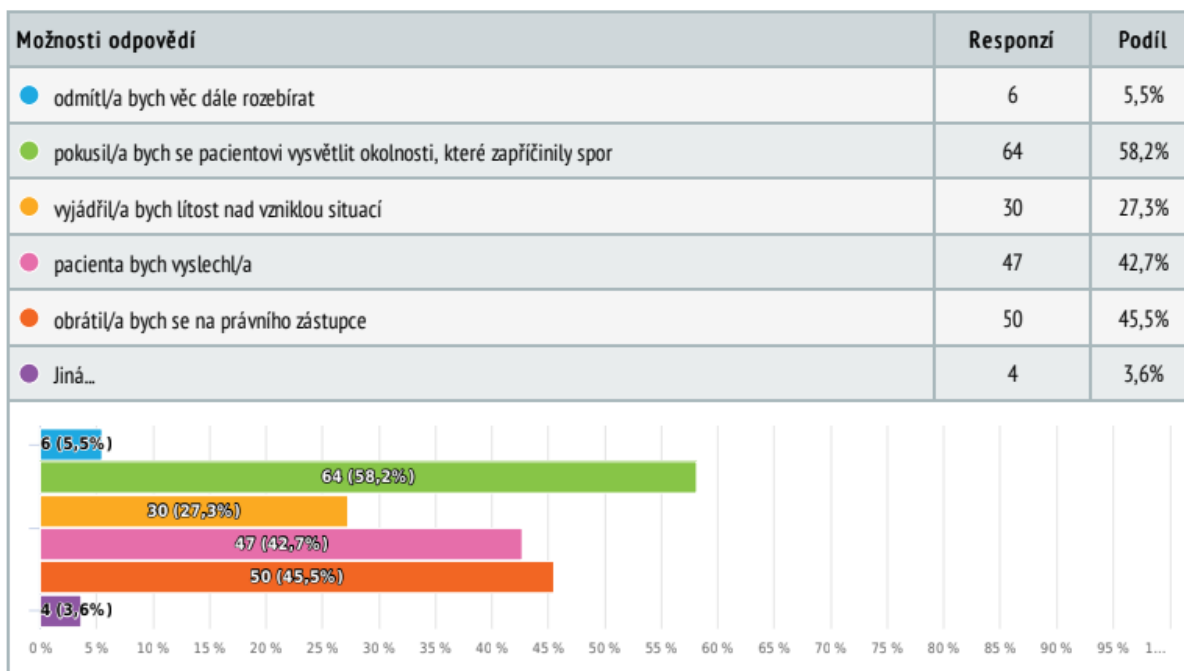


Nejvíce respondentů (69,1 %) uvedlo, že by se pacientovi pokusilo situaci vysvětlit. Jako další možnosti respondenti volili vyslechnutí pacienta (40 %) a vyhledání právního zástupce (40 %). Lékaři též vypisovali vlastní odpovědi, kde se objevilo kontaktování právního oddělení lékařské komory a v případě lékařů pracujících v nemocnicích právního oddělení či nemocničního ombudsmana.

Sedmá otázka zkoumala reakci lékařů na situaci, kdy potenciální spor vznikl v důsledku nežádoucích skutečností, které však nebyly zapříčiněny lékařským pochybením.

7 Co byste učinil/a, pokud by si pacient stěžoval na vzniklou újmu, ačkoli nebyla způsobená Vaším zaviněním?

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x

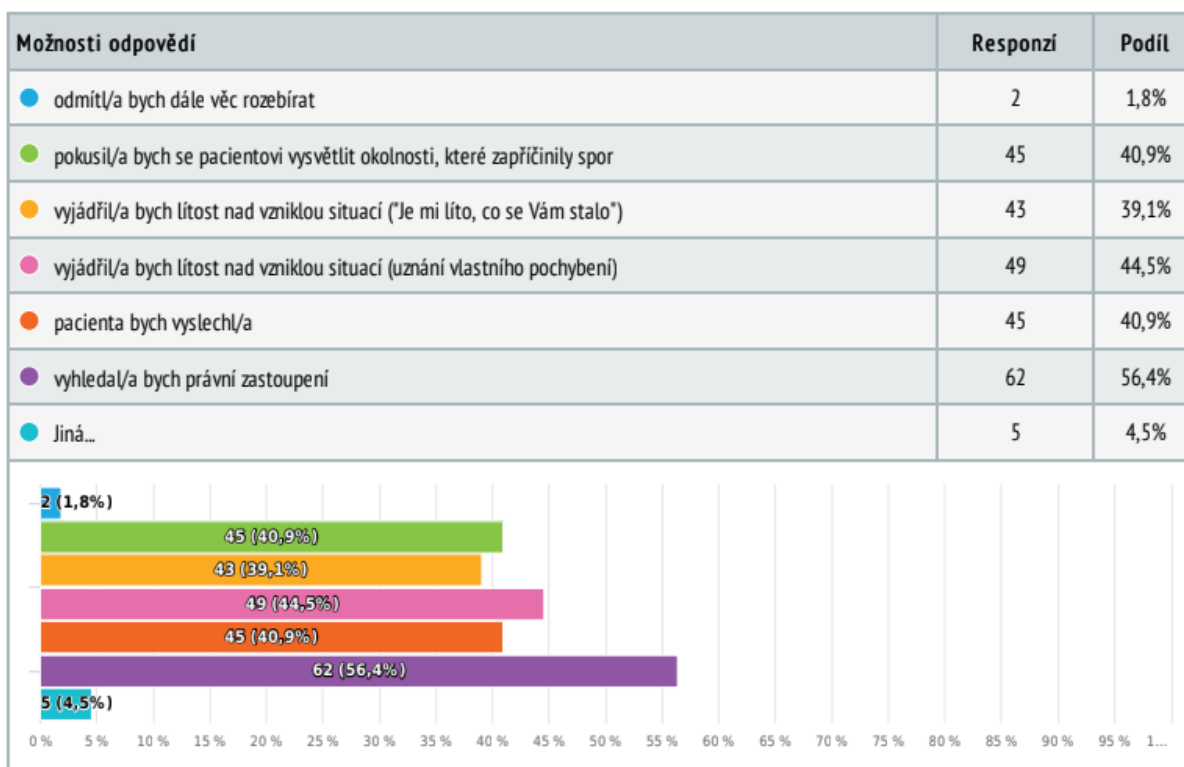


I v tomto případě respondenti na prvním místě, avšak s nižším počtem responzí, volili vysvětlení (58,2 %). Jako další v pořadí by se lékaři obrátili na právního zástupce (45,5 %) a pacienta vyslechl (42,7 %). Je zajímavé, že lékaři by často vyhledali právního zástupce, a to navzdory skutečnosti, že je pacient v této hypotetické situaci explicitně nekonfrontuje s žalobou. Ve vlastních odpovědích se opakovaly postupy jako v předchozí otázce, tedy kontaktování právního oddělení či nemocničního ombudsmana.

V osmé otázce respondenti uváděli, jak by jednali v situaci, kdy by pacientovi vznikla v důsledku jejich pochybení.

8 Co byste učinil/a, pokud by pacient utrpěl újmu v důsledku lékařského pochybení?

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x

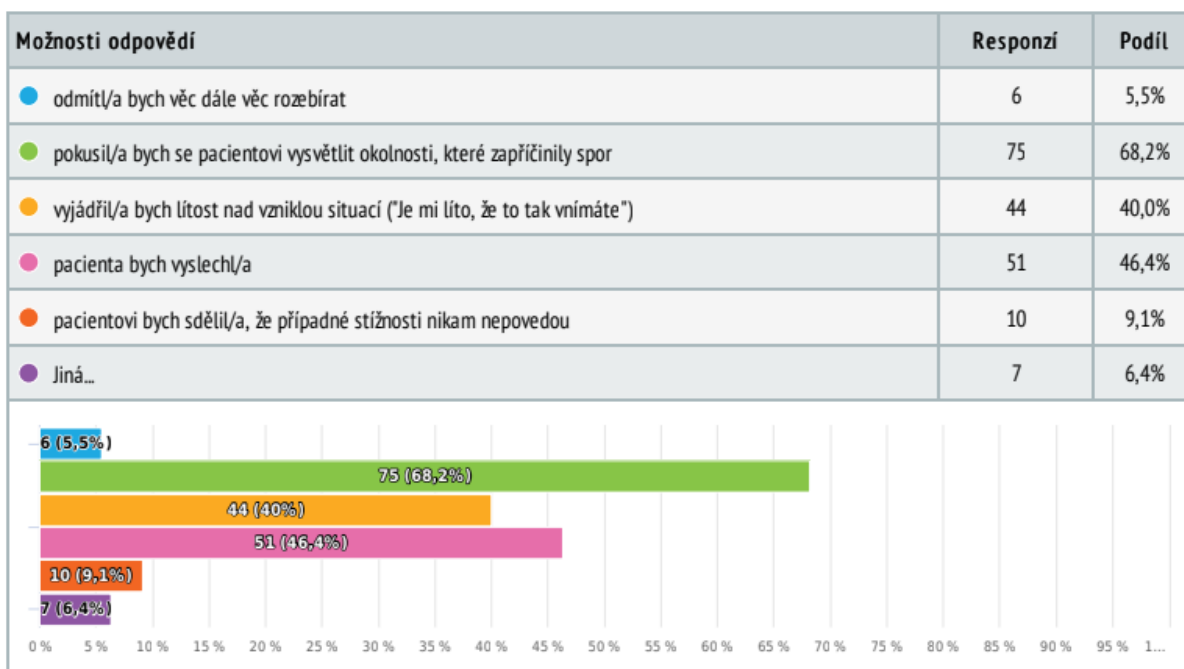


V tomto příkladě by lékaři poprvé jako první možnost vyhledali právního zástupce (56,4 %). Jako další možné varianty postupu respondenti uvedli stejným počtem hlasů vysvětlení situace pacientovi (40,9 %) a vyslyšení pacienta (40,9 %). V zadání byly formulovány dvě omluvy, přičemž první varianta spočívá v omluvě za vlastní pochybení, druhá je obecná formulace lítosti bez přiznání vlastního pochybení. Lékaři v případě vlastního pochybení častěji volili variantu, která pochybení přiznává (44,5 %). Konstatování lítosti nad vzniklou situací volili respondenti méně (30,1 %). V případě, že uvedené možnosti nezahrnovaly postup, který by respondenti chtěli zvolit, mohli lékaři uvést vlastní odpovědi. V těchto odpovědích lékaři uváděli, že by pochybení uznali za podmínky, pokud by bylo prokázané, a s pacientem by se vyrovnali po konzultování věci se zaměstnavatelem či odborníkem.

Poslední otázka z bloku, který zkoumal postup lékařů v konfliktních situacích, se dotazovala na reakci lékaře vůči stížnosti, že pacient neobdržel řádnou lékařskou péči.

9 Co byste učinil/a, kdyby si pacient stěžoval, že mu nebyla poskytnuta řádná lékařská péče, ačkoli byste si byl/a jistý/á, že postup byl de lege artis

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x

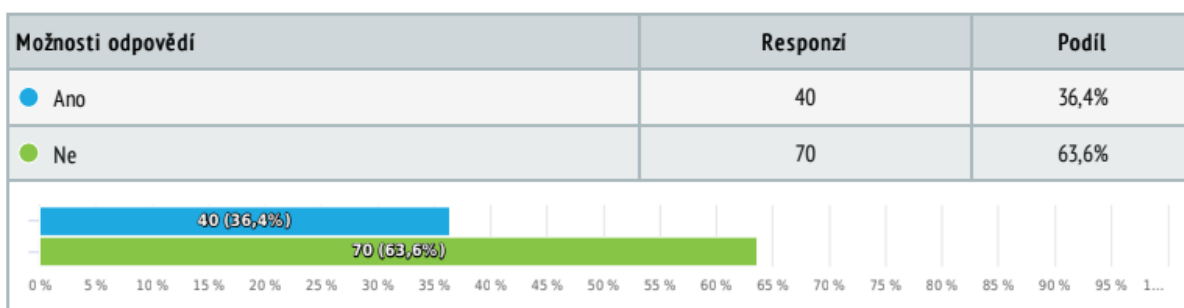


Drtivá většina respondentů uvedla, že by se situaci v první řadě pokusila pacientovi vysvětlit (68,2 %). Dalšími často zvolenými postupy bylo vyslechnutí pacienta (46,4 %) a vyjádření obecné lítosti nad vzniklou situací (40 %). Naopak postupy, že by lékaři odmítli věc dále rozebírat (5,5 %) či konstatování, že stížnosti nikam nepovedou (9,1 %), respondenti volili spíše minoritně. Ve vlastních odpovědích respondenti uváděli, že by kontaktovali vedoucího oddělení/kliniky či právního zástupce.

Desátá otázka zkoumala, zda jsou respondenti obeznámeni s mediací.

10 Znáte mimosoudní řešení formou mediace?

Výběr z možností, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x



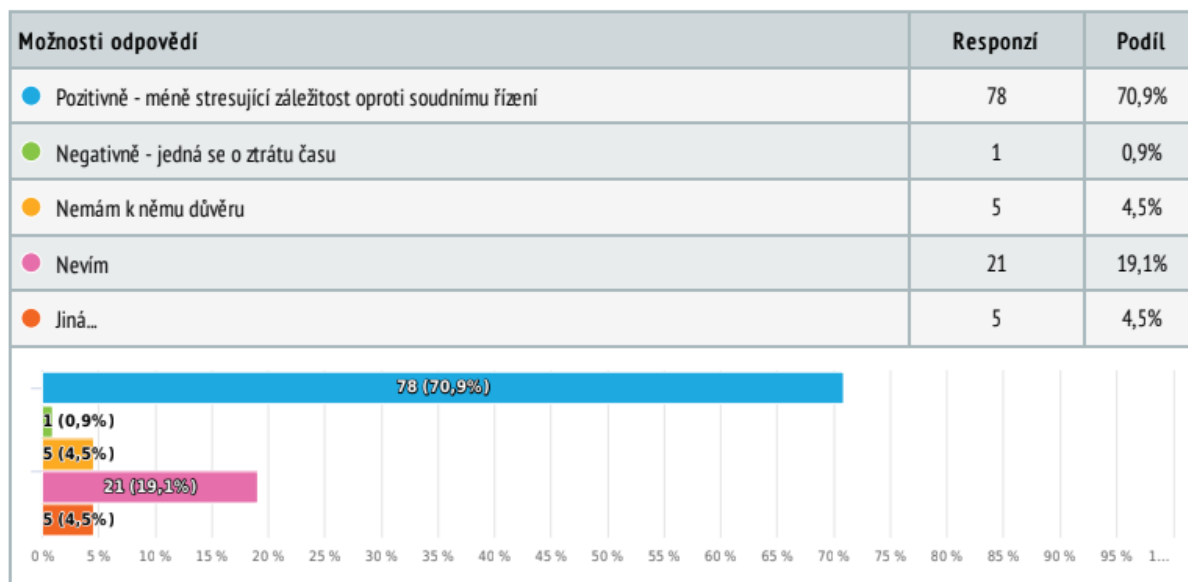
Celkem 63 % respondentů uvedlo, že mediaci neznají. V případě lékařů, kteří pracují v nemocnicích, povědomí o možnosti mediace není nutné, neboť případné občanskoprávní spory řeší zpravidla právní oddělení zaměstnavatele, avšak u lékařů, kteří jsou sami poskytovateli zdravotních služeb, je tato skutečnost ke škodě.

V dotazníku byl následně vložen slide, kde byl objasněn význam termínu mediace.

V jedenácté otázce respondenti stejně jako v prvním dotazníku pro pacienty odpovídají, jak na ně mimosoudní řešení působí.

11 Jak na Vás působí mimosoudní řešení?

Výběr z možností, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x

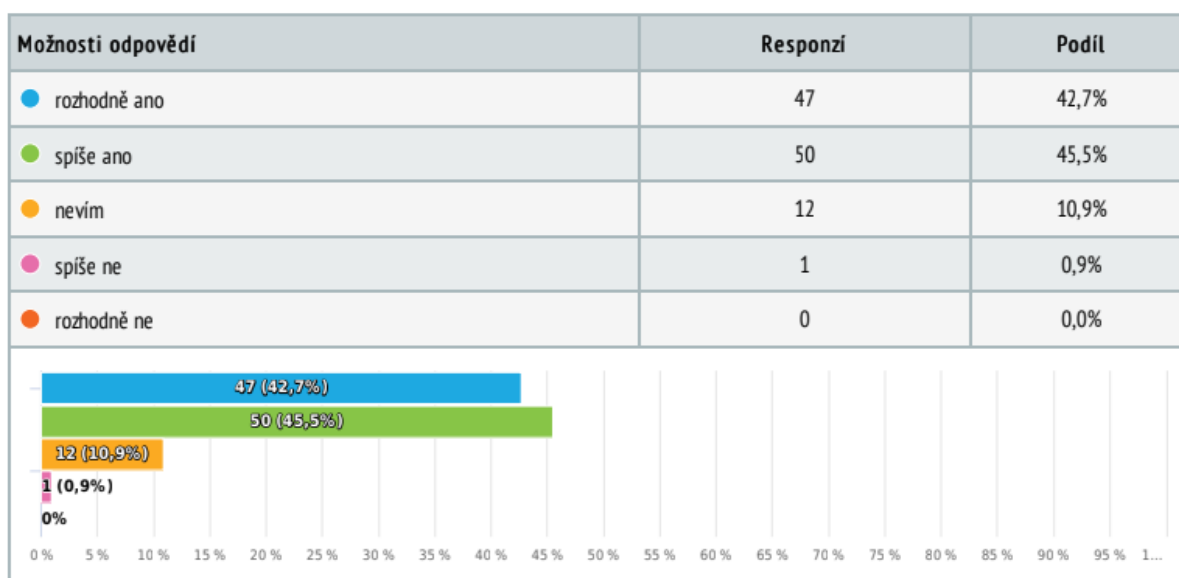


Naprostá většina (70,9 %) zvolila možnost, že na ně mimosoudní řešení působí pozitivně, oproti tomu pouhých 6,4 % respondentů uvedlo negativní zpětnou vazbu – ať již že se jedná o ztrátu času či nedostatek důvěry. Celkem 19,1 % lékařů uvedlo, že na mimosoudní řešení nemají názor. Několik respondentů sdělilo vlastní postoj. Zde lékaři uváděli, že záleží na povaze konfliktu a vůli účastníků. Vzhledem k velkému počtu lékařů, kteří vyjádřili pozitivní odezvu oproti lékařům, kteří se k mimosoudnímu řešení staví negativně, je zřejmé, že na straně lékařů je vůle vést spory s pacienty mimosoudně.

V následující otázce respondenti odpovídali, zda by ocenili, kdyby se spory s pacienty řešily nejprve mimosoudní cestou.

12 Ocenil/a byste, kdyby byl v ČR zavedený institut, který by řešil spory s pacienty nejprve mimosoudně? (např. pretrial screening, vyjednávání, ombudsman, mediace)

Výběr z možností, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x

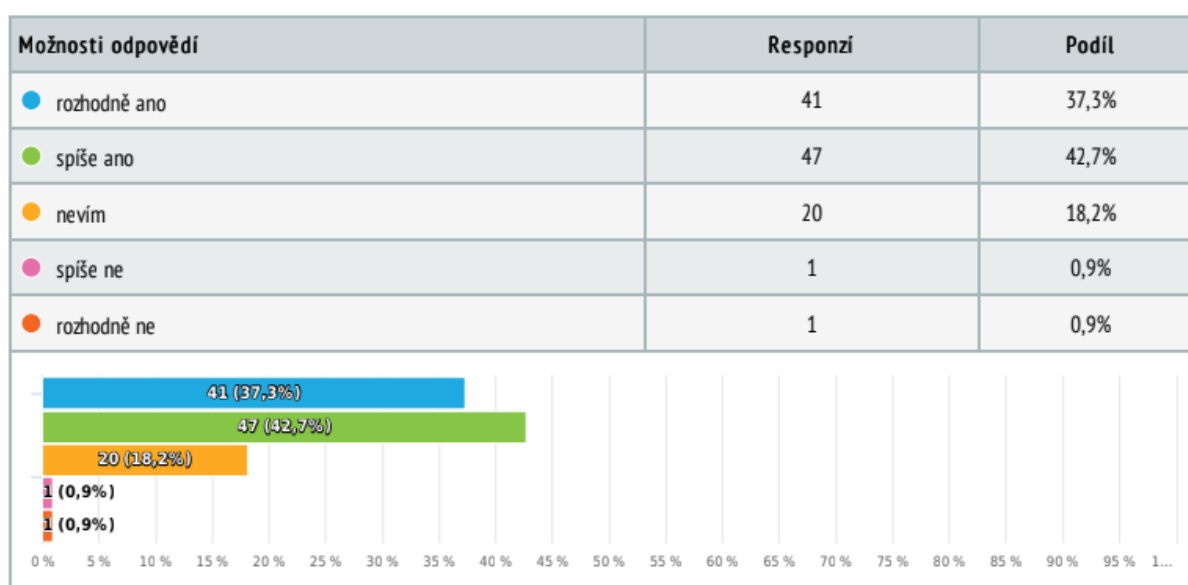


Z výsledků vyplývá, že mimosoudní řešení sporů s pacienty by ocenilo celkem 88,2²²⁵ % respondentů. Nevyhraněný názor uvedlo 10,9 % respondentů a spíše zamítavě se vyjádřil pouze 1 respondent.

Třináctá otázka respondenta staví před volbu způsobu, jakým by řešil spor s pacientem, respektive zda by raději zvolil mediaci oproti soudnímu řízení.

13 Za předpokladu, že by došlo na spor s pacientem, volil/a byste raději mediaci oproti soudnímu řízení?

Výběr z možností, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x



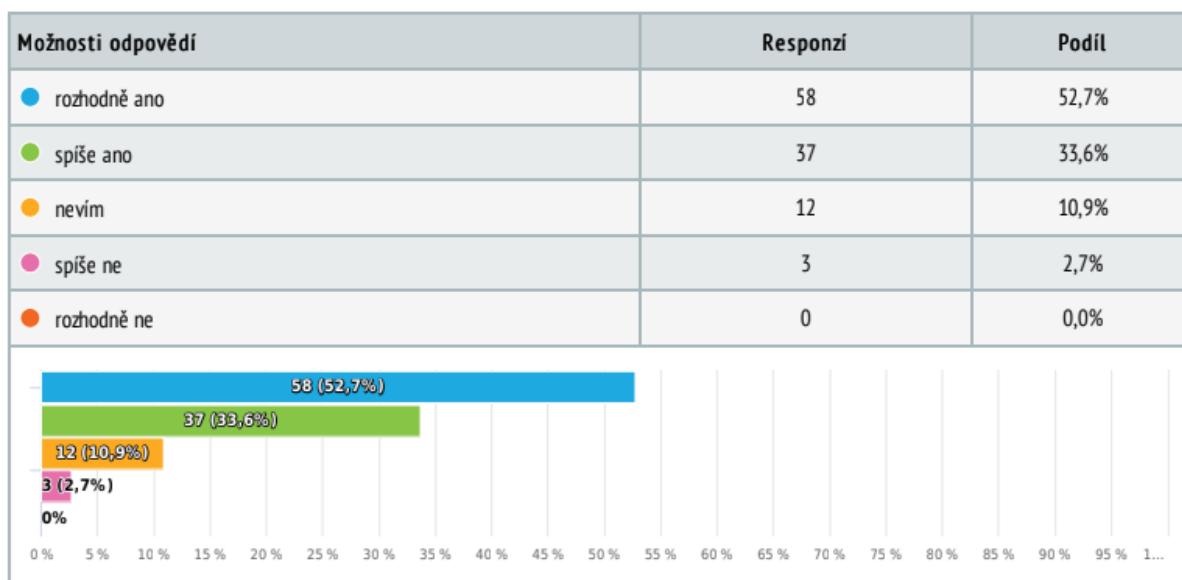
²²⁵ tzn. součet odpovědí "rozhodně ano" a "spíše ano"

Výsledky byly obdobné jako u předchozí otázky, avšak s větším zastoupením respondentů, kteří nevěděli, zda by raději volili mediaci oproti litigaci. Kladnou odpověď uvedlo 80²²⁶ % lékařů, čili o 8,2 % méně než v předešlé otázce, a odpověď “nevím” zvolilo celkem 18,2 % respondentů. Negativně se k mediaci postavili pouze 2 respondenti (1,8 %).

Čtrnáctá otázka zkoumala, zdali právní zastoupení advokátem zvyšuje jistotu lékařů při mediaci.

14 Byl/a byste si jistější, kdybyste byl/a zastoupen/a při mediaci advokátem?

Výběr z možností, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x



Celkem 86,3 % respondentů uvedlo, že by právní zastoupení zvýšilo jejich jistotu, přičemž většina zvolila možnost “rozhodně ano” (52,7 % z celkového počtu respondentů). Pouze 2,7 % lékařů uvedli, že by si právním zastoupením při mediaci jistější nebyli, a 10,9 % respondentů nevěděli, zda by zastoupení advokátem ovlivnilo jejich jistotu. Stejná otázka byla položena i druhé straně, která by se účastnila mediace, tedy pacientům. Ačkoli pacient představuje slabší stranu a nabízí se hypotéza, že v řadách pacientů bude vyšší počet respondentů, u kterých se jistota vlivem právního zastoupení zvýší, výsledky u lékařů i pacientů jsou však téměř identické. Jak je uvedeno výše, jistota se u lékařů vlivem právního zastoupení zvýší u 86,3 % lékařů, u pacientů je tomu tak u 86,7 % respondentů.

Patnáctou otázkou začíná blok otázek, kde respondenti hodnotí situace na škále od 1 do 10. První evaluace vycházela z následující situace: **Proběhlo mimosoudní řízení,**

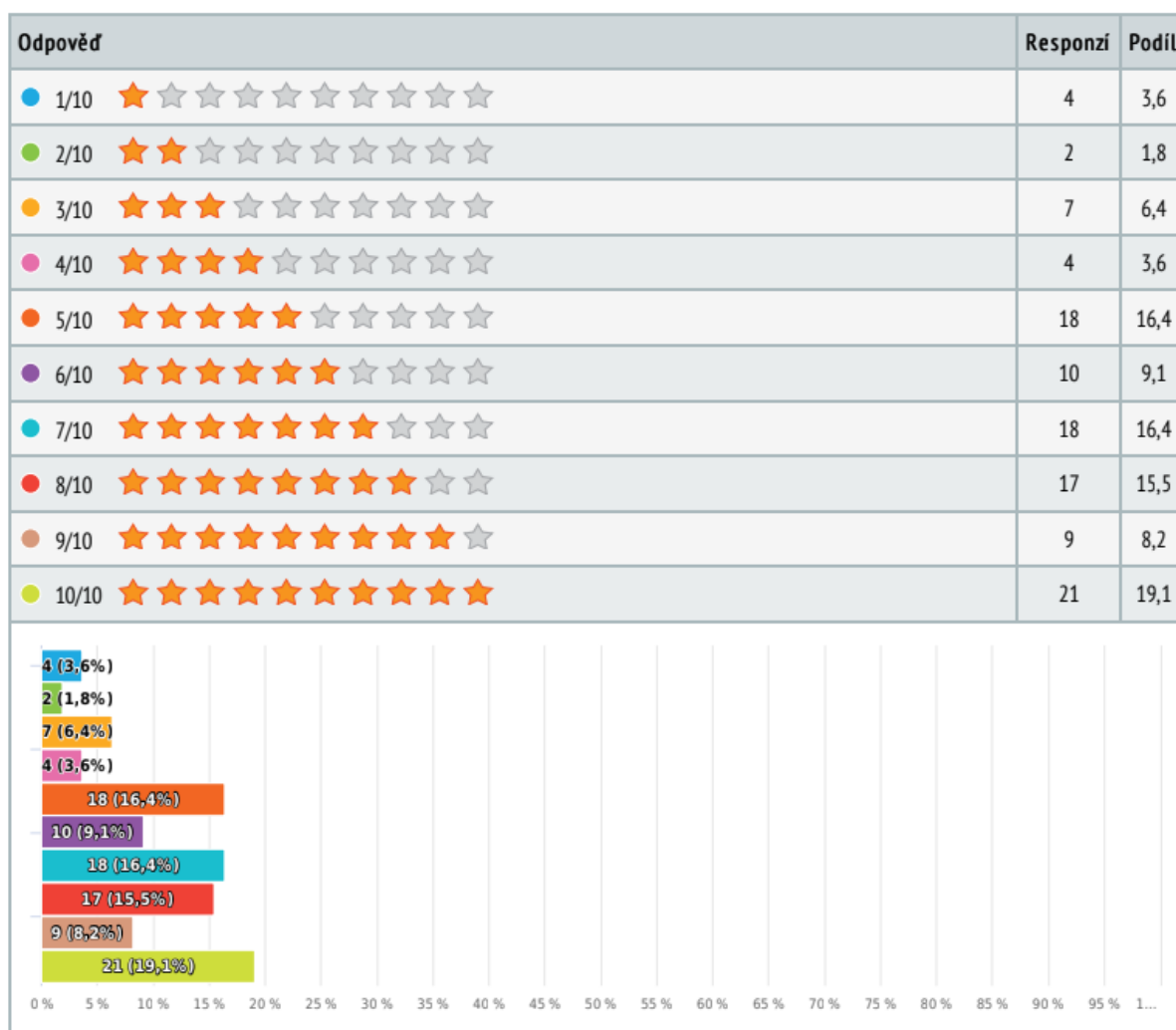
²²⁶ tzn. součet odpovědí "rozhodně ano" a "spíše ano"

na kterém byla s pacientem uzavřena dohoda, v níž se mu dostalo finanční kompenzace.
Vztah lékaře a pacienta je narovnaný.

15 Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (1 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 6,8/ 10



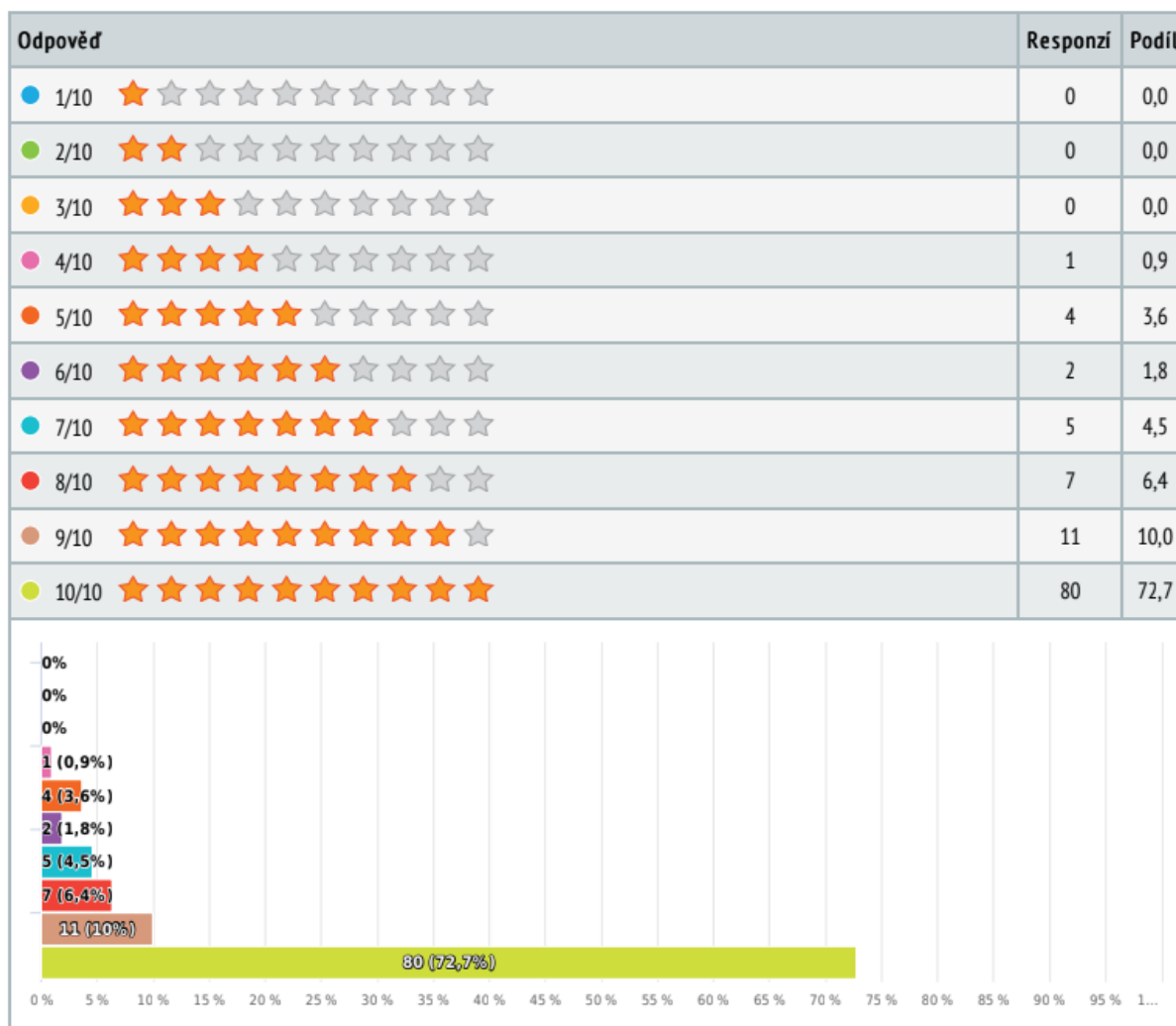
Lékaři nejčastěji volili hodnocení 10, tedy velmi úspěšně vyřešenou situaci. Pro tuto odpověď hlasovalo 19,1 % respondentů. Jako další časté odpovědi lékaři stejnou měrou uváděli hodnocení 5 a 7 (obojí 16,4 %). Pro zhodnocení výsledků bych porovnála počet respondentů, který hlasoval 1-4 hvězdy, tj. spíše neúspěšné, s počtem respondentů, který udělil 6-10 hvězd, tj. spíše úspěšné. Celkem 17 respondentů (15,4 %) situaci označilo za spíše neúspěšnou, oproti tomu 75 respondentů (68,3 %) situaci označilo za spíše úspěšnou. Autorka zde uvádí, že při zadávání otázky očekávala, že lékaři situaci ohodnotí více hvězdami, neboť z pohledu práva se objektivně jedná o velmi úspěšný scénář. Průměrné hodnocení však bylo 6,8 z 10.

Další zhodnocení situace bylo identické s otázkou uvedenou v dotazníku pro pacienty: **Vysvětlením příčiny konfliktu došlo k narovnání vztahu mezi lékařem a pacientem bez dalších právních důsledků (tzn. pacient díky vysvětlení lékaře pochopil, proč lékař jednal určitým způsobem, s tímto vysvětlením se spokojil a nepodniká žádné další kroky).**

16 Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (1 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 9,3/ 10



I zde lékaři nejčastěji volili hodnocení 10, a to drtivou většinou (72,7 %). Jednoznačný postoj lékařů lze ilustrovat porovnáním počtu responzí, které jsou spíše neúspěšné, tj. 1-4 hvězdy, neutrální, tj. 5 hvězd, a spíše úspěšné, tj. 6-10 hvězd. Jako spíše neúspěšnou situaci hodnotil pouze 1 respondent (0,9 %), neutrálních 5 hvězd udělili 4 respondenti (3,6 %) a zbylých 105 respondentů (95,4 %). Průměrné hodnocení otázky bylo 9,3 z 10. Připomeňme si výsledky

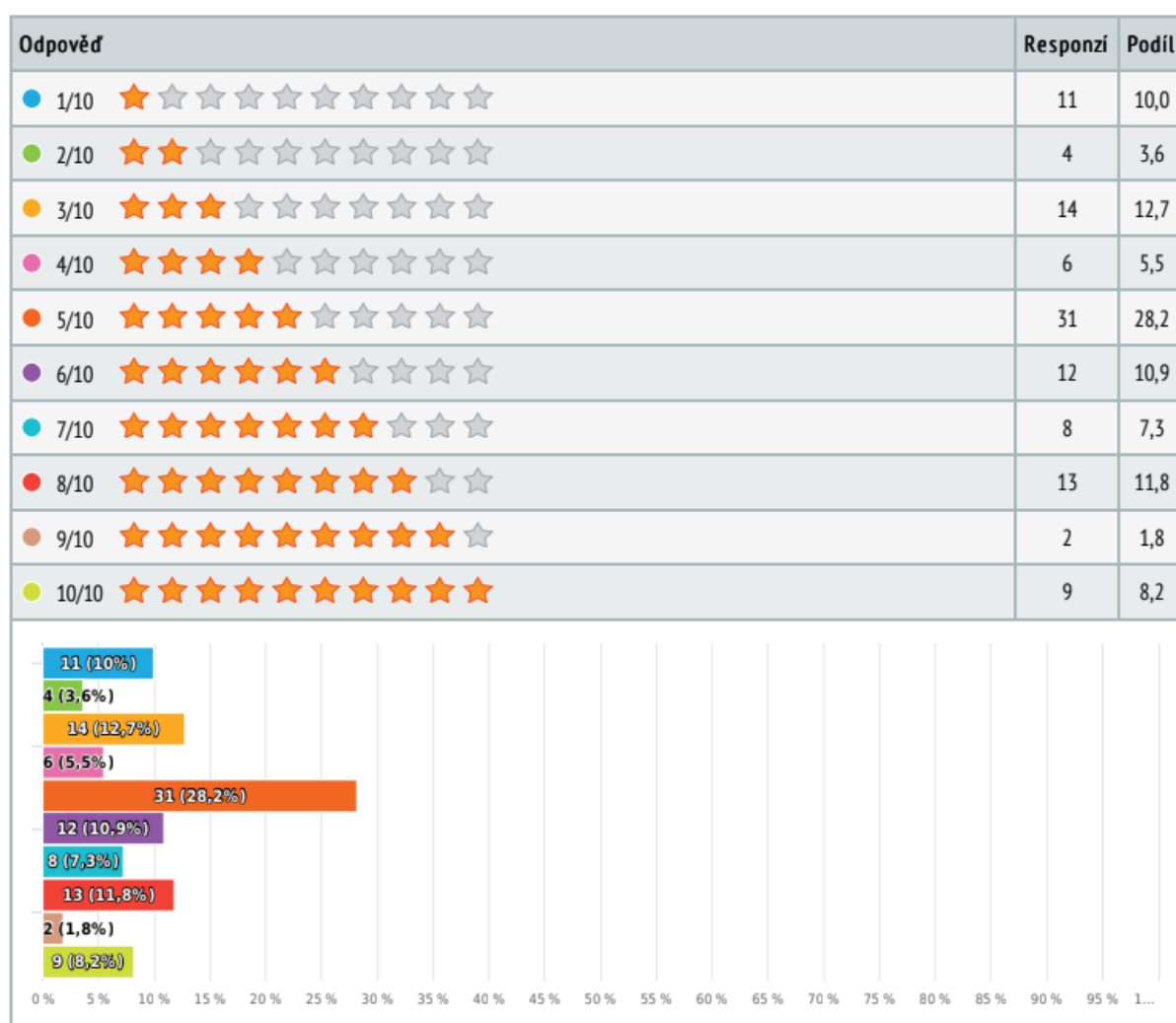
otázky u pacientů: “... situace byla pro 16 % respondentů vyřešena spíše neúspěšně. Oproti tomu 65,7 % respondentů považovalo situaci spíše za úspěšně vyřešenou.” Ačkoli u obou skupin převažuje nahlížení na situaci jako na spíše úspěšnou, u pacientů je míra uspokojení značně nižší.

Sedmnáctá otázka se též objevila v předchozím dotazníku. Lékaři byli stejně jako pacienti postaveni před hypotetickou situací, kdy: **Proběhlo táhlé, finančně nákladné a emočně vypjaté soudní řízení, které Vaše strana vyhrála.** Otázka zkoumala, do jaké míry se na výsledném hodnocení situace projeví možné negativní externality soudního řízení.

17 Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (1 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 5,3/ 10












Nejvíce respondentů uvedlo hodnocení 5, čili neutrální hodnotu (28,2 %). Hodnocení 6-10, tedy že situace je spíše úspěšně vyřešena, zvolilo celkem 44 lékařů (40 %). Za spíše neúspěšnou situaci hodnotilo na škále 1-4 celkem 35 lékařů (31,8 %). Průměrné hodnocení otázky činilo 5,3 hvězd z 10. Pro porovnání bych připomněla výsledky téže otázky u pacientů: “6 a více hvězdami hodnotilo 56,6 % z celkového počtu respondentů. Zbýlých 21,9 % udělilo hodnocení 1-4 hvězdy.” Ve srovnání s pacienty lze konstatovat, že lékaři kladou času, financím a emočnímu vypětí i za konečné vítězství ve sporu větší váhu než dotázaní pacienti.

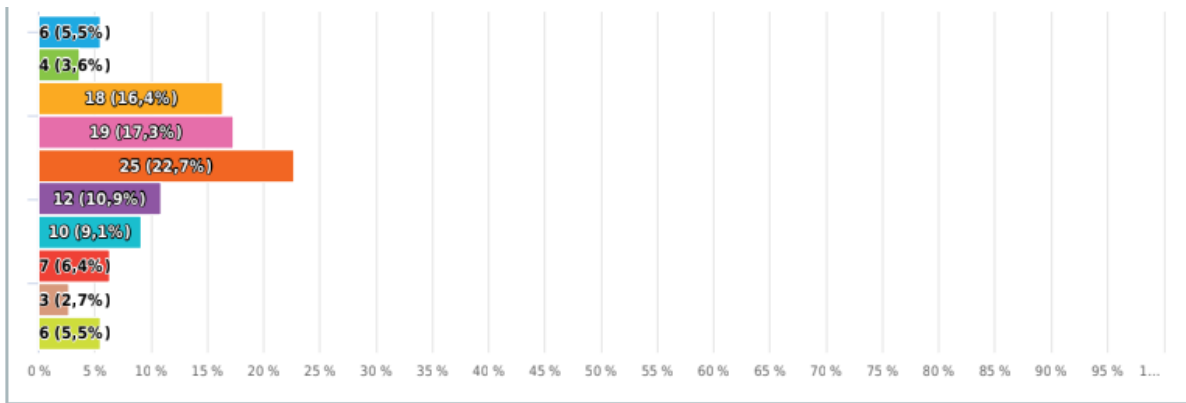
Poslední osmnáctá otázka zkoumala, nakolik je pro lékaře důležité zachování důvěrného vztahu s pacientem, respektive zdali situaci označí jako úspěšně vyřešenou, protože nemá pro lékaře právní následky. **Pacient stáhl žalobu/stížnost, avšak vztah mezi pacientem a lékařem zůstává narušený (tzn. spor “vyšuměl” a nezanechal žádné právní důsledky, ale pacient cítí, že mu byla způsobena újma).**

18 Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (1 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 110 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 5,0/ 10

Odpověď	Responzi	Podíl
1/10 	6	5,5
2/10 	4	3,6
3/10 	18	16,4
4/10 	19	17,3
5/10 	25	22,7
6/10 	12	10,9
7/10 	10	9,1
8/10 	7	6,4
9/10 	3	2,7
10/10 	6	5,5



Nejvíce hlasů získalo hodnocení číslo 5 (22,7 %). Za spíše neúspěšnou situaci označilo hodnocením 1-4 celkem 47 respondentů (42,8 %), oproti tomu jako spíše úspěšnou hodnotilo situaci na škále 6-10 celkem 38 respondentů (34,6 %). Průměrné hodnocení otázky činilo 5,0 hvězd z 10. Z výše uvedeného je patrné, že pro lékaře nepředstavuje absence právních následků v případě sporu s pacientem při narušení vzájemné důvěry úspěšně vyřešenou situaci.

Dotazník č. 3

Mimosoudní řešení občanskoprávních sporů mezi poskytovateli zdravotních služeb a pacienty **optikou právních oddělení**

Charakteristika dotazníku

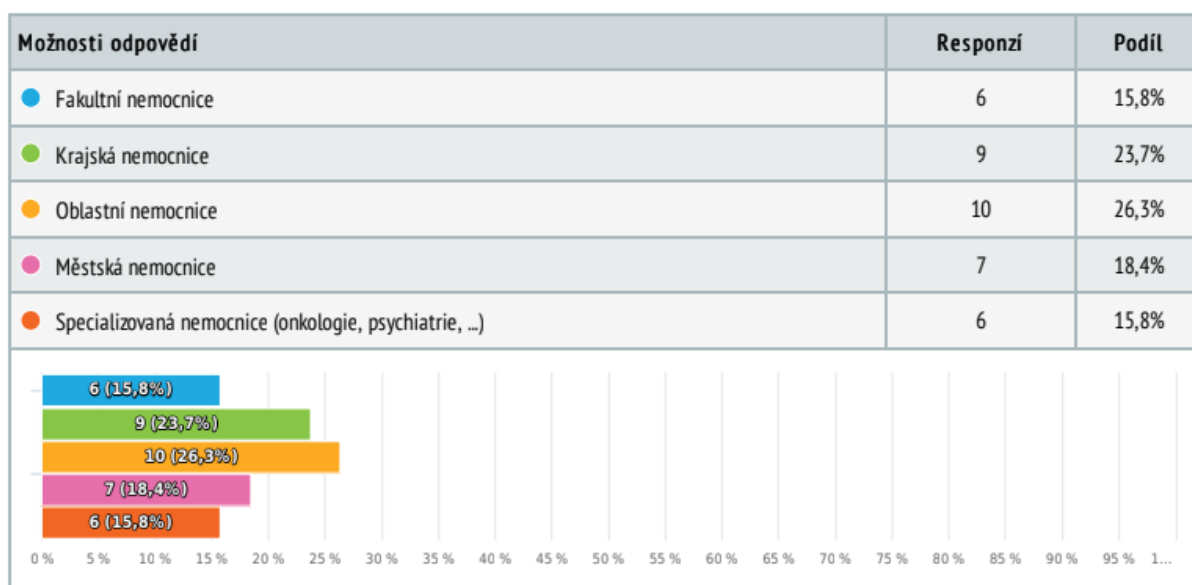
V posledním šetření bylo osloveno celkem 110 právních oddělení nemocnic. Na úvod je nutné uvést, že jisté nemocnice tvoří holdingy a právní oddělení působí pouze v ústředí (např. Krajská zdravotní, a.s.), což snižuje počet možných respondentů. Dalším faktorem, který redukoval počet možných respondentů, byla skutečnost, že menší oblastní nemocnice často postrádají právní oddělení nebo alespoň zaměstnance právníka. V případě právních potřeb pak tato zařízení využívají služeb externí advokátní kanceláře. Ačkoli na dotazník odpovědělo “pouze” 38 respondentů z celkového počtu 110, považují tento počet vzhledem k úzce vyhraněné skupině a výše uvedených úskalí za dostatečný.

Vyhodnocení jednotlivých otázek

První otázka dotazníku zkoumala, jakým typem nemocničního zařízení respondenti jsou.

1 Jakým typem je Vaše zařízení?

Výběr z možností, zodpovězeno 38 x, nezodpovězeno 0 x



Nejvíce respondentů pocházelo z řad oblastních nemocnic (26,3 %) a dále krajských nemocnic (23,7 %). Zastoupeny byly všechny druhy lůžkových zařízení, včetně fakultních nemocnic (15,8 %), městských nemocnic (18,4 %) a specializovaných nemocnic (15,8 %), které oficiálně netvoří jednu kategorii jako v tomto dotazníku, avšak vzhledem k nízkému počtu těchto

zařízení by z odpovědí mohlo být zjevné, o která konkrétní zařízení se jedná, a proto jsem specializované nemocnice sloučila do jedné skupiny. Tyto získané údaje ohledně typu zařízení posléze vyhodnotím v kontextu jiných otázek pomocí kontingenčních tabulek.

Druhá otázka zjišťovala kraj, ve kterém poskytovatel zdravotních služeb působí.

2 Ve kterém kraji působíte?

Výběr z možností, zodpovězeno 38 x, nezodpovězeno 0 x

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● Hlavní město Praha	6	15,8%
● Jihočeský kraj	2	5,3%
● Jihomoravský kraj	10	26,3%
● Karlovarský kraj	0	0,0%
● Kraj Vysočina	3	7,9%
● Královéhradecký kraj	2	5,3%
● Liberecký kraj	2	5,3%
● Moravskoslezský kraj	5	13,2%
● Olomoucký kraj	2	5,3%
● Pardubický kraj	0	0,0%
● Plzeňský kraj	1	2,6%
● Středočeský kraj	3	7,9%
● Ústecký kraj	0	0,0%
● Zlínský kraj	2	5,3%

Ačkoli byl dotazník distribuován do všech krajů, ne všechny regiony byly v dotazníkovém šetření zastoupeny. Respondenti chybí konkrétně z Karlovarského, Pardubického a Ústeckého kraje. Ostatní kraje své zastoupení sice mají, avšak počet respondentů je příliš malý na to, aby jím šlo charakterizovat kraj jako celek. Z tohoto důvodu nebudu zahrnovat otázku č. 2 do vyhodnocení pomocí kontingenčních tabulek.

Ve třetí otázce respondenti odpovídali, ve kterých oblastech medicíny registrují nejvíce sporů.

3 Ve kterých oborech často zaznamenáváte spory?

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 38 x, nezodpovězeno 0 x

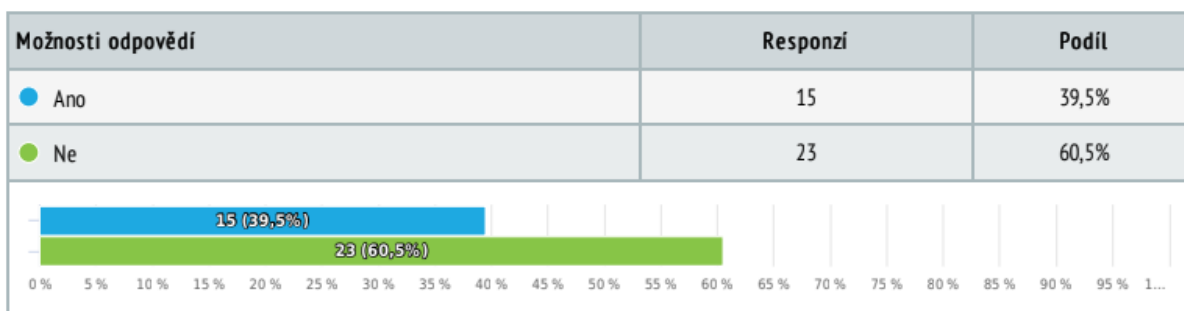
Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● Anesteziologie	1	2,6%
● Dermatovenerologie	0	0,0%
● Gynekologie/porodnictví	17	44,7%
● Hygiena/epidemiologie	0	0,0%
● Chirurgie	26	68,4%
● Interna	14	36,8%
● Kardiochirurgie	0	0,0%
● Maxilofaciální chirurgie	0	0,0%
● Neurochirurgie	1	2,6%
● Neurologie	4	10,5%
● Oftalmologie	0	0,0%
● Ortopedie	12	31,6%
● ORL	1	2,6%
● Patologie	0	0,0%
● Pediatrie	2	5,3%
● Psychiatrie	5	13,2%
● Radiologie	0	0,0%
● Urologie	2	5,3%
● Všeobecné praktické lékařství	1	2,6%

Právní oddělení nemocnic za oblast s vysokým počtem sporů označila na první místě chirurgii (68,4 %), dále gynekologii/porodnictví (44,7 %) a internu (36,8 %). Poměrně velké množství responzí obdržela i ortopedie (31,6 %). Naopak žádný z respondentů nehlasoval pro dermatovenerologii, hygienu, kardiochirurgii, maxilofaciální chirurgii, oftalmologii, patologii a radiologii. Téma sporů spjatých s určitými medicínskými odvětvími se objevilo i v předchozích dvou šetřeních, přičemž výsledky těchto šetření se hodí v kontextu této otázky připomenout. V dotazníku pro lékaře dokonce všichni chirurgové, kteří se zúčastnili šetření, uvedli, že ocitli v situaci, která vyeskalovala nebo mohla vyeskalovat v soudní spor. V dotazníku pro pacienty respondenti za odvětví medicíny, ve kterých zažili spor, označovali nejvíce internu (21 %), dále gynekologii (18,3 %) a chirurgii (16,5 %). Ačkoli uvedené hodnoty pacientů procentuálně nesedí s hodnotami právních oddělení, na skutečnosti, které obory jsou na pomyslných “předních příčkách”, pacienti, právníci (potažmo i lékaři) nacházejí shodu.

Stále více nemocnic zřizuje funkci nemocničního ombudsmana, jehož hlavní náplní práce je šetřit stížnosti a podněty. Osoba ombudsmana sama o sobě ve většině nemocnic neinicuje mimosoudní proces, nicméně objasňuje vzniklá nedorozumění či šetří a vyhodnocuje stížnostní události a může tak působit jako prevence soudních sporů.

4 Máte zřízenou funkci nemocničního ombudsmana?

Výběr z možností, zodpovězeno 38 x, nezodpovězeno 0 x

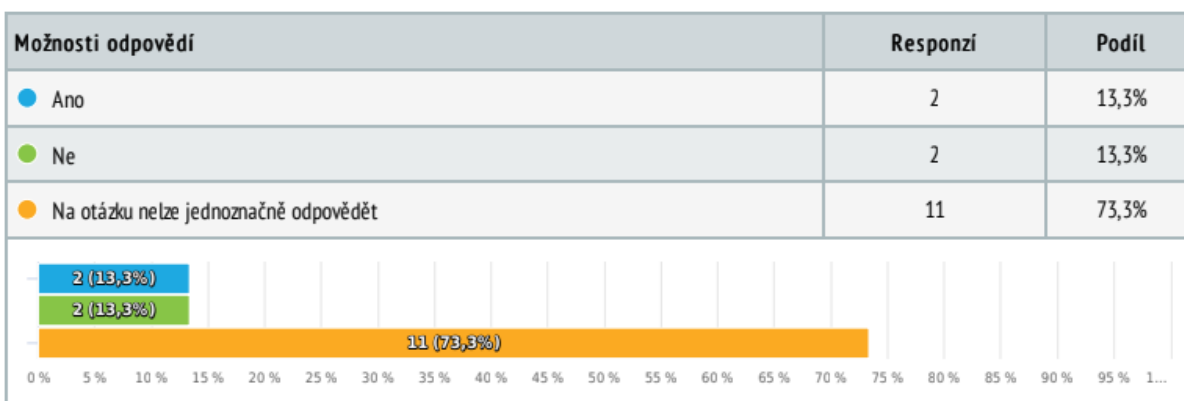


Většina respondentů (60,5 %) uvedla, že zřízenou funkci ombudsmana nemá.

Pátá otázka navazovala na předchozí zadání a byla určena pro respondenty, kteří odpověděli, že mají zřízenou funkci nemocničního ombudsmana.

5 Pokud ano, zaznamenali jste úbytek soudních sporů?

Výběr z možností, zodpovězeno 15 x, nezodpovězeno 23 x

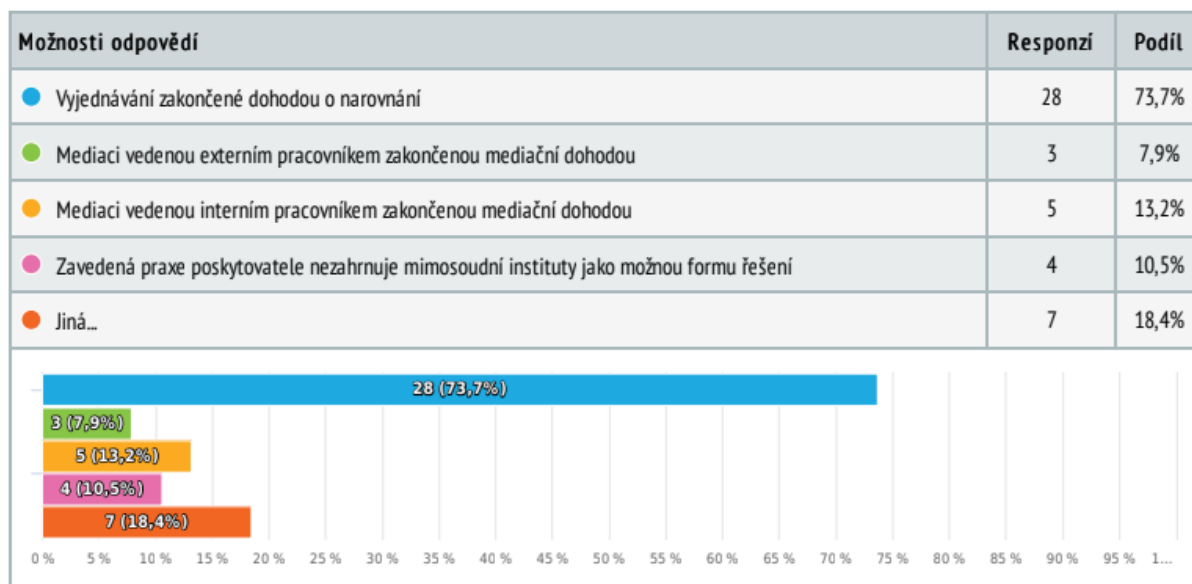


Drtivá většina (73,3 %) uvedla, že na otázku nelze jednoznačně odpovědět. K úbytku soudních sporů v zařízeních s nemocničním ombudsmanem došlo u 2 respondentů (13,3 %), u dalších 2 nikoli (13,3 %). Vyhodnocení odpovědí je tudíž zcela neprůkazné, přičemž této skutečnosti nahrává i malý počet respondentů.

Šestá otázka se zaměřovala na metody mimosoudního řešení, které nemocnice ve své praxi aplikují.

6 Jaké metody mimosoudního řízení umožňujete?

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 38 x, nezodpovězeno 0 x

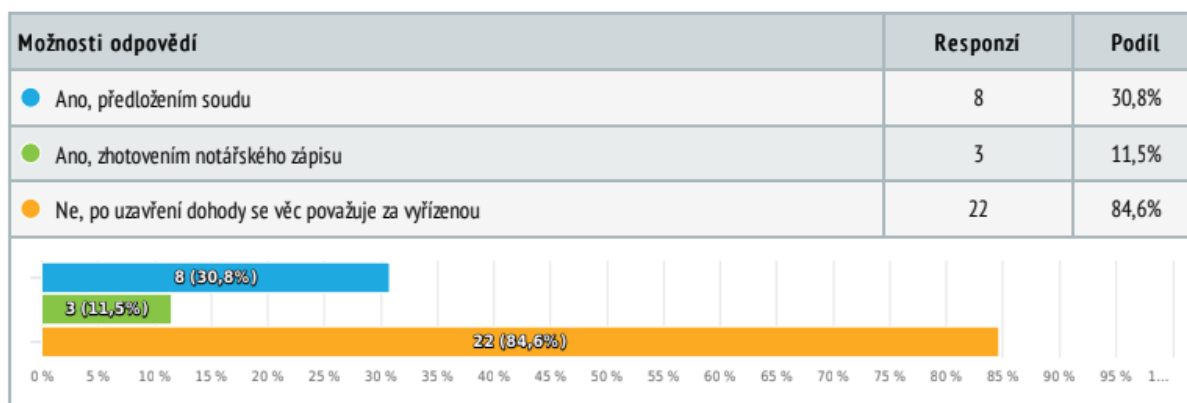


Pouze 10,5 % respondentů uvedlo, že při řešení sporů neaplikují mimosoudní řešení, zbylých 89,5 % respondentů alespoň jednu metodu mimosoudního řešení do své praxe zahrnuje. Za nejčastější formou mimosoudního řešení právní oddělení volila vyjednávání (73,7 %). Další v pořadí byla z nabízených možností nejčastěji uvedena mediace, a to vedená interním pracovníkem (13,2 %), s o něco menším počtem hlasů pak mediace vedená externím pracovníkem (7,9 %). Respondenti měli možnost uvést vlastní odpovědi, kde se opakovalo téma stížnostních mechanismů, tedy ústní či písemné projednání stížnosti.

Sedmá otázka zkoumala, zda poskytovatelé zdravotních služeb nechávají mediační dohody či dohody o narovnání potvrzovat, aby byly přímo vykonatelné. Otázka tedy směřovala pouze na ty respondenty, kteří v předchozí otázce uvedli, že umožňují mimosoudní řešení formou mediace či vyjednávání.

7 Pokud umožňuje uzavření dohody s pacientem, potvrzujete jí, aby byla přímo vykonatelná?

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 26 x, nezodpovězeno 12 x

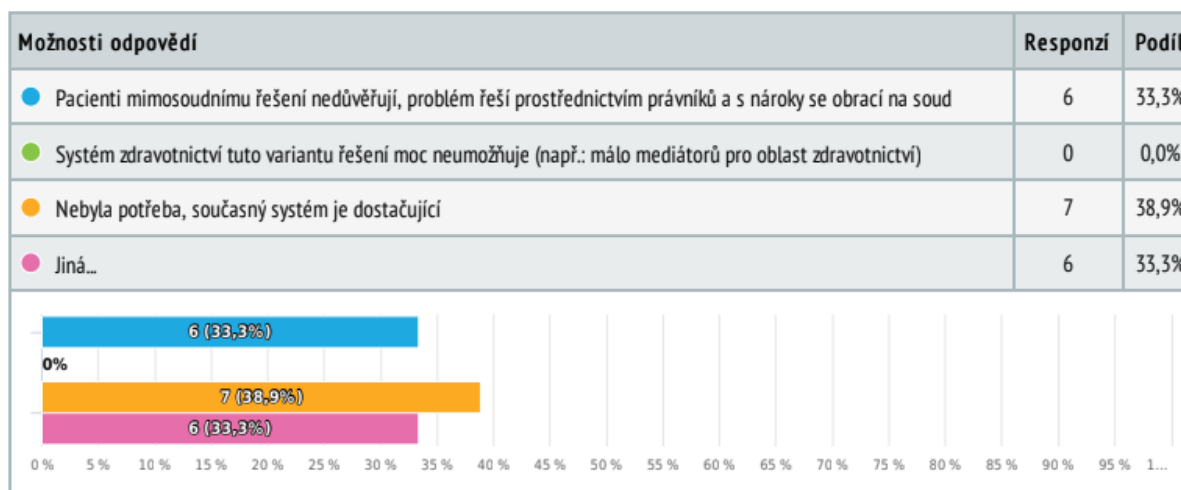


Naprostá většina (84,6 %) respondentů uvedla, že po uzavření dohody se věc považuje za vyřízenou bez dalšího. Někteří však využívají možnosti předložit dohodu soudu (30,8 %) i notáři (11,5 %).

Pro oblast zdravotnictví v České republice není mimosoudní řešení typické. Následující osmá otázka proto zjišťovala, z jakého důvodu respondenti mimosoudní řešení nevyžívají, ačkoliv jej legislativa umožňuje. Z výsledků předchozí otázky vyplynulo, že někteří nemocnice mimosoudní řešení využívají, proto osmá otázka primárně cílí na ty respondenty, kteří uvedli, že mimosoudní řešení nevyžívají. Vyplnění této otázky proto nebylo povinné.

8 Pokud nevyžíváte mimosoudní řešení, z jakého důvodu?

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 18 x, nezodpovězeno 20 x



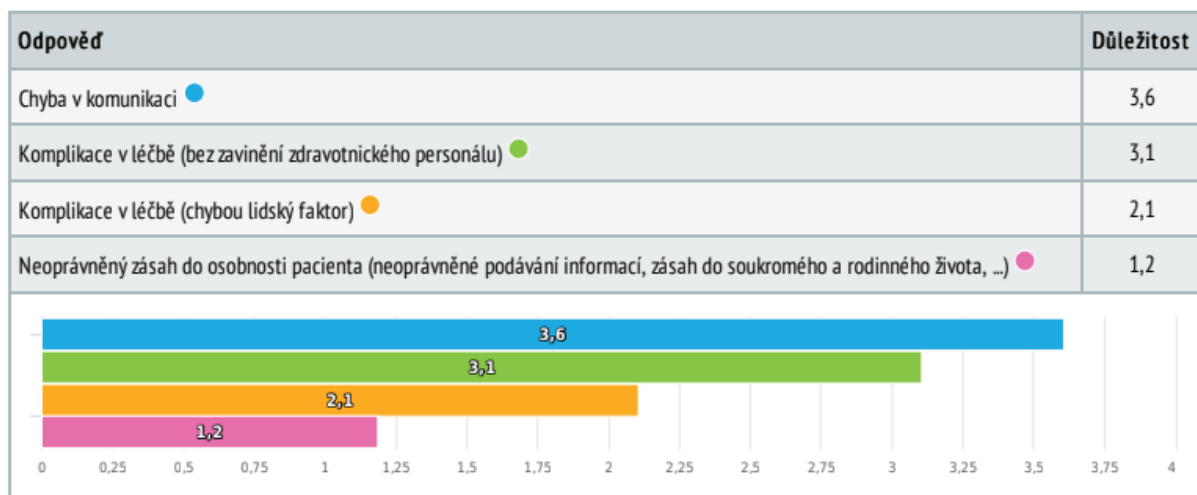
Nejvíce responzí (38,9 %) obdržela odpověď, že poskytovatelé zdravotních služeb necítili potřebu mimosoudní řešení zavádět. Jako další častou odpověď (33,3 %) respondenti volili možnost, že pacienti spory řeší hlavně prostřednictvím žalob a v zastoupení advokátů. Poměrně překvapivá byla skutečnost, že ani jeden respondent nezvolil druhou možnost v nabídce, tedy že současný systém tuto variantu řešení moc neumožňuje, respektive vyskytují se překážky, jako např. nedostatek znalců, mediátorů pro oblast zdravotnictví či dlouhé čekací lhůty

na vyjádření a případné poskytnutí plnění od pojistitele. Odpovědi v nabídce vycházely z nejčastěji citovaných příčin, které jsem zaznamenala v průběhu rozhovorů s nemocničními právníky a ombudsmeny, avšak uvedený výčet je pouze demonstrativní a respondenti proto mohli uvést vlastní odpovědi. Zde respondenti nejčastěji uváděli, že jsou vázán i stanoviskem pojistitele. Otázku č. 8 jsem porovnála pomocí kontingenční tabulky v souvislosti s typem zdravotnického zařízení. Celkem 7 nemocnic uvedlo, že současný systém je dostačující, přičemž skladba respondentů u této konkrétní responze odpovídala 2 specializovaným nemocnicím, 2 městským nemocnicím, 1 fakultní nemocnici, 1 krajské nemocnici a 1 oblastní nemocnici. Při zadávání otázky jsem vycházela z hypotézy, že současný systém bude spíše vyhovovat nemocnicím, které zaznamenávají občanskoprávní spory s pacienty v menší míře, tedy zvláště oblastní nemocnice. Tento předpoklad se vzhledem k nízkému počtu responzí nepovedlo potvrdit ani vyvrátit.

Devátá otázka spočívala v seřazení příčin sporu dle četnosti. Odpověď respondenta spočívala v seřazení nabídnutých možností dle důležitosti.

9 Co bývá nejčastější příčinou sporu?

Seřazení dle důležitosti, zodpovězeno 38 x, nezodpovězeno 0 x



Poskytovatelé zdravotních služeb za nejčastější příčinu označili chyby v komunikaci, a to s důležitostí 3,6 ze 4. Druhou nejčastější příčinou v pořadí byla komplikace v léčbě nezaviněná personálem, které právní oddělení přiřadila důležitost 3,1 ze 4. Na třetím místě skončila komplikace v léčbě zaviněná zdravotnickým personálem, a to s hodnotou 2,1 ze 4. Nejmenší četnost se vyskytuje u neoprávněného zásahu do osobnosti pacienta s důležitostí 1,2 ze 4.

Obdobná otázka se objevila v dotaznících pro pacienty i pro lékaře s tím, že se dotazovala respondentů, kteří měli zkušenost se sporem v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, co bylo příčinou tohoto sporu. Zde bych připomněla výsledky:

Lékaři:

- Komplikace v léčbě (bez zavinění personálu) - 54,2%
- Chyba v komunikaci - 41,7%
- Jiná - 16,7%
- Komplikace v léčbě (chybou lidský faktor) - 14,6%
- Neoprávněný zásah do osobnosti pacienta - 4,2%

Pacienti²²⁷:

- Lékařské pochybení - 45,4%
- Neempatický přístup lékaře - 33,3%
- Neposkytnutí náležité lékařské péče - 23,1%
- Neoprávněný zásah do osobnosti pacienta - 16,7 %
- Jiná - 9,3 %

Oslovené cílové skupiny zastávají odlišné role, což se odráží v jejich názoru na příčinu sporu. Lékař a pacient bývají zpravidla prvními účastníky sporu. Pacienti na prvním místě uvádějí lékařské pochybení (45,4 %), kdežto lékaři komplikaci v léčbě bez zavinění personálu (54,2 %). Právní oddělení či nemocniční ombudsman, kteří spor prošetřují a na základě zjištěných informací pacienta informují o výsledku, uvádějí, že nejčastější příčinou je chyba v komunikaci²²⁸. Jako druhou příčinu lékaři uvádějí chybu v komunikaci (41,7 %), pacienti neempatický přístup lékaře (33,3 %). Ačkoliv se jedná o dvě odlišné možnosti, lze obě odpovědi podřadit pod komunikační rovinu. Právní oddělení na druhé místo staví komplikace v léčbě bez zavinění personálu, což odpovídá nahlížení lékařů jakožto nejčastější příčinu sporu. Všechny tři skupiny, tedy lékaři, pacienti i právní oddělení nachází shodu ohledně neoprávněného zásahu do osobnosti pacienta, kdy se tato odpověď za předem nabídnutých možností vždy objevila jako poslední.

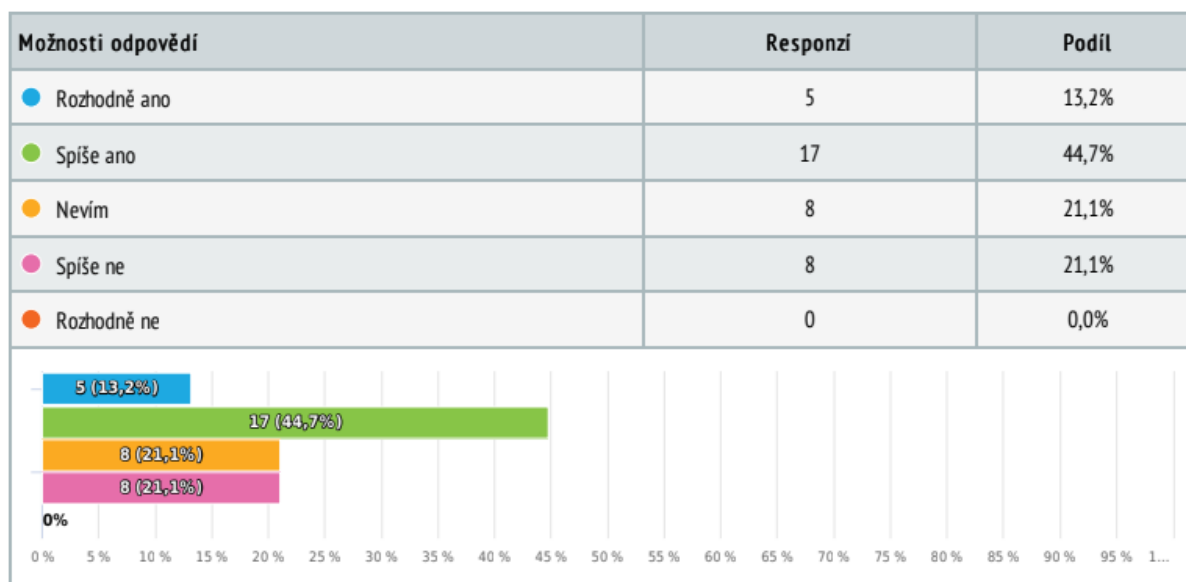
Desátá otázka zkoumala, zda by právní oddělení ocenila a využila širší zavedení mediace v oblasti poskytování zdravotních služeb.

²²⁷ Možnosti odpovědi se pro jednotlivé cílové skupiny liší a odpovídají důvodům, které dané skupiny nejčastěji uvádí, že jsou příčinou sporů. Z tohoto důvodu nebyly respondentům nabídnuty totožné možnosti odpovědi. Porovnání odpovědí tudíž není a ani nemůže být absolutní, jedná se spíše o ukazatel určité tendence.

²²⁸ V 15 rozhovorech s nemocničními ombudsmany byla tato příčina na prvním místě zmíněna dokonce ve 100 % shodě

10 Ocenili (a využili) byste širší zavedení mediace do zdravotnictví?

Výběr z možností, zodpovězeno 38 x, nezodpovězeno 0 x



Právní oddělení nemocnic nejčastěji volila odpověď “spíše ano” (44,7 %). Následovaly možnosti “nevím” a “spíše ne” se shodným počtem odpovědí (obojí 21,1 %). Možnost “rozhodně ano” uvedlo 5 respondentů (13,2 %) a možnost “rozhodně ne” žádný. Kladně právní oddělení odpověděla v 57,9 % případů, oproti tomu negativně v 21,1 %.

V dotazníku pro pacienty i pro lékaře se objevila obdobná otázka ve znění: “*Za předpokladu, že by došlo ke sporu s lékařem/pacientem, volil/a byste raději mediaci oproti soudnímu řízení?*” Zde bych obdobně jako u předchozí otázky připomněla výsledky a porovнала je odpověďmi, které uvedla právní oddělení:

Lékaři:

Rozhodně ano - 37,3 %

Spíše ano - 42,7 %

Nevím - 18,2 %

Spíše ne - 0,9 %

Rozhodně ne - 0,9 %

Pacienti:

Rozhodně ano - 34,2 %

Spíše ano – 42 %

Nevím - 16,9 %

Spíše ne - 4,1 %

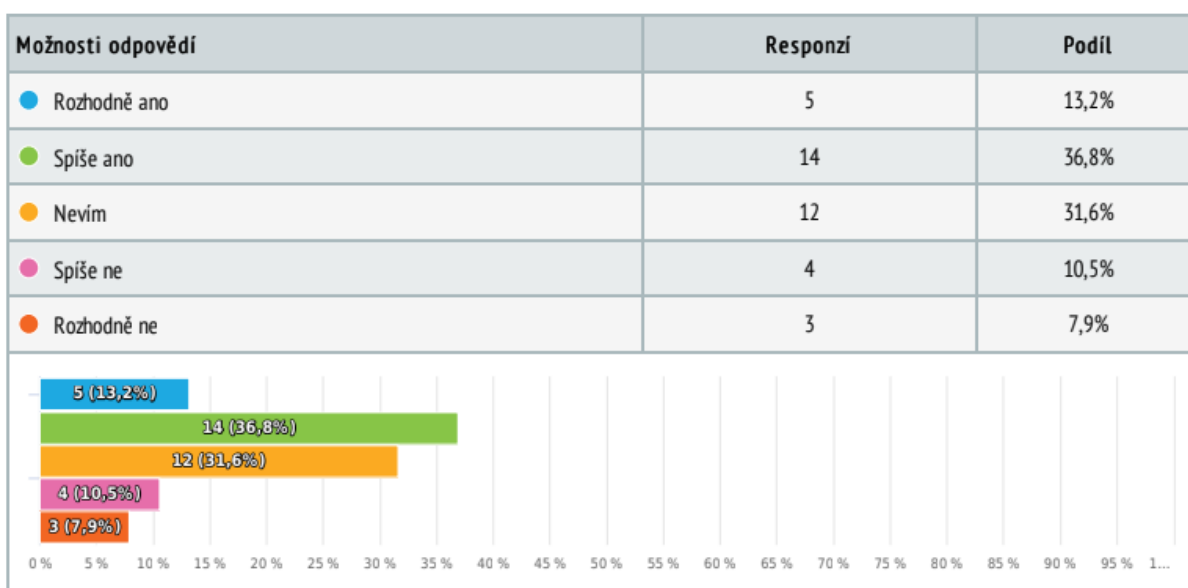
Rozhodně ne - 2,7 %

Lékaři se k mediaci vyjádřili kladně z 80 %, pacienti obdobnou mírou z 76,2 %. Právní oddělení zaujala rezervovanější postoj a širší mediaci by využilo 57,9 % z nich. V rámci individuálních zpětných vazeb k dotazníkům přišly reakce, kdy právníci nemocnic často zmiňovali limity mimosoudního řešení jako nízkou úspěšnost ohledně počtu uzavřených mediačních dohod nebo závislost na stanovisku pojistitele a nedostatek znalců.

Jedenáctá otázka se dotazovala, zda by právní oddělení ocenila, kdyby se občanskoprávní nároky pacientů v systému zdravotnictví vypořádávaly primárně mimosoudně.

11 Ocenili byste, kdyby byl v ČR zavedený systém, který by občanskoprávní nároky pacienta vypořádával primárně mimosoudně? (např. odškodňovací fondy)

Výběr z možností, zodpovězeno 38 x, nezodpovězeno 0 x

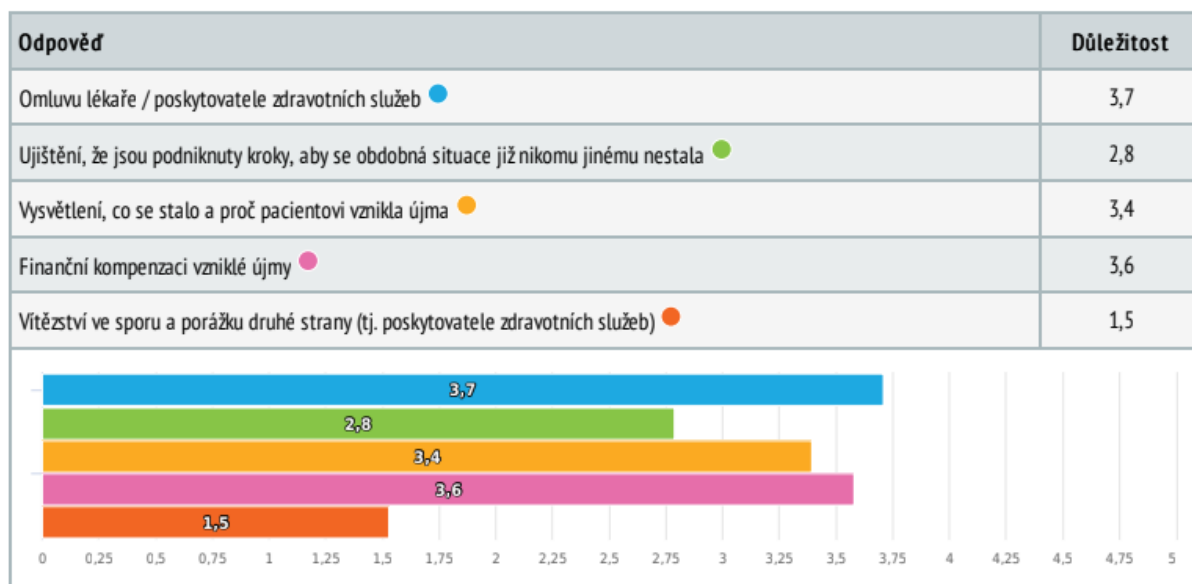


Nejčastější odpovědí bylo “spíše ano” (36,8 %) následované možností nevím (31,6 %). Odpověď “rozhodně ano” uvedlo na třetím místě 13,2 % respondentů. V četnosti následovala odpověď “spíše ne” (10,5 %) a dále “rozhodně ne” (7,9 %). Z výše uvedeného je patrné, že právní oddělení by systém, který by občanskoprávní nároky vypořádával primárně mimosoudně, spíše ocenila z 50 %, naopak 18,4 % z celkového počtu respondentů by výše uvedený systém spíše neocenilo. Poměrně značná část respondentů (31,6 %) zůstává nevyhraněná.

Dvanáctá otázka zkoumala, jaké jsou nejčastější motivace pacientů v případě sporu s poskytovatelem zdravotních služeb. Odpověď respondenta spočívala v seřazení nabídnutých možností dle důležitosti.

12 Co podle Vás chce pacient od řešení sporu?

Seřazení dle důležitosti, zodpovězeno 38 x, nezodpovězeno 0 x



Jako nejčastější motivaci právní oddělení uvedla omluvu, které přiřadila důležitost 3,7 z 5. V těsném závěsu se umístila finanční kompenzace s hodnotou 3,6 z 5. Následovalo vysvětlení, co se stalo a proč pacientovi vznikla újma s důležitostí 3,4 z 5 a dále ujištění, že jsou podniknuty kroky, aby se obdobná situace neopakovala, s hodnotou 2,8 z 5. Vítězství ve sporu a porážku druhé strany uvedla právní oddělení až jako poslední možnost s hodnotou 1,5 z 5. Identická otázka se objevila v dotazníku pro pacienty. Obě cílové skupiny na prvním místě uvedly, že pacient na prvním místě očekává od výsledku sporu omluvu (důležitost u pacienta 2,9 ze 4). K rozporu dochází u určení druhé nejčastější motivace, kdy pacienti uvádějí vysvětlení (důležitost 2,8 ze 4), kdežto právní oddělení vysvětlení kladou až na třetí místo a jako druhou nejčastější motivaci spatřují finanční kompenzaci. Naopak pacienti finanční kompenzaci zvolili až jako poslední možnost. Pro pacienty je též důležitý aspekt, aby se obdobná věc nikomu jinému nestala (hodnota 2,7 ze 7 v těsném závěsu za prvními dvěma možnostmi), kdežto právní oddělení tuto motivaci uvádějí až jako čtvrtou pohnutku²²⁹.

Třináctá otázka se zaměřuje na preferované atributy řešení z pohledu právního oddělení. Odpověď respondenta spočívala v seřazení nabídnutých možností dle důležitosti.

13 Jaké atributy by podle Vás mělo mít ideální řešení sporu s pacientem?

Seřazení dle důležitosti, zodpovězeno 38 x, nezodpovězeno 0 x

²²⁹ S poměrně velkou rezervou oproti předchozím možnostem - 3. místo: vysvětlení, hodnota 3,4 z 5 x 4. místo: ujištění, aby se obdobná situace neopakovala, hodnota 2,8 ze 5

Odpověď	Důležitost
Nízké finanční náklady ●	3,4
Rychlost ●	4,0
Důvěrnost (ve smyslu neveřejnost) ●	4,0
Objasnění příčin sporu, okolností a zájmů stran ●	4,7
Kooperativní přístup druhé strany ●	2,7
Nízkou úroveň stresu zaměstnanců spojenou s řešením záležitosti (např. u ošetřujícího lékaře, právníků, vedení nemocnice, ...)	2,2

Odpověď	Důležitost
Nízké finanční náklady	3,4
Rychlost	4,0
Důvěrnost (ve smyslu neveřejnost)	4,0
Objasnění příčin sporu, okolností a zájmů stran	4,7
Kooperativní přístup druhé strany	2,7
Nízkou úroveň stresu zaměstnanců spojenou s řešením záležitosti (např. u ošetřujícího lékaře, právníků, vedení nemocnice, ...)	2,2

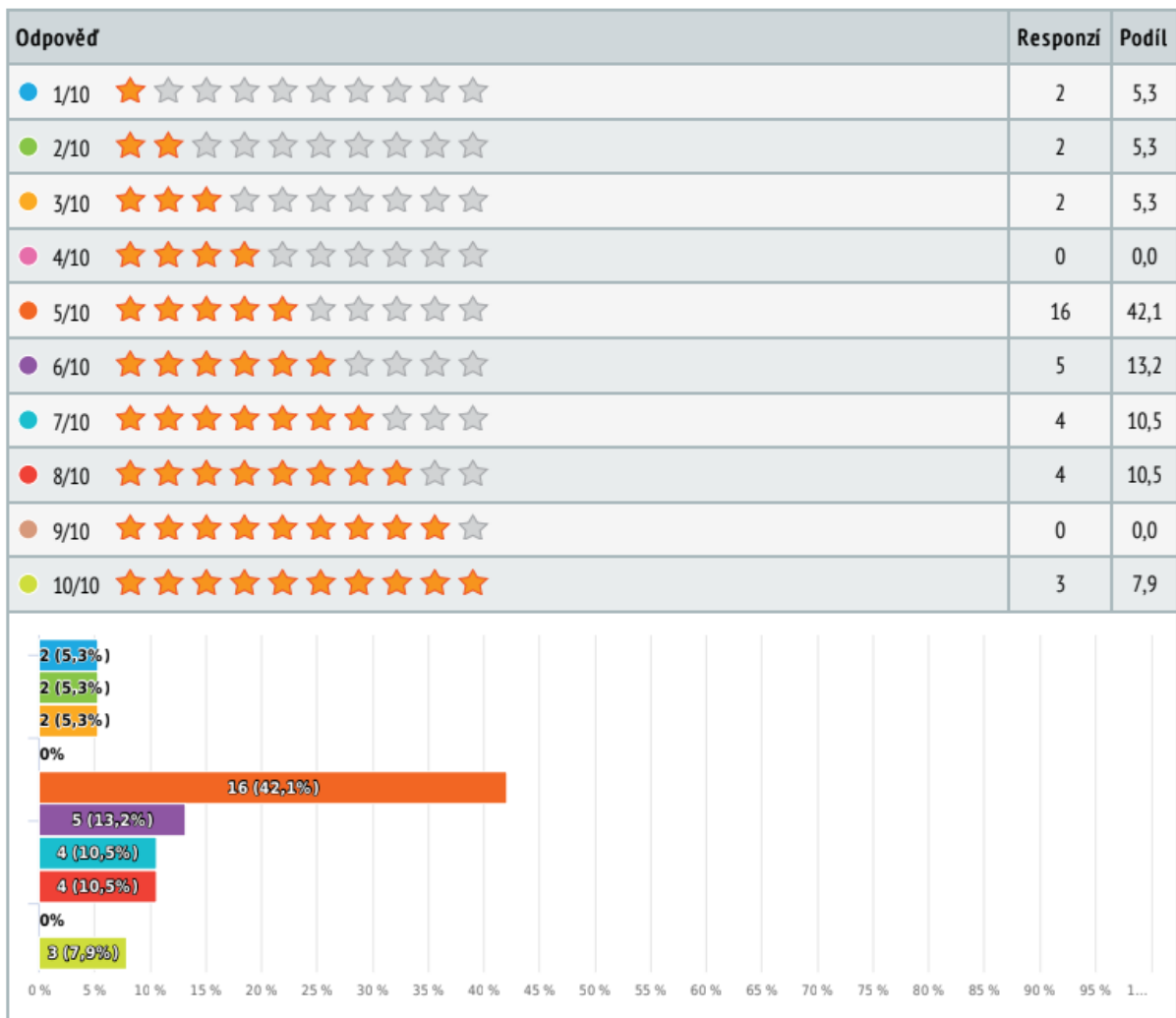
Právní oddělení s přehledem na první místo zvolila objasnění příčin sporu, okolností a zájmů stran s hodnotou 4,7 z 6. Následovaly dvě odpovědi se shodnou hodnotou, a to rychlost a důvěrnost (obojí důležitost 4 z 6). Jako další v pořadí právní oddělení uváděla nízké finanční náklady (hodnota 3,4 z 6) následované kooperativním přístupem druhé strany (důležitost 2,7 z 6) a jako poslední nízkou úroveň stresu zaměstnanců (hodnota 2,2 z 6).

Poslední čtyři otázky spočívají v hodnocení hypotetické situace na škále od jedné do deseti. Respondentovi byla ve čtrnácté otázce nastíněna následující situace: **Pacient stáhl žalobu/stížnost, avšak vztah mezi pacientem a lékařem zůstává narušený (tzn. spor "vyšuměl" a nezanechal žádné právní důsledky, ale pacient cítí, že mu byla způsobena újma)**

14 Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (0 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 38 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 5,6/ 10



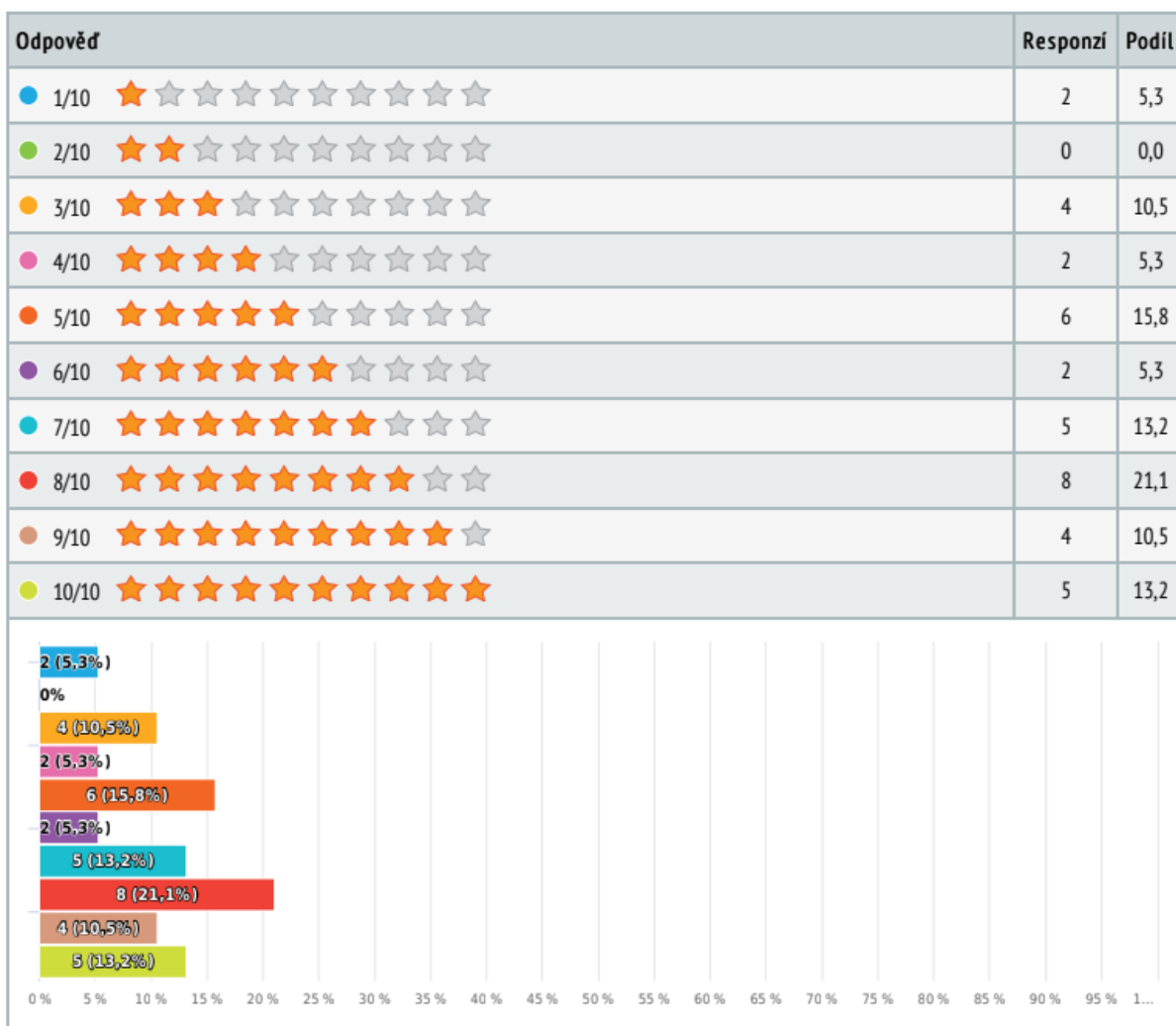
Nejčastěji zvolená hodnota v tomto dotazníku byla 5 (42,1 %), přičemž v průměru respondenti udělovali hodnocení 5,6 na škále od 1 do 10. Jako druhou nejčastější odpověď právní oddělení uvedla hodnocení 6 (13,2 %) a následně stejným počtem hlasů hodnocení 7 a 8 (obojí 10,5 %). Stejné hodnocení se objevilo v dotazníku pro lékaře, kdy nejčastějším hodnocením bylo též číslo 5 z 10 (22,7 %), avšak v průměru všichni lékaři situaci udělili hodnocení 5,0.

Patnáctá otázka spočívala v hodnocení jiné situace: **Proběhlo táhlé, finančně nákladné a emočně vypjaté soudní řízení, které Vaše strana vyhrála**

15 Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (0 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 38 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 6,6/ 10



Respondenti nejčastěji volili odpověď s hodnotou 8 (21,1 %), přičemž v průměru právní oddělení uvedla hodnocení 6,6 z 10. Jako druhá byla nejčastější hodnota v dotazníku 5 (15,8 %) a následovaly se stejným počtem responzí odpovědi 7 a 10 (obojí 13,2 %). Stejná otázka se objevila v dotazníku pro pacienty i pro lékaře, níže proto připomenu nejčastější hodnocení a průměrné hodnocení obou předešlých cílových skupin:

- Pacienti: průměr: 6,0 z 10
nejvíce responzí: 5 z 10 (21,5 %)
- Lékaři: průměr: 5,3 z 10
nejvíce responzí: 5 z 10 (28,2 %)

Z výsledků je patrné, že nejčastější odpověď byla u pacientů, lékařů i právních oddělení stejná, a to hodnota č. 5. Průměrné hodnocení se však liší. Nejnižší průměrnou hodnotu volili lékaři, kteří bývají žalovanou stranou a soudní řízení pro ně představuje stresující záležitost. I přes vítězství ve sporu mají pro lékaře aspekty jako emoční vypětí, čas a finance velký význam. Průměrné hodnocení pacientů je o něco vyšší, což může být dáno určitou satisfakcí za vzniklou

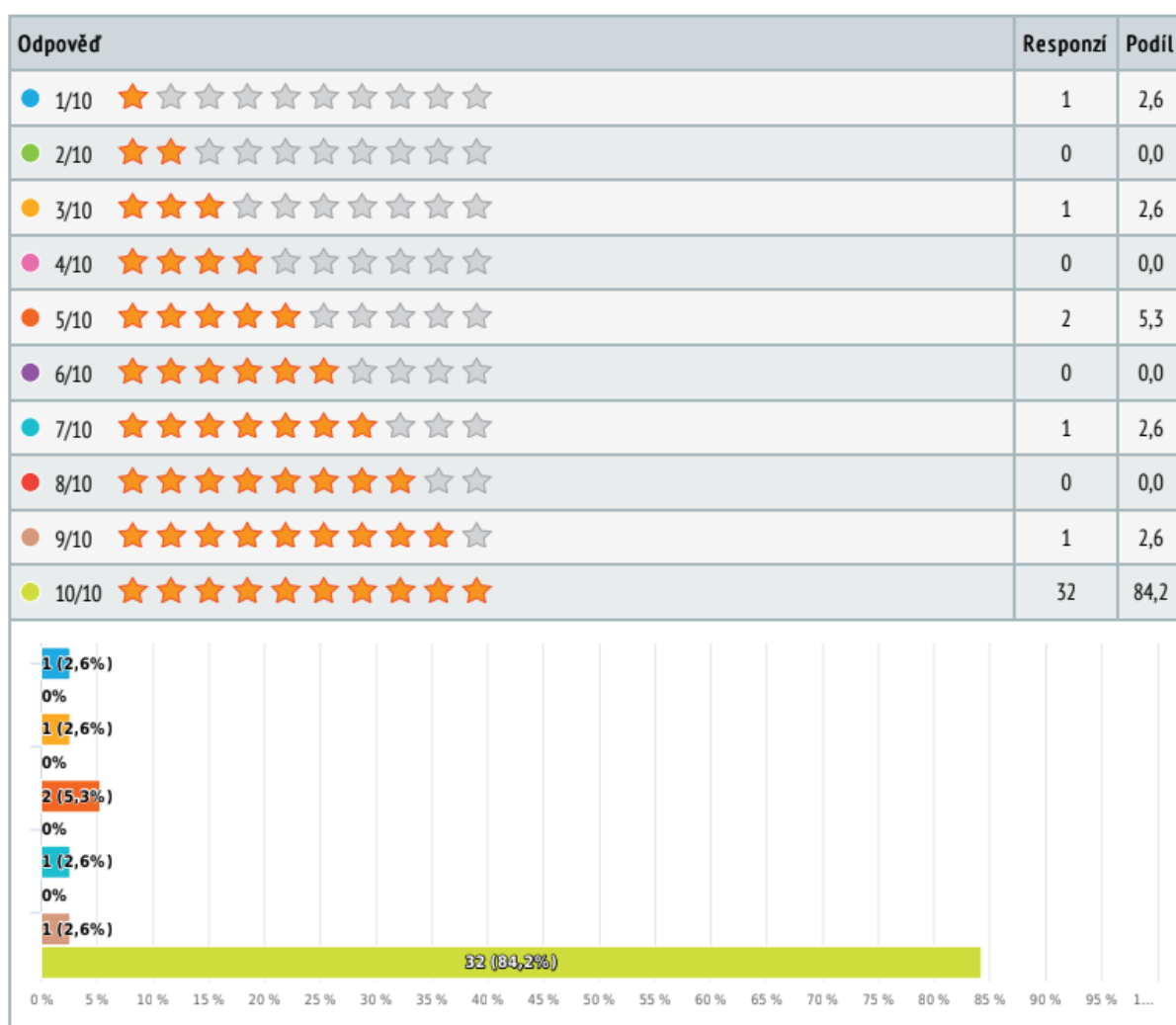
újmu. Nejvyšší průměrné hodnocení udělila právní oddělení. Právní oddělení nejsou osobně zainteresována do konfliktu a řešení sporů soudní cestou je nedílnou součástí jejich práce, tudíž negativní aspekty litigace pro ně nepředstavují toliko stresující záležitost.

Další situace ke zhodnocení zněla následovně: **Vysvětlením příčiny konfliktu došlo k narovnání vztahu mezi lékařem a pacientem bez dalších právních důsledků (tzn. pacient díky vysvětlení lékaře pochopil, proč lékař jednal určitým způsobem, s tímto vysvětlením se spokojil a nepodniká žádné další kroky)**

16 Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (0 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 38 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 9,2/ 10



Právní oddělení nejčastěji uváděla hodnocení 10 (84,2 %), přičemž průměrné hodnocení všech respondentů bylo 9,2 z 10. Lze konstatovat, že právní oddělení tento výsledek považují za velmi úspěšný, neboť jako nejčastější tak i průměrná hodnota se blíží horní hranici škály.

Další možnosti respondenti volili pouze ojedinelé. Stejná situace byla prezentována pacientům i lékařům s následujícími výsledky:

Pacienti: průměr: 6,9 z 10
nejvíce responzí: 10 z 10 (23,7 %)

Lékaři: průměr: 9,3 z 10
nejvíce responzí: 10 z 10 (72,7 %)











Porovnáním výsledků lze dojít k závěru, že poskytovateli zdravotních služeb, tedy právními odděleními i lékaři, je popsána situace vnímána jako velmi úspěšně vyřešena. Oproti tomu pacienti, ač též nejčastěji uvedli hodnocení 10, v průměru vnímali řešení situace jako méně úspěšné. Příčinou této skutečnosti může být fakt, že újma či diskomfort pacienta nejsou vysvětlením zcela odstraněny či negativní předchozí zkušenosti s nedostatečným vysvětlením.

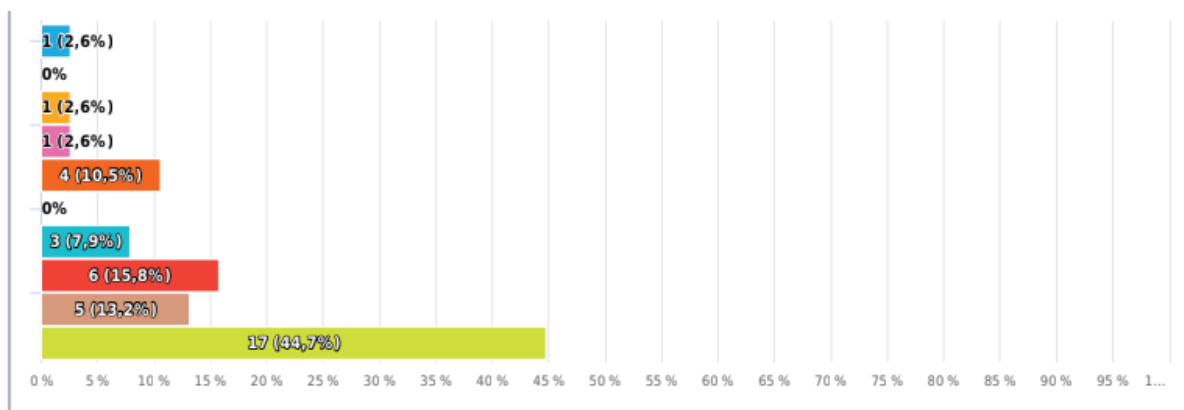
Poslední otázka dotazníku spočívající v hodnocení situace zněla takto: **Proběhlo mimosoudní řízení, na kterém byla s pacientem uzavřena dohoda, v níž se mu dostalo finanční kompenzace. Vztah lékaře a pacienta je narovnaný.**

17 Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (0 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 38 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 8,2/ 10

Odpověď	Responzí	Podíl
1/10 	1	2,6
2/10 	0	0,0
3/10 	1	2,6
4/10 	1	2,6
5/10 	4	10,5
6/10 	0	0,0
7/10 	3	7,9
8/10 	6	15,8
9/10 	5	13,2
10/10 	17	44,7



Právní oddělení situaci nejčastěji udělovala hodnocení 10 z 10 (44,7 %), přičemž průměrné hodnocení bylo 8,2 z 10. V počtu responzí následovalo s poměrně velkým číselným skokem odpovědí hodnocení 8 (15,8 %) a dále 9 (13,2 %). Stejná otázka bylo položena i lékařům s následujícími výsledky:

Lékaři: průměr: 6,8 z 10
nejvíce responzí: 10 z 10 (19,1 %)

Lékaři též uvedli nejčastěji hodnocení 10 na škále od 1 do 10, avšak průměrné hodnocení bylo značně nižší než u právních oddělení. Autorka zde uvádí, že nižší hodnocení lékařů situace nastíněné v sedmnácté otázce může být způsobeno skutečností, že lékaři spatřují jako úspěšná ta rozhodnutí, která nemají právní dopady a vyřeší se vysvětlením.

5. Zhodnocení výzkumu a úvahy de lege ferenda

Teoretická část této diplomové práce nastínila, jaké instituty mimosoudního řešení legislativa umožňuje, a výzkumná část práce následně ověřovala, jak se tyto instituty dotčenými subjekty využívají.

Co se týče právního rámce, hodnotím **legislativní úpravu** mimosoudního řešení jako **dostatečnou**. Pro ilustraci tohoto názoru bych připomněla tři hlavní předpisy, které mimosoudní řešení mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem upravují – OSŘ, ZoM a ZoRŘ. V OSŘ je klíčovým institutem smír mezi účastníky, o nějž by měl soud především usilovat, a nařízení prvního setkání se zapsaným mediátorem. Snahu zákonodárce o zavedení širšího využití mediace formou nařízeného prvního setkání vnímám jako ne příliš zdařilou, neboť v momentě, kdy se strany rozhodnou pro litigaci, účastníkům pro mimosoudní řešení zpravidla chybí vůle. Druhý předpis, ZoM, poskytuje mediaci dostatečný prostor pro volnou realizaci a zároveň vytyčuje její základní pravidla. Zákonná úprava v České republice však v třetím zmíněném předpisu, ZoRŘ, **zakazuje** pro občanskoprávní spory mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem **arbitráž**, což vnímám jako paternalistický přístup státu ke spotřebiteli/pacientovi. Na příkladu USA lze vidět praktické dopady zavedení arbitráže do systému zdravotnictví. Studie, které zkoumaly rozhodčí řízení v USA, zaznamenaly nižší finanční náklady a časovou dotaci nežli u litigace, avšak menší míru spokojenosti v porovnání s jinými formami ADR. Arbitráž se svou povahou soudnímu řízení velmi podobá, proto řešení sporu formou rozhodčího řízení může být stejně vyostřené jako u litigace. Jistou kontroverzi také vyvolává skutečnost, že povolení arbitráže by mohlo zavést praxi poskytovatelů zdravotních služeb vkládat do informovaného souhlasu rozhodčí doložku ohledně případných budoucích sporů, čímž by byl na pacienta vyvíjen nátlak doložku pod tísní vyvolanou obavami, zda se mu dostane poskytnutí zdravotní péče, podepsat. Zde je však nutné poznamenat, že čeští pacienti čím dál častěji odmítají souhlasit se všemi návrhy, které jim poskytovatel zdravotních služeb předkládá, a navíc podepsání rozhodčí doložky by jistě nepodmiňovalo poskytnutí zdravotní péče. Praxe z USA též dovodila, že v rámci arbitráže poškozený oproti litigaci nepřichází o náhradu újmy, naopak že rozhodci poškozenému častěji přiznají nějakou formu odškodnění. Autorka však za zásadní výhody arbitráže ve sporech ve zdravotnictví považuje odbřemenění soudů a vysokou odbornou specializaci rozhodců, což vede k rychlejšímu a méně nákladnějšímu řízení. Zákaz arbitráže je proto diplomantkou vnímán spíše v negativním světle. Ačkoli rozhodčí řízení skýtá pro spotřebitele-pacienta potenciální rizika, arbitráž lze upravit takovým způsobem, aby poskytovala záruky ochrany slabší strany. Rozhodčí řízení sice

postrádá onen „terapeutický“ účinek, které mají jiné formy ADR, na druhou je-li zamýšleným účelem menší zatížení justice, urychlení času a snížení nákladů oproti litigaci, arbitráž tyto požadavky naplňuje.

V případě, že budeme usilovat o širší zavedení mimosoudního řešení do sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem, je třeba **zachytit spor včas**. Zcela ideální by bylo soudnímu řešení zamezit **preventivními opatřeními**. V oblasti zdravotnictví lze uvažovat o 1) proškolení zdravotnického personálu, 2) učení se z předchozích chyb a zavedení individuálních nápravných opatření v interních praxích poskytovatelů zdravotních služeb a 3) zapojení správné komunikace s pacienty do osnov výuky na lékařských fakultách. Navzdory těmto opatřením však bude ke sporům docházet. Proto je třeba mimo prevence též zavést mechanismy, **jak pracovat s chybou**. V tomto bodě vnímám zásadní nedostatek, neboť pochybení je stigmatizující jev a nežádoucí externalita, se kterou se v tuzemsku pracuje nedostatečně.

Uveďme si příklad z praktické části:

- *Pacienti byli dotázáni, jaké jednání považují v případě lékařského pochybení za nežádoucí. Na prvním místě byla odpověď, že nejhorší jednání lékaře je přehlížení problému. Nejméně nežádoucí odpověď byla stručné konstatování faktů. V kontextu s jinými otázkami lze říci, že pacienti požadují vysvětlení.*
- *Lékaři byli dotázáni, co by učinili v případě, kdy by pacientovi vznikla újma lékařským pochybením. Ačkoli v předchozích otázkách volili, že by pacientovi poskytli vysvětlení, zde bylo na prvním místě nejčastější odpovědí vyhledání právního zástupce.*
- *Z výše uvedeného lze vysledovat kolizi dvou zájmů: zájem pacienta o vysvětlení situace a zájem lékaře na svou obranu, pro kterou však volí velmi defenzivní mechanismus*

V souvislosti s výše uvedeným by diplomantka též dodala, že sporů v oblasti poskytování zdravotních služeb přibývá a bývají komplexnější. Poskytovatel zdravotních služeb by s touto skutečností měl počítat a umět na ni adekvátně reagovat. Užitečným institutem pro včasné zachycení sporu a nalezení náležitého řešení může být ustavení **ombudsmana**. Ačkoli z výzkumu nebylo možné prokázat, že zavedení této funkce sníží počet soudních sporů, poskytovatelé zdravotních služeb zaznamenali vyšší míru spokojenosti s vyřizováním stížností. Diplomantka se domnívá, že nemocniční ombudsman dokáže v řadě případů určit směr, kterým se stížnost vydá – ať již spor úplně vyřeší náležitým vysvětlením

či případný budoucí soudní spor eliminovat a stěžovatele navést k mimosoudní cestě řešení. Příkladem může být situace, kdy je pacientovi oznámena velmi závažná prognóza v terminálním stadiu, která za včasného zachycení mohla být léčena. S touto těžkou situací se pacient a jeho blízcí těžko vyrovnávají a mohou hledat viníka. Pakliže chybí osoba, která pacienta vyslechne a vysvětlí medicínskou stránku věci včetně okolností, proč onemocnění nebylo zachyceno dříve, rodina za viníka může označit např. praktického lékaře a spor mnohdy končí neúspěšnou žalobou. V tomto případě nehovoříme o postupu non lege artis, kdy měl praktický lékař po zhlédnutí pacienta onemocnění poznat či alespoň pojmout nějaké podezření, ale o situaci, kdy symptomy zůstaly skryté a pacient k lékaři přišel s jinou „zakázkou“. Objevení onemocnění zavčasu by tak spíše bylo šťastnou náhodou. Ombudsman v této situaci nemusí zabránit rozhodnutí blízkých osob pacienta podat žalobu na poskytovatele zdravotních služeb, ale může tuto pravděpodobnost výrazně snížit.

Autorka též dodává, že nemocniční ombudsman by mohl působit jako facilitátor v situacích, které by v budoucí konflikt mohly eskalovat. V souvislosti s nemocničním ombudsmanem by diplomantka na tomto místě uvedla poněkud překvapující poznatek z praktické části:

- *Pacienti byli dotázáni, jaké kroky by učinili v případě, že by jim lékařem byla způsobena újma. Odpověď, že by se poškozený obrátil na nemocničního ombudsmana, skončila až jako předposlední z uvedených možností (celkem 6 nabízených možností).*
- *Pro případ, že by respondenti nebyli obeznámeni s rolí nemocničního ombudsmana, byla tato funkce v možnostech odpovědi řádně vysvětlena.*
- *Z uvedených možností bylo řešení sporu prostřednictvím ombudsmana objektivně patientsky nejprívětivější. Skutečnost, že respondenti přesto volili jiné možnosti, si autorka vysvětluje tím, že institut ombudsmana je poměrně nový a je zavedený pouze v několika zařízeních nemocničního rázu.*

Výše bylo uvedeno, že platná legislativa umožňuje řešení sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem mimosoudní formou, nicméně využití mimosoudního řešení je spíše výjimečné. Na využívání mimosoudního řešení směřovaly otázky v dotazníku pro právní oddělení poskytovatelů zdravotních služeb:

- *1) Právní oddělení byla dotázána, jaké metody mimosoudního řešení v případě občanskoprávních sporů s pacienty umožňují.*
 - o *Nejvíce respondentů volilo vyjednávání (73,7 %)*

- Celkem 21,1 % respondentů uvedlo, že využívají mediaci (příčemž 7,9 % prostřednictvím externího pracovníka, 13,2 % prostřednictvím interního pracovníka)
- Celkem 10,5 % respondentů uvedlo, že nevyužívají žádné instituty mimosoudního řešení
- 2) Právní oddělení byla následně dotázána, z jakého důvodu nevyužívají mimosoudní řešení.
 - Nejvíce respondentů uvedlo, že pro využití mimosoudního řešení nebyla potřeba (38,9 %)
 - Druhou nejčastější odpovědí bylo, že pacienti mimosoudnímu řešení nedůvěřují (33,3 %)

Na instituty mimosoudního řešení byli též dotázáni pacienti. Diplomantka v době vytváření dotazníků předpokládala, že vyjednávání nabízí všichni poskytovatelé zdravotních služeb, proto se v dotazníkovém šetření podrobněji zaměřila pouze na mediaci. V dotazníkovém šetření s pacienty se objevily následující otázky:

- 1) Pacienti byli dotázáni, zda by ocenili, kdyby se spory s lékaři řešily systémově mimosoudní cestou.
 - Odpověď „rozhodně ano“ zvolilo 58 % respondentů, odpověď „spíše ano“ 27,4 % respondentů. Celkem tedy 85,4 % by mimosoudnímu řešení bylo nakloněno.
- 2) Pacienti byli dotázáni, zda znají mediaci.
 - Celkem 54,8 % respondentů uvedlo „ne“, zbylých 45,2 % respondentů uvedlo „ano“
- 3) Po obeznání s mediací byli pacienti dotázáni, zda by v případě sporů s lékařem raději volili mediaci oproti soudnímu řízení.
 - Celkem 34,2 % pacientů uvedlo „rozhodně ano“, dále 42 % pacientů zvolilo „spíše ano“, tudíž 76 % by bylo mimosoudnímu řešení nakloněno
- 4) Pacienti byli dotázáni, jak na ně působí mimosoudní řešení.
 - Celkem 70,8 % respondentů zvolilo odpověď „pozitivně – méně stresující záležitost oproti soudnímu řízení“.

Výše uvedené odpovědi pacientů nasvědčují, že by pacienti o mimosoudní řešení sporů stáli. Zde je však nutné zdůraznit skutečnost, že většina poškozených o možnosti řešení sporů mimosoudní cestou neví a pakliže je jim tato možnost nabídnuta, skutečně může zpočátku vzbuzovat nedůvěru, zvláště vyjednávání s poskytovatelem zdravotních služeb, tedy přímo

s protistranou. Na rozdíl od vyjednávání v mediaci sice figuruje třetí neustranný subjekt, avšak pro poškozené se jedná o neznámý proces. Autorka se domnívá, že právě **rozšířením povědomí o možnosti mediace** lze mediaci více začlenit jako způsob řešení sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem. Pro naplnění tohoto účelu bohužel neexistuje žádný optimální způsob, pouze snaha o osvětu a edukace veřejnosti. Výše bylo zmíněno povinné první setkání s mediátorem, které má přesně tento účel naplňovat, avšak v případě vyescalovaného sporu diplomantka shledává tento způsob jako obsoletní. Poskytovatelé zdravotních služeb mají v tuzemsku s mediací málo zkušeností a jejich výsledky (tzn. počet uzavřených mediačních dohod) nejsou nijak přesvědčivé. K tomu je třeba dodat, že zavedení nového institutu bývá často doprovázeno neúspěchy, avšak i z nich lze získat zkušenosti. Autorka se domnívá, že zmíněné úvodní nezdary nejsou důvod pro ztracení mediace či jiných forem mimosoudního řešení. Data z dotazníkových šetření získaná od pacientů mohou naopak poskytovatele zdravotních služeb motivovat ke snaze o překlenutí těchto nedostatků.

Praktická část též odhalila, že lékaři a pacienti odlišně vnímají příčinu sporu. V dotaznících pro lékaře, pacienty a první oddělení se objevily následující otázky:

- *Pacienti byli dotázáni, co bylo příčinou jejich sporu s lékařem*
 - *Na prvním místě respondenti uvedli lékařské pochybení (45,4 %)*
- *Lékaři byli dotázáni, co bylo příčinou jejich sporu s pacientem.*
 - *Na prvním místě respondenti uvedli komplikaci v léčbě bez zavinění personálu (54,2 %)*
- *Právní oddělení byla dotázána, co bývá nejčastější příčinou sporu lékaře a pacienta.*
 - *Respondenti nejčastěji volili chybu v komunikaci (hodnota 3,6 ze 4)*

Obě strany sporu, tedy jak pacienti, tak i lékaři, spatřují hlavní příčinu ve faktické, nikoli komunikační rovině.

Odlišné vnímání příčiny sporu nepředstavuje jediný problém v komunikaci. Další zarážející skutečností je vyhodnocení hypotetické situace, které bych pro kontext uvedla v souvislosti s otázkou ohledně žádoucího výsledku řešení sporu. V dotazníkovém šetření s pacienty se objevily následující otázky:

- 1) *Pacienti byli dotázáni, co by očekávali od řešení.*
 - *Na prvním místě respondenti uvedli omluvu (hodnota 2,9 ze 4), na druhém vysvětlení (hodnota 2,8 ze 4)*

- 2) *Pacienti byli dotázáni, co považují za žádoucí, pokud by pochybením lékaře došlo k jejich újmě.*
 - *Na prvním místě pacienti uvedli vysvětlení (hodnota 3,8 z 5)*
- 3) *Pacienti byli dotázáni, co považují za nežádoucí, pokud by pochybením lékaře došlo k jejich újmě.*
 - *Na prvním místě bylo úplné přehlížení problému (hodnota 3,1 ze 4), tzn. opak vysvětlení*
- 4) *Pacienti měly ohodnotit situaci: **Vysvětlením příčiny konfliktu došlo k narovnání vztahu mezi lékařem a pacientem bez dalších právních důsledků (tzn. lékař mi podrobně vysvětlil, že to, co jsem vnímal jako nespravedlivé, mělo své rozumné opodstatnění. Chápu, že lékař nemohl jednat jinak).***
 - *Nejčastější odpovědí bylo 5/10, přičemž průměrné hodnocení bylo 6,9/10*

První tři výše uvedené odpovědi uvádím pro doložení faktu, že pro pacienty představuje vysvětlení velmi důležitou hodnotu. Avšak oproti tomu hypotetickou situaci, kdy se pacientům kýženého vysvětlení dostane, hodnotí pacienti vlažně. Tuto skutečnost si diplomantka vykládá dvěma možnými způsoby. Prvně – vysvětlení nikterak nemírní újmu, kterou pacient pocítuje, a pacient může namísto lékaře vinit systém. Druhá – pacient má s vysvětlením negativní zkušenost, která může pramenit ze skutečnosti, že minulé vysvětlení poskytnuté lékařem nebylo pro pacienta dostatečné.

Pacienti jako velmi významnou hodnotu uváděli **omluvu**. V otázce, co očekávají od výsledku sporu, se omluva umístila dokonce na prvním místě (viz předchozí odstavec). Vyjádření lítosti s přiznáním chyby nad vzniknuvší újmou bylo hned po vysvětlení v otázce zkoumající žádoucí přístup lékaře v případě lékařského pochybení. K tomuto je však třeba dodat, že lékaři se obávají, aby proti nim případná omluva nebyla použita v případném soudním řízení. Některé státy proto zavedly patřičné legislativní opatření a omluvu chrání zákonem (viz kapitola 3.1 - Využití mimosoudního řešení ve zdravotnictví v USA). Diplomantka zastává názor, že **uzákonění ochrany omluvy** jakožto nepřipustného důkazu přiznání pochybení v civilním řízení je žádoucí legislativní úprava, která by potenciálně zvýšila spokojenost pacientů se způsobem vyřízení sporu, neboť by se jim dostalo omluvy, a zároveň by podpořila lékaře, aby spor neřešili příliš defenzivně.

V české právním řádu se *de facto* vyskytuje **dvojkolejnost**, jak řešit občanskoprávní spor s pacientem. Tuto dvojkolejnost autorka spatřuje ve skutečnosti, že spor lze řešit cestou stížnosti **dle správního práva**, nebo mimosoudním řešením či litigací **podle občanského**

práva. Stížnostní mechanismus u správního orgánu pro stěžovatele prakticky představuje bezplatný *pretrial screening*, díky němuž stěžovatel získá představu, jak by byl úspěšný v případném soudním řízení. Zde je však nutné podotknout, že právě bezplatnost vede k zahlcení správního orgánu bezpředmětnými stížnostmi či podněty od notorických stěžovatelů. Zavedení byt' nízkého poplatku by mohlo správnímu orgánu částečně ulevit od přehršle irelevantních podnětů.

V neposlední řadě je nutno uvést, že co se týče umožnění mimosoudního řešení v rámci poskytování zdravotních služeb, existují mezi poskytovateli zdravotních služeb **propastné rozdíly napříč jednotlivými zařízeními**. Tato skutečnost vyplynula z uskutečněných dotazníkových šetření, nicméně autorka se domnívá, že hypotézu nebylo třeba nijak rozsáhle dokazovat. Velcí poskytovatelé zdravotních služeb (fakultní nemocnice) disponují zcela odlišnými prostředky a personálním aparátem než ku příkladu ambulantní specialista. Menší poskytovatelé zdravotních služeb jsou tudíž v nevýhodě. Často v jedné osobě musí koexistovat lékař, který poskytuje zdravotní služby, administrativní pracovník, který řeší záležitosti byrokratického rázu spjaté s chodem ordinace, a nadto osoba, která má kvalifikovaně řešit stížnosti. Způsob vypořádání stížnosti přímo dotčeným lékařem často svědčí o skutečnosti, že kumulace úkolů potenciálně tří pracovníků není vhodnou pracovní agendou pouze pro jednu osobu. Je otázkou, zda by se tato nevýhoda ambulantních lékařů dala zhojit zřízením mezičlánku, např. ombudsmana na úrovni krajů či okresů, který by lékařům s řešením stížností pomáhal.

Závěr

V rámci diplomové práce jsem nejprve krátce pojednala o občanskoprávní odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb a nastínila problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta. Jak název diplomové práce napovídá, hlavní těžiště textu spočívá v mimosoudním řešení, tedy procesní stránce věci, avšak nelze vynechat významné okolnosti, které proces mimosoudního řešení ovlivňují. Jednak jím je hmotněprávní stránka, tedy za co poskytovatel zdravotních služeb odpovídá, a dále objasnění vztahu pacienta a lékaře. Na rozdíl od jiných “typických” právních vztahů má tento výrazná specifika, která je nutno zvažovat a promítat do procesu mimosoudního řešení.

Druhá kapitola otevřela téma mimosoudního řešení – vysvětlila pojem a uvedla jeho charakteristiky, zmínila výhody a nevýhody a posléze rozebrala jednotlivé prostředky. Diplomantka do mimosoudního řešení začlenila i stížnostní mechanismus, který je pro oblast

zdravotnictví typický. Autorka jej považuje za prostředek mimosoudního řešení sám o sobě, neboť stížností pověřená osoba poskytovatele zdravotních služeb – typicky právník či nemocniční ombudsman – zjišťuje běh událostí, které zapříčinily spor. O těchto zjištěních stěžovatele následně informují. Na stížnostní mechanismus však může navazovat nejčastěji vyjednávání či případná mediace, které již do metod mimosoudního řešení spadají.

Z metod mimosoudního řešení má právní rámec pouze mediace a rozhodčí řízení, přičemž je třeba mít na paměti, že rozhodčí řízení nelze aplikovat na spotřebitelské spory, tudíž ani na spory mezi lékařem a pacientem, neboť pacient se nachází v roli spotřebitele.

Vzhledem ke skutečnosti, že u většiny forem mimosoudního řešení absentuje právní úprava, je těžké nalézt přesné hranice jednotlivých metod. Například vyjednávání může být samostatný prostředek mimosoudního řešení, avšak i proces, který se uplatní napříč všemi metodami. Konciliace a facilitace též mohou být vnímány jako samostatné metody, nebo jako součást mediace. Též je nutné poznamenat, že ačkoli se v praxi ve zdravotnictví postupy pod těmito pojmy nevyskytují, s neformální facilitací se lze setkat (např. při postupu ohledně budoucí léčby).

Některé zahraniční státy mají s mimosoudním řešením bohatší zkušenost a implementovaly jej i do oblasti zdravotnictví. Pro rozbor jsem vybrala 3 zástupce, a to USA, Anglii a Rakousko. Spojené státy americké jsou kolébkou mediace a vzhledem k této dlouhodobé praxi proběhla i řada odborných studií, které zkoumaly efektivitu toho to institutu. Výsledky těchto studií jsem do práce začlenila, neboť ačkoli je americká právní kultura zcela odlišná, vztah pacienta a lékaře a motivace účastníků zůstává stejná. Velká Británie též využívá mediaci, ale do systému zdravotnictví ji začlenila odlišným způsobem než USA. Anglie mediaci poskytuje prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví a sociální péče, konkrétně prostřednictvím orgánu NHS Resolution. Výsledky tohoto projektu ve výročních zprávách jsou poměrně působivé a též dokládají potenciál mimosoudního řešení pro oblast zdravotnictví. Třetí stát, Rakousko, zákonem zřídil pro kompenzaci újmy pacienta při poskytování zdravotních služeb Fondy pro odškodnění pacientů, kdy nejsou splněny podmínky odškodnění dle občanského zákoníku, a tzv. rozhodčí komise, které vydávají doporučení, jež mohou sloužit jako pretrial screening.

Vedlejším cílem diplomové práce bylo též rozšířit povědomí o mimosoudním řešení ve sporech ve zdravotnictví – zejména o vyjednávání a mediaci.

Jedním z cílů diplomové práce bylo získat názor, popř. zkušenosti s mimosoudním řešením od osob, kterých se téma týká. Výzkum proběhl nejdříve kvalitativní, v jehož rámci jsem provedla polostrukturované rozhovory s mediátory, nemocničními ombudsmany a právníky, a následně i kvantitativní dotazníkové šetření. Dotazníky byly určeny pro pacienty, lékaře a právní oddělení lůžkových zařízení.

V úvodu diplomové práce jsem stanovila tři premisy, které na tomto místě vyhodnotím:

1) Poskytovatelé zdravotních služeb naplno nevyužívají dostupných možností mimosoudních řešení občanskoprávních sporů

- Česká právní úprava užití ADR ve zdravotnictví nebrání, nicméně podmínky pro uplatnění mimosoudního řešení nejsou zcela ideální. Poskytovatelé zdravotních služeb incidenty řeší v rámci stížnostního mechanismu. Zjistí-li se v rámci šetření stížnosti, že pacient má nárok na náhradu újmy, poskytovatelé zdravotních služeb umožňují vyjednávání, popř. mediaci, nicméně možnosti mimosoudního řešení nenabízí všechna zdravotnická zařízení. V rámci zpětné vazby k dotazníkům některá právní oddělení sdělila své negativní zkušenosti s mimosoudním řešením, které narážely na dva zásadní limity. Prvním takovým limitem byla ingerence pojistitele odpovědnosti do sporu mezi pacientem a poskytovatelem zdravotních služeb. Od kladného stanoviska pojistitele se celý proces odvíjí, bohužel lhůty pro vydání tohoto vyjádření jsou dlouhé. Pacienti považují zapojení pojistitele za nadbytečné a spatřují v něm snahy o protahování vyjednávání. Bez účasti pojišťovny se poskytovatelé vystavují riziku, že pojišťovna částku nevyplatí, a proto bez stanoviska nemohou ve vyjednávání dále pokračovat. Druhým limitem je nedostatek soudních znalců pro nezávislé přezkoumání jak postupu poskytovatele zdravotních služeb, tak i posudku objednaného pacientem. V dotazníkovém šetření s právními odděleními se též v otázce zkoumající důvody neužívání mimosoudního řešení s pacienty objevily odpovědi, že pacienti mimosoudnímu řešení nedůvěřují nebo že zavedení mimosoudního řešení nebylo potřeba.
- Lze tedy shrnout, že poskytovatelé zdravotních služeb naplno nevyužívají možnosti uplatnit ve sporech s pacienty mimosoudní řešení a že první premisu se podařilo potvrdit.

2) Poskytovatelé zdravotních služeb se zavedenou funkcí nemocničního ombudsmana mají nižší procento soudních sporů oproti poskytovatelům, kteří tento institut nemají

- Druhou premisu jsem zkoumala v rámci kvalitativního rozhovoru s nemocničními ombudsmany a v dotazníku pro právní oddělení větších lůžkových zařízení. V naprosté většině případů respondenti v odpovědích vyjádřili rozpačitě a shodli se, že na otázku nelze jednoznačně odpovědět. Druhou premisu se tudíž nepovedlo potvrdit ani vyvrátit.

3) Poskytovatelé zdravotních služeb, kteří jsou fyzickými osobami, při občanskoprávních sporech prvně volí právní zastoupení advokátem

- Premisa se zaměřovala převážně na ambulantní všeobecné lékaře či specialisty, kteří musí spory řešit samostatně bez právního oddělení. Premisu jsem ověřovala v druhém dotazníkovém šetření pro lékaře, nicméně vzorek respondentů neodpovídal pouze ambulantním lékařům, avšak odpovídali na něj i zaměstnanci lůžkových zařízení. Respondentům byly nastíněny 4 situace, na které měli vybrat možnost odpovědi, jak by se v dané situaci zachovali. Lékaři na prvním místě zvolili vyhledání právního zástupce pouze v případě, kdy si byli vědomi, že újma byla pacientovi způsobena lékařským pochybením. V ostatních případech se na prvním místě objevily jiné odpovědi, byť pro možnost “obrátil/a bych se na právního zástupce” též někteří respondenti hlasovali.
- V kontextu premisy je také nutné zmínit i skutečnost, že na otázku, zda respondenti znají mimosoudní řešení formou mediace, celkem 63,6 % respondentů odpovědělo ne.
- Premisa se ukázala jako pravdivá pouze v případě, kdy si je poskytovatel zdravotních služeb vědom svého pochybení. V ostatních případech, kdy došlo k občanskoprávnímu sporu s pacienty, poskytovatelé zdravotních služeb volili na prvním místě jiné možnosti.

Závěrem bych obecně zhodnotila mimosoudní řešení jako nástroj řešení občanskoprávních sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem. Ve vztahu k platné legislativní úpravě je opět třeba zmínit, že po právní stránce existuje možnost řešit konflikty ve zdravotnictví mimosoudně, avšak přesto k mimosoudnímu řešení dochází zřídka. Český právní řád nepracuje s ADR natolik jako např. angloamerická kultura, a tak

ani širší společnost nemá o těchto postupech povědomí. Pakliže je mimosoudní řešení účastníkům sporu představeno, mohou jej vnímat jako “slabost” druhé strany konfliktu či pociťovat skepsi k neznámému institutu. Využití mimosoudního řešení je limitováno dalšími aspekty, jako je nedostatek znalců či mediátorů pro oblast zdravotnictví. Ačkoli je úkolem mediátora rozklíčovat hlavní témata sporu a usnadnit komunikaci, tedy vést mediaci jako každou jinou, a tudíž by se teoreticky nemusel orientovat ve zdravotnictví a vystačil by si se základní mediační přípravou, kloním se k názoru, že znalost zdravotnického prostředí je zásadní. Právě komplikovanost systému zdravotnictví bývá častým předmětem či alespoň vedlejším tématem sporu. Pro pochopení širších souvislostí konfliktu by účastníci měli těmto souvislostem porozumět.

I přes své limity má mimosoudní řešení ve zdravotnictví potenciál, který přesahuje výše uvedené obtíže. Konsensuální metody řešení spíše vyhoví požadavkům stran ohledně výsledku sporu a nabízí širší paletu uzavření konfliktu než pouhé odškodnění²³⁰. Vyjma ušetřeného času a finančních nákladů se poskytovatel zdravotních služeb vyhne negativnímu mediálnímu obrazu svého zařízení, omezí úroveň stresu svých pracovníků a vytváří prostor pro zlepšení svých služeb a eliminaci podobných případů do budoucna. Poškozenému se vyjma případného odškodnění též dostane případné omluvy a náležitého vysvětlení.

Jak bylo nastíněno v úvodu, pacienti nabývají většího povědomí o svých právech a dokáží se jich hlasitě domáhat. Poskytovatel zdravotních služeb by měl být schopen mimo zajištění kvalitního servisu poskytování zdravotních služeb též na tuto skutečnost adekvátně, nikoli defenzivně, reagovat. Vhodným nástrojem je edukace zaměstnanců mediačními technikami a v případě vzniknuvšího problému situaci s pacientem řešit. Selže-li vyjednávání, pacientovu důvěru mohou obnovit asistované metody řešení sporu²³¹. První vlašťovkou směrem k tomuto přístupu je zřízení institutu nemocničního ombudsmana.

Z výsledků dotazníkových šetření je patrné, že pacienti i lékaři by mimosoudní řešení ve zdravotnictví ocenili, avšak o této možnosti spíše neví. Osobně věřím, že rozšiřováním povědomí o mediaci a nabízením účastníkům sporu i alternativních možností nežli litigaci lze vyjednávání a mediaci úspěšně zavést do praxe poskytovatelů zdravotních služeb. Praxe

²³⁰ CHOLENSKÝ, Robert. Mimosoudní řešení sporů ve zdravotnictví: příležitost pro mediaci, *Právní rozhledy*, Praha: C. H. Beck, 2007, roč. 2007, No 11, 16 pp. ISSN 1210-6410.

²³¹ Tamtéž

prozatím ukázala limity mimosoudního řešení, avšak s narůstající zkušeností se objeví cesty, jak tyto obtíže překonávat.

Seznam pojmů a zkratk

ZoM	Zákon č. 202/2012 Sb., o mediaci a o změně některých zákonů
OSŘ	Zákon č. 99/1963 Sb., Občanský soudní řád
OZ	Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník
ZZS	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
ZVOP	Zákon č. 349/1999 Sb., o Veřejném ochránci práv
ČLK	Česká lékařská komora
DŘ ČLK	Stavovský předpis České lékařské komory č. 4 - Disciplinární řád ČLK
ZoRŘ	Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů
ADR	Alternative dispute resolution
ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
NHS	National Health Service
KAKuG	Krankenanstalten – und Kuranstaltengesetz
USA	Spojené státy americké

Seznam použitých zdrojů

1. Seznam použité literatury

KOTULA, Jan a DOLEŽAL, Tomáš. *Mediace a další vybrané formy mimosoudního řešení sporů ve zdravotnictví*. Olomouc: Iuridicum Olomoucense, o.p.s. ve spolupráci s Právnickou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci, 2015, ISBN 978-80-87382-72-1.

ŠVESTKA, Jiří, Jan DVOŘÁK a Josef FIALA. In: *Občanský zákoník*. 2. vydání. Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-630-3.

STOLÍNOVÁ, Jitka. *Právní postavení a odpovědnost lékaře*. 1. vydání, Praha: Avicenum, 1977.

STOLÍNOVÁ, Jitka, MACH, Petr. *Právní odpovědnost v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 2017, ISBN: 978-80-7262-686-1.

ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš a kolektiv, *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, ISBN 978-80-7552-321-1.

VÍTOVÁ, Blanka, Jan KOTULA a Jakub DOHNAL. *Náhrada majetkové a nemajetkové újmy v novém občanském zákoníku: komentář k § 2894 až § 2971: metodika Nejvyššího soudu k náhradě nemajetkové újmy na zdraví*. Olomouc: ANAG, 2015. Právo (ANAG). ISBN 978-80-7263-940-3.

TĚŠINOVÁ, Jolana a ŽDÁREK, Roman a POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. 2. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2019, 369 an. ISBN 978-80-7179-318-2.

MACH, Jan. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3683-9.

MACH, J. *Medicína a právo*. Praha: C. H. Beck, 2006. ISBN 807179810.

MACH, Jan. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. Praha: Orac, 2003. ISBN 8086199509.

DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. 1. vyd. Praha: Leges, 2012, ISBN: 978-80-87576-24-3.

LAVICKÝ, Petr. *Občanský zákoník: komentář*. V Praze: C.H. Beck, 2014. ISBN 9788074005299.

HOLÁ, Lenka a kolektiv, *Mediace a možnosti využití v praxi*, V Praze: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4109-3.

HOLÁ, Lenka. *Mediace a reflexe jejích aktuálních trendů*. Praha: Leges, 2014. Teoretik. ISBN 978-80-7502-047-5.

HOLÁ, Lenka. *Mediace v teorii a praxi*, V Praze: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3134-6.

WINTEROVÁ, Alena. *Civilní právo procesní: vysokoškolská učebnice*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Linde Praha, 2011. ISBN 9788072018420.

RABAN, Přemysl. *Alternativní řešení sporů, arbitráž a rozhodci v České a Slovenské republice a zahraničí*. Praha: C.H. Beck, 2004, 1. vydání, C.H. Beck. ISBN 80-7179-873-8.

ROZEHNALOVÁ, N. *Rozhodčí řízení v mezinárodním a vnitrostátním obchodním styku*. Praha: Nakladatelství Wolters Kluwer, 2013, 978-80-7478-004-2

HOLÁ, Lenka a Martina URBANOVÁ. *Právní a sociální aspekty mediace v České republice*. Wolters Kluwer, 2020, ISBN 978-80-7598-720-4.

HOLÁ, Lenka a Miluše HRNČÍŘÍKOVÁ. *Mimosoudní metody řešení sporů: vysokoškolská učebnice*. Praha: Leges, 2017, Student (Leges). ISBN 978-80-7502-246-2.

WILMOT, W.W. a HOCKER, J.L. *Interpersonal Conflict*. 7. McGraw-Hill, 2007, ISBN 9780073135540.

FISHER, Roger a URY, L. Wiliam a PATTON, Bruce. *Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In*, Random House UK Ltd, 2012, ISBN: 9781101539545.

HOLČAPEK, Tomáš. *Dokazování v medicínskoprávních sporech*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2011, 212 s. ISBN 978-80-7357-643-1.

CHOLENSKÝ, Robert. *Praktický průvodce mediací podle nové právní úpravy*. 1. vydání. Praha: Linde, 2013. 304 s. ISBN 978-80-7201-901-4.

SVATOŠ, Martin. *Tajemství mediace aneb řešení sporů od A do Z, 2020*, Art Francesco, v Praze, ISBN 978-80-86819-17-4.

DUBLER, Nancy Neveloff a LIEBMAN, Carol B. – *Bioethics Mediation: A Guide to Shaping Shared Solutions*, Vanderbilt University Press, 2011, ISBN: 9780826517722.

SVOBODA, Karel a kolektiv. *Občanský soudní řád. Komentář*. C.H.Beck, 2021, 3. vydání, ISBN: 978-80-7400-828-3.

HOFMARCHER, Maria M. *Das österreichische Gesundheitssystem - Akteure, Daten, Analysen*, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2013, ISBN: 978-3-95466-052-0

2. Seznam odborných článků

KOTULA, Jan. *Pár poznatků o mimosoudním řešení sporů mezi pacienty a poskytovateli zdravotních služeb ve Spojených státech amerických*. Právní rozhledy, r. 2015, č. 4, s. 133., PR 4/2015 s. 133 ISSN 1210-6410.

HOLÁ, Lenka. *Mediace ve zdravotnictví jako specializovaná oblast mediace*. In Matulník J., Capíková S. (Eds.) *Zdravotnickí pracovníci v systému zdravotnictva a v společnosti*. 2017.

HOLÁ, Lenka. *K pojmu conciliace v řešení spotřebitelských sporů*. *Obchodněprávní revue*. 2017, 2017(2), 47.

KRAMAN, S.S. a HAMM, G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med*. 1999 Dec 21;131(12):963-7. DOI: 10.7326/0003-4819-131-12-199912210-00010. PMID: 10610649

PIPKOVÁ, Petra Joanna. *Ochranný účel normy a jeho význam pro vymezení rozsahu odpovědnosti za škodu*, Právník, 2013, č. 9 [online]. [cit. 2017-04-16]. Dostupné z: https://www.ilaw.cas.cz/upload/web/files/pravnik/issues/2013/9/2.Pipkova_9_2013.pdf

HOLČAPEK, Tomáš. *Občanskoprávní odpovědnost v medicíně a její uplatňování u českých soudů*. Právní rozhledy. 2016, 24(9), 305-311.

DOLEŽAL, T. *Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky. 2011, (Vol 1 No 1 (2011), 3.

SOHN, David H. a BAL, Sonny B. *Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution* *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2012 (Vol. 470, No. 5), p. 1370-1378.), Published online 2011 Dec 13. doi: 10.1007/s11999-011-2206-2, PMCID: PMC3314770

McCLUNG, J. A., KAMER, R. S., DELUCA, M., & BARBER, H. J. (1996). *Evaluation of a medical ethics consultation service: Opinions of patients and health care providers*. *The American Journal of Medicine*, 100(4), 456–460. doi:10.1016/s0002-9343(97)89523x

LOCALIO, A.R, LAWTHERS, A.G, BRENNAN, TA, LAIRD, N.M, HERBERT, L.E, PETERSON, L.M, NEWHOUSE, J.P, WEILER, P.C, HIATT, H.H. *Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence*. Results of the Harvard Medical Practice Study III. *N Engl J Med*. 1991;325:245–251. DOI: 10.1056/NEJM199107253250405. PMID: 2057025

ANSTETT, P. *University of Michigan Health System hospital's goal: Safest in the nation*. Detroit Free Press. February 24, 2004. Detroit, Michigan.

KANOWITZ, Leo. *Cases and Materials on Alternative Dispute Resolution*. St. Paul: West Publishing Company, 1985.

GALLAGHER, Thomas H, WATERMAN, Amy D, EBERS, Alison G, FRASER, Victoria J, LEVINSON, Wendy. *Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of*

medical errors. 2003 Feb 26;289(8):1001-7. DOI: 10.1001/jama.289.8.1001. PMID: 12597752

ROBBENNOLT, Jennifer K. *Apologies and Legal Settlement: An Empirical Examination*, 102 University of Michigan Law School. Rev. 460 (2003). Dostupné z: <https://repository.law.umich.edu/mlr/vol102/iss3/3>

VEATCH, R. M. (1972). *Models for ethical medicine in a revolutionary age*. The Hastings Center Report, 2(3), 5–7. <https://doi.org/10.2307/3560825>

HYMAN, C. S.; LIEBMAN, C. B.; SCHECHTER, C. B.; SAGE, W. M. (2010). *Interest-Based Mediation of Medical Malpractice Lawsuits: A Route to Improved Patient Safety?*. Journal of Health Politics, Policy and Law, 35(5), 797–828. doi:10.1215/03616878-2010-028

SZASZ, T. S.; HOLLENDER, M. H. (1956). *A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship*. AMA Archives of Internal Medicine, 97(5), 585–592. <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>

ROBBENNOLT, Jennifer K. (2008). *Apologies and civil justice*. In B. H. Bornstein, R. L. Wiener, R. Schopp, & S. L. Willborn (Eds.), *Civil juries and civil justice: Psychological and legal perspectives* (pp. 195–231). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-74490-2_11

BORRACCI, Raúl A, GALLESIO, José M Álvarez, CIAMBRONE, Graciana, MATAYOSHI, Cecilia, ROSSI, Fernando, CABRERA, Soledad. *What patients consider to be a 'good' doctor, and what doctors consider to be a 'good' patient*. 2020 Jul;148(7) DOI: 10.4067/S0034-98872020000700930, PMID: 33399677

BURROWS, D. E. (1997). *Facilitation: a concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, 25(2), 396–404. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997025396.x

ROLPH, John E., ROLPH, Elizabeth S., a MOLLER, Erik. *Binding Arbitration is Not Frequently Used to Resolve Health Care Disputes*. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 1999. https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9030.html. DOI: 10.7249/RB9030

CHOLENSKÝ, Robert. *Mimosoudní řešení sporů ve zdravotnictví: příležitost pro mediaci*, Právní rozhledy, Praha: C. H. Beck, 2007, roč. 2007, No 11, 16 pp. ISSN 1210-6410.

HARTWIG, R. *Medical malpractice insurance jury verdict research: Insurance information institute* 2008. Dostupné na: http://server.iii.org/yy_obj_data/binary/729103_1_0/Medmal.pdf Accessed March 16, 2008

FRASER, JJ Jr. *American Academy of Pediatrics: technical report: alternative dispute resolution in medical malpractice*. Pediatrics. 2001;107:602–607, DOI: 10.1542/peds.107.3.602. PMID: 11230609

METZLOFF, Thomas.B. *Alternative dispute resolution strategies in medical malpractice*. Alaska Law Review. 1992;9:429–457. Dostupné z: <https://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1295&context=alr>

SZMANIA, Susan J., JOHNSON, Addie M., MULLIGAN, M. *Alternative dispute resolution in medical malpractice: a survey of emerging trends and practices*. Conflict Resolution Q. 2008;26:71–96, DOI: 10.1002/crq.224

LIEBMAN, Carol B., HYMAN, Chris Stern. *A mediation skills model to manage disclosure of errors and adverse events to patients*. Health Affairs 2004;23(4): 22-32. DOI: 10.1377/hlthaff.23.4.22. PMID: 15318564

PEEPLER, Ralph, HARRIS, Catherine, METZLOFF, Thomas.B. *Following the Script: An Empirical Analysis of Court-Ordered Mediation of Medical Malpractice Cases*. J Disp Resolution. 2007;1:101–118. Dostupné z: https://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=2506&context=faculty_scholarship

CREO, Robert A, SHOGAN, Jacqueline O., TURNER, Chatón T. *Malpractice Case Alternative Dispute Resolution*. Narberth, PA, USA: Physician's News Digest; 2005. Dostupné z: <https://healthcareneutral.com/2010/08/articles/healthcare-arbitration/new-jersey-court-green-lights-provider-patient-arbitration-agreements/>

WEBB, Rich J. *New Jersey Court Green Lights Provider-Patient Arbitration Agreements*. Healthcare Neutral ADR Blog. Califon, NJ, USA: Healthcare Neutral, LLC; 2010. Dostupné z: <https://healthcareneutral.com/2010/08/articles/healthcare-arbitration/new-jersey-court-green-lights-provider-patient-arbitration-agreements/>

FARRELL, Anne-Maree, DEVANEY, Sarah. *Making amends or making things worse? Clinical negligence reform and patient redress in England*, DOI: 10.1111/j.1748-121X.2007.00061.x

FRIELE, Roland D, Emmy M SLUIJS a Johan LEGEMAATE. *Complaints handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patients' expectations and their experiences*. DOI: 10.1186/1472-6963-8-199. PMCID: PMC2572061

HENDRYCH, Dušan a kolektiv. *Správní právo: obecná část*. 9. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2016, s. 429-431. Academia iuris (C.H. Beck). ISBN 978-80-7400-624-1.

3. Seznam použitých internetových zdrojů

KALVACH, Zdeněk. *Praha, Vídeň a solatium* [online]. 2009, Medical Tribune, [cit. 2023-10-16]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/praha-viden-a-solatium/>

SYSTEMSHOP.CZ. *Všeobecná zdravotní pojišťovna*, 2023, [cit. 2023-10-16]. Dostupné z: <https://www.systemshop.cz/>

EU Justice Scoreboard, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Central Bank, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, COM(2022) 234, European Union, 2022, Publications Office of the European Union [cit. 2023-10-16] ISBN 978-92-76-51630-9

Dostupné z: https://commission.europa.eu/system/files/2022-05/eu_justice_scoreboard_2022.pdf

Ministerstvo spravedlnosti JUSTICE.CZ. *České soudnictví 2020: Výroční statistická zpráva* [cit. 2023-10-16] Dostupné z: https://justice.cz/documents/12681/719244/Ceske_soudnictvi_2020.pdf/43b3020e-fc02-44a4-bb2c-a124ce85f57b

DIRECTORATE GENERAL FOR INTERNAL POLICIES POLICY DEPARTMENT C: CITIZENS' RIGHTS AND CONSTITUTIONAL AFFAIRS LEGAL AFFAIRS. *Rebooring the mediation directive: assessing the limited impact of its implementatin and proposing measures to increase the number of mediations in the EU: study*. Brussels, 2014. ISBN 978-92-823-5269-4 [cit. 2023-10-16] Dostupné z: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2014/493042/IPOL-JURI_ET\(2014\)493042_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2014/493042/IPOL-JURI_ET(2014)493042_EN.pdf)

Tiskové centrum Ministerstva zdravotnictví České republiky, *Ministerstvo zdravotnictví vydalo Metodiku pro nemocniční ombudsmany* 19. 6. 2023 [cit. 2023-10-16] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-vydalo-metodiku-pro-nemocnicni-ombudsmany/>

BOOTHMAN, Richard JD. a HOYLER, Margo M. *The University of Michigan's Early Disclosure and Offer Program*. Bulletin of the American College Surgeons MARCH 2, 2013. [cit. 2023-10-16] Dostupné z: <https://bulletin.facs.org/2013/03/michigans-early-disclosure/>

ASOCIACE OMBUDSMANŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ ČR. [cit. 2023-10-16] Dostupné z: <https://www.ftn.cz/asociace-ombudsmanu-ve-zdravotnictvi-cr-1298/>

ZUMETA, Zena: *Styles of Mediation: Facilitative, Evaluative, and Transformative Mediation*. February 27, 2018 [cit. 2023-10-16] Dostupné z: <https://mediate.com/styles-of-mediation-facilitative-evaluative-and-transformative-mediation/>

Ministerstvo spravedlnosti České republiky, *Souhrnné výkladové stanovisko Ministerstva spravedlnosti ČR k nařízenému prvnímu setkání se zapsaným mediátorem*. [cit. 2023-10-16] Dostupné z: <https://mediace.justice.cz/wp-content/uploads/2023/06/Souhrnne-stanovisko-k-prvnimu-setkani.pdf>

Ministerstvo spravedlnosti České republiky. *Soud mi nařídil první setkání s mediátorem*. [cit. 2023-10-16] Dostupné z: <https://mediace.justice.cz/soud-mi-naridil-prvni-setkani-s-mediatorem/>

Komora mediátorů a facilitátorů ČR. *Základní informace o facilitaci* [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://www.kmfcr.cz/facilitace.html>

ONG, Cecilia. *Medical mediation: Bringing everyone to the table*. Bulletin of the American College Surgeons. 2013 [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://bulletin.facs.org/2013/03/medical-mediation/>

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. *Confronting the New Health Care Crisis*:

Improving Health Care Quality and Lowering Costs by Fixing Our Medical Liability System.” US Department of Health and Human Services (2002). [cit. 2023-10-16] Dostupné z: https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/migrated_legacy_files//40241/litrefm.pdf

Department of Health and Social Care, *The NHS Constitution for England*. [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/how-do-i-give-feedback-or-make-a-complaint-about-an-nhs-service>

NHS Resolution. *Mediation in healthcare claims – an evaluation*, 2020, [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/02/NHS-Resolution-Mediation-in-healthcare-claims-an-evaluation.pdf>

NHS Resolution: *Annual report and accounts 2022/23*. July 2023. [cit. 2023-10-16] Dostupné z https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/07/NHS-Resolution-Annual-report-and-accounts-2022-23_Access.pdf

National Audit Office, *Managing the costs of clinical negligence in trusts*, September 2017. [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://www.nao.org.uk/reports/managing-the-costs-of-clinical-negligence-in-trusts/>

MEMMER, Michael. *Modelle einer Entschädigung nach Behandlungsfehlern*. Imago Hominis (2011); 18(1): . [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://www.imabe.org/imagohominis/imago-hominis-1/2011/modelle-einer-entschaedigung-nach-behandlungsfehlern>

Stadt Wien/Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft. *Patientenentschädigungsfonds*. [cit. 2023-10-16] Dostupné z <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/patientenanwaltschaft/schadensfaelle/patientenfonds.html>

KÁBELOVÁ, Andrea. *Statistika nuda je, má však cenné údaje*. Část I. – Kolik nás je a kde jsme? [online]. 2020 [cit. 2023-09-29]. Advokátní deník, 8. 7. 2020. Dostupné z: <https://advokatnidenik.cz/2020/07/08/statistika-nuda-je-ma-vsak-cenne-udaje-cast-i-kolik-nas-je-a-kde-jsme/>

ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. *Alternative Dispute Resolution in Medical Malpractice Disputes*. (2017). RADIC, Zeljko, RONCEVIC, Ante, YONGQIANG, Li et al. Economic and Social Development : 22nd International Scientific Conference on Economic and Social Development – “The Legal Challenges of Modern World” : Book of proceedings, p. 233-242, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3213596>

4. Seznam použitých právních předpisů

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění činném do 1. 7. 1966.

Zákon č. 202/2012 Sb., o mediaci a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 349/1999 Sb., o Veřejném ochránci práv.

Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře

Zákon č. 254/2019 Sb., o znalcích, znaleckých kancelářích a znaleckých ústavech, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 500/2004 Sb., Správní řád

Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2008/52/ES ze dne 21.05.2008, o některých aspektech mediace v občanských a obchodních věcech.

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví České republiky K vyřizování stížností podle části osmé zákona o zdravotních službách s využitím institutu nemocničního ombudsmana

Stavovský předpis České lékařské komory č. 4 - Disciplinární řád ČLK

5. Seznam použité judikatury

Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 3 Tdo 167/2022, ze dne 6. 4. 2022,

Rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 27. 9.1990, sp. zn. 1 Cz 59/90,

Rozhodnutí Nejvyššího správního soudu ze dne 17. 9. 2014, sp. zn. 2 As 41/2014-47.

6. Seznam ostatních zdrojů

ŠUSTEK, Petr. Prezentace „*Občanskoprávní odpovědnost ve zdravotnictví*“: Přednáška z kurzu Zdravotnické právo I. Praha. Univerzita Karlova. Slide 8 prezentace.

Prezentace "*Klíčové principy nastavení ombudsmanů ve zdravotnictví a práce na metodice pro poskytovatele zdravotních služeb*" ze dne 5. května 2022 od Mgr. Šárky Liolia

Prezentace "*Stížnostní mechanismus ve zdravotnictví*" ze dne 19. září 2023 od Mgr. Michaely Sedláčkové

Důvodová zpráva k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Důvodová zpráva k zákonu č. 349/1999 Sb., o Veřejném ochránci práv

LÍMOVÁ, L., LAVICKÝ, P. *Mediácia*. Diplomová práce. Brno, MU, 2009.

Polostrukturované rozhovory s nemocničními ombudsmany

Polostrukturované rozhovory s mediátory

Vyjádření předsedy Asociace nemocničních ombudsmanů ve zdravotnictví, z. s., pana Petra Balleka, ze dne 17. 9. 2023 v rámci projektu Ministerstva zdravotnictví ČR „Světový den bezpečí pacientů“

Mimosoudní řešení občanskoprávních sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá využitím metod mimosoudního řešení ve sporech mezi poskytovateli zdravotních služeb a pacienty v České republice a částečně i v zahraničí.

Úvodní kapitola popisuje hmotněprávními aspekty mimosoudního řešení v občanskoprávních sporech v rámci zdravotnictví. První podkapitola poskytuje stručný přehled občanskoprávní odpovědnosti poskytovatelů zdravotních služeb. Druhá podkapitola se zabývá vztahem lékaře a pacienta a zmiňuje některé jeho problematické aspekty, které mohou vést ke konfliktům.

Ve třetí kapitole je čtenáři představen pojem mimosoudní řešení. Vyjma definice pojmu ADR jsou v kapitole pomocí grafů porovnávány praktické dopady mediace a soudního řízení, čímž je zdůrazněn potenciál ADR. V následující podkapitole jsou nastíněny charakteristiky ADR. Ačkoli stížnost není sama o sobě považována za metodu ADR, hraje ve zdravotnictví zásadní roli a funguje jako předstupeň procesu ADR. Následující kapitola se proto zabývá mechanismem stížností a osobami odpovědnými za jejich vyřizování, tedy nemocničních ombudsmanů, právníků a veřejného ochránce práv. Následující podkapitoly pak vyjmenovávají různé metody ADR použitelné ve zdravotnictví, konkrétně vyjednávání, mediaci, facilitaci, smířčí řízení, rozhodčí řízení a expertizu.

Čtvrtá kapitola se zabývá využíváním ADR ve zdravotnictví v zahraničních zemích, konkrétně v USA, Velké Británii a Rakousku. Všechny tyto tři země se snaží vypořádat občanskoprávní nároky pacientů primárně mimosoudní cestou, ale každá z nich používá odlišný přístup.

Následující kapitola zahrnuje analýzu tří dotazníkových šetření. První dotazník je věnován pacientům, druhý lékařům a třetí právním oddělením nemocnic. Kromě tohoto kvantitativního výzkumu autorka provedla i kvalitativní výzkum prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s nemocničními ombudsmany, mediátory a dalšími osobami, které se profesně věnují některému dílčímu tématu této diplomové práce (např. veřejný ochránce práv či zaměstnanec ministerstva zdravotnictví).

Závěr se věnuje zhodnocení a úvahám de lege ferenda a shrnuje práci komplexním závěrem.

Klíčová slova

ADR, mediace, zdravotnictví, vztah lékaře a pacienta, stížnosti, nemocniční ombudsman, litigace

Alternative Dispute Resolution in Civil Disputes between Patients and Healthcare Providers

Abstract

This thesis is centered on addressing the use of alternative dispute resolution (ADR) methods concerning conflict resolution between healthcare providers and patients in the Czech Republic.

The initial chapter delves into the substantive aspects of ADR in civil disputes within the healthcare sector. The first subchapter provides a brief overview of the civil liability of healthcare providers. Subchapter two explores the doctor-patient relationship, shedding light on some of its problematic facets that can lead to conflicts.

Chapter three focuses on ADR. It not only defines the concept of alternative dispute resolution but also employs charts to compare mediation and litigation, highlighting the potential of ADR. The subsequent subchapter outlines the characteristics of ADR. While a complaint isn't strictly considered an ADR method, it plays a crucial role in the healthcare sector, acting as a precursor to the ADR process. Thus, the following section delves into the complaint mechanism and the individuals responsible for handling complaints, including hospital ombudsmen, lawyers, and the Public Defender of Rights. Subsequent subchapters then enumerate various ADR methods applicable to healthcare, specifically negotiation, mediation, facilitation, conciliation, arbitration, and expertise.

Chapter four explores the utilization of ADR in healthcare in foreign countries, namely the USA, UK, and Austria. These three nations all resolve patient civil claims outside of court, but each employs a distinct approach.

The subsequent section involves the analysis of three questionnaire surveys. The first is dedicated to patients, the second to physicians, and the third to hospital legal departments. In addition to this quantitative research, the author conducted qualitative research through semi-structured interviews with hospital ombudsmen, mediators, and other individuals involved in the thesis's subject matter, including the Public Defender of Rights and a clerk from the Ministry of Health.

The final chapter encapsulates the thesis with a comprehensive conclusion.

Key words

ADR, mediation, healthcare, doctor-patient relationship, complaints, hospital ombudsman, litigation

Příloha I – dotazníkové šetření s pacienty

Pacienti: Mimosoudní řešení sporů mezi lékaři a pacienty

Dobrý den,

jmenuji se Adéla Syrová a jsem studentkou 5. ročníku Právnické fakulty Univerzity Karlovy.

V rámci diplomové práce zkoumám **mimosoudní řešení občanskoprávních sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem**. Práce se nezaobírá pouze klasickými metodami ADR, ale i instituty, které byly zřízeny speciálně pro oblast zdravotnictví a slouží jako prevence soudních sporů nebo jako rychlejší a finančně méně nákladný odklon od litigace. Česká republika má s těmito instituty jen nepatrnou zkušenost, nicméně jejich širší zavedení do systému zdravotnictví by mohlo ulevit lékařům, pacientům i soudům.

Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako jeden z podkladů pro zpracování praktické části diplomové práce, neboť reakce a zájmy pacientů ve sporu, jehož předmětem jsou hodnoty jako zdraví a lidská důstojnost pacienta, jsou pro tuto problematiku stěžejní.

Dotazník je zcela anonymní.

Moc děkuji za Váš čas.

[SPUSTIT DOTAZNÍK TEĎ](#)

Ochrana soukromí | Vytvořit dotazník zdarma | © Survio 2023

1. Ocitl/a jste se někdy v situaci, kdy spor s lékařem vyescaloval nebo mohl vyescalovat v soudní spor?*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Powered by  survio



2. Pokud ano, co bylo příčinou?

(nepovinná otázka)

Neempatický přístup lékaře


Nebyla mi poskytnuta náležitá lékařská péče

Lékařské pochybení (tzn. chybou postupu lékaře mi vznikla újma)

Neoprávněný zásah do osobnosti pacienta (např: neumožnění návštěvy pacienta, zákaz přítomnosti otce u porodu, neoprávněné podávání informací, zásah do práva na lidskou důstojnost)

Jiná...



Powered by  survio



3. Pokud ano, v jaké oblasti medicíny?

(Nepovinná otázka)

Anesteziologie

Dermatovenerologie

Gynekologie/porodnictví

Hygiena/epidemiologie

Chirurgie

Interna

Kardiochirurgie

Maxilofaciální chirurgie

Neurochirurgie

Neurologie

Oftalmologie

Ortopedie

ORL

Patologie

Pediatric

Psychiatrie

Radiologie

Urologie


Všeobecné praktické lékařství

Zubní lékařství

4. Jaké kroky byste v případě sporu s lékařem, kdy Vám byla způsobena újma, zvažoval/a

Změňte pořadí položek dle svých preferencí (1. - nejdůležitější, 6. - nejméně důležitá) Pro změnu pořadí je třeba na odpověď kliknout a táhnout požadovaným směrem nahoru/dolů.

- ◇ 1. Stížnost lékařské komoře
- ◇ 2. Vyhledání právní pomoci (advokáta)
- ◇ 3. Medializace - zveřejnění kauzy
- ◇ 4. Stížnost poskytovateli zdravotních služeb (tzn. vedení nemocnice, ústavu, ...)
- ◇ 5. Žádost o vysvětlení, co se přesně stalo a proč újma vznikla
- ◇ 6. Obrátil/a bych se na nemocničního ombudsmana (=nezávislá osoba v některých zdravotnických zařízeních, která se zabývá podněty a stížnostmi pacientů, provádí šetření události a navrhuje řešení)


Powered by  **survio**



5. Pokud byste se ocitl/a v situaci sporu s lékařem, jaká by byla Vaše očekávání ohledně výsledku? (tzn. jaká byste chtěl/a řešení)

Změňte pořadí položek dle svých preferencí (1. - nejdůležitější, 4. - nejméně důležitá) Pro změnu pořadí je třeba na odpověď kliknout a táhnout požadovaným směrem nahoru/dolů.

- ◇ 1. Omluva lékaře
- ◇ 2. Ujistění, že jsou podniknuty kroky, aby se situace již nikomu jinému nestala
- ◇ 3. Vysvětlení, co se stalo a proč vznikla újma
- ◇ 4. Finanční kompenzace vzniklé újmy


Powered by  **survio**



6. Jaký přístup lékaře považujete za žádoucí v případě, že by došlo k jeho pochybení a Vám vznikla újma?

Změňte pořadí položek dle svých preferencí (1. - nejvíce žádoucí, 5. - nejméně žádoucí). Pro změnu pořadí je třeba na odpověď kliknout a táhnout požadovaným směrem nahoru/dolů.

- ◇ 1. vyjádření lítosti ("Je nám líto, co se Vám stalo")
- ◇ 2. vyjádření lítosti ("Mrzí nás, že jsme udělali chybu")
- ◇ 3. vysvětlení, co se přesně stalo a proč újma vznikla
- ◇ 4. vyslechnutí pacienta
- ◇ 5. stručné konstatování faktů


Powered by 



7. Jaký přístup lékaře považujete za NEžádoucí v případě, že by došlo k jeho pochybení a Vám vznikla újma?

Změňte pořadí položek dle svých preferencí (1. - nejvíc nežádoucí, 4. - nejméně nežádoucí) Pro změnu pořadí je třeba na odpověď kliknout a táhnout požadovaným směrem nahoru/dolů.

- ◇ 1. odmítnutí další komunikace ohledně problému ("S tím se obraťte na právní oddělení")
- ◇ 2. bagatelizace problému ("Však to nic není")
- ◇ 3. velmi stručné konstatování faktů bez potřebného vysvětlení
- ◇ 4. úplné přehlížení problému

Powered by 



8. Ocenil/a byste, kdyby byl v ČR zavedený systém, který by řešil spory s pacienty nejprve mimosoudně?*

Vyberte jednu odpověď


rozhodně ano

spíše ano

nevím

spíše ne

rozhodně ne

Powered by  survio



9. Znáte mimosoudní řešení ve formě mediace?*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Powered by  survio




Mediace

"mediace je metoda řešení konfliktu, při níž neutrální kvalifikovaná osoba pomáhá účastníkům konfliktu ve vzájemném dorozumívání, jehož cílem je dosažení jejich spokojenosti s procesem i výsledkem řešení konfliktu."

- dobrovolný proces
- dílčí jednání moderuje osoba mediátora (absolvovaný kurz mediace, pro oblast zdravotnictví žádoucí orientace v systému)
- strany v rámci jednání řeší problém formou diskuze, objasňují si relevantní okolnosti a vzájemně hledají vhodné řešení
- na konci mediace uzavírají dohodu

definice: Mediace v teorii a praxi, L. Holá, dostupné na <https://www.bookport.cz/e-kniha/mediace-v-teorii-a-praxi-1208023/>, str. 151 až 152

Powered by  survio



10. Za předpokladu, že by došlo ke sporu s lékařem, volil/a byste raději mediaci oproti soudnímu řízení?*

Vyberte jednu odpověď


rozhodně ano

spíše ano

nevím

spíše ne

rozhodně ne

Powered by  survio



11. Byl/a byste si jistější, kdybyste byl/a zastoupen/a při mediaci advokátem?*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně ano

spíše ano

nevím

spíše ne

rozhodně ne

Powered by  **survio**



12. Jak na Vás působí mimosoudní řešení?*

Vyberte jednu odpověď


Pozitivně - méně stresující záležitost oproti soudnímu řízení

Negativně - jedná se o ztrátu času

Nemám k němu důvěru

Nevím

Jiná... 

Powered by  **survio**



13. Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (0 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)*


Proběhlo táhlé, finančně nákladné a emočně vypjaté soudní řízení, které Vaše strana vyhrála

★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (0 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)*

Vysvětlením příčiny konfliktu došlo k narovnání vztahu mezi lékařem a pacientem bez dalších právních důsledků (tzn. lékař mi podrobně vysvětlil, že to, co jsem vnímal jako nespravedlivé, mělo své rozumné opodstatnění. Chápu, že lékař nemohl jednat jinak.)

★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10


Powered by  survio



Děkuji za Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

Pokud máte osobní zkušenost se sporem ve zdravotnictví, budu moc ráda za její sdílení prostřednictvím níže uvedené e-mailové adresy. Tato výzva není nabídkou právního poradenství, nýbrž prosba o bližší popis situací, ke kterým v rámci poskytování zdravotních služeb dochází. Data budou anonymně zpracována za účelem hledání lepšího řešení.

V případě dotazů, podnětů nebo žádosti o výsledky dotazníkového šetření mě neváhejte kontaktovat prostřednictvím e-mailové adresy: dotaznik.mimosoudni.reseni@gmail.com

Powered by  survio



Odeslat

Příloha II – dotazníkové šetření s lékaři

Mimosoudní řešení sporů mezi lékaři a pacienty

Dobrý den,

Jmenuji se Adéla Syrová a jsem studentkou 5. ročníku Právnické fakulty Univerzity Karlovy.

V rámci diplomové práce zkoumám **mimosoudní řešení občanskoprávních sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem**. Práce se nezaobírá pouze klasickými metodami ADR, ale i instituty, které byly zřízeny speciálně pro oblast zdravotnictví a slouží jako prevence soudních sporů nebo jako rychlejší a finančně méně nákladný odklon od litigace. Česká republika má s těmito instituty jen nepatrnou zkušenost, nicméně jejich širší zavedení do systému zdravotnictví by mohlo ulevit lékařům, pacientům i soudům.

Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako jeden z podkladů pro zpracování praktické části diplomové práce, neboť přístup lékaře ke konfliktní situaci a sporu jako takovému je v této oblasti klíčový.

Dotazník se zaměřuje na přístup lékařů a řešení sporu svépomocí, nikoli prostřednictvím právního oddělení zdravotnického zařízení.

Dotazník je zcela anonymní.

Moc děkuji za Váš čas.

[SPUSTIT DOTAZNÍK TEĎ](#)

Ochrana soukromí | Vytvořit dotazník zdarma | © Survio 2023

1. Ve kterém oboru působíte?*

Vyberte jednu odpověď

Anesteziologie

Dermatovenerologie

Gynekologie / porodnictví

Hygiena/epidemiologie

Chirurgie

Interna

Kardiochirurgie

Maxilofaciální chirurgie

Neurochirurgie

Neurologie

Oftalmologie

Ortopedie

ORL

Patologie

Pediatric

Psychiatrie

Radiologie

Urologie

Všeobecné praktické lékařství

Zubní lékařství

Powered by  survio



2. Ve kterém kraji vykonáváte povolání lékaře?*

Vyberte jednu odpověď

Hlavní město Praha

Jihočeský kraj

Jihomoravský kraj

Karlovarský kraj

Kraj Vysočina

Královéhradecký kraj

Liberecký kraj

Moravskoslezský kraj

Olomoucký kraj

Pardubický kraj

Plzeňský kraj

Středočeský kraj

Ústecký kraj

Zlínský kraj

Powered by  **survio**



3. Ve kterých letech jste začal/a vykonávat povolání lékaře?*

Vyberte jednu odpověď

Powered by  **survio**



4. Ocitl/a jste se někdy v situaci, kdy spor s pacientem vyeskaloval nebo mohl vyeskalovat v soudní spor?*

Vyberte jednu odpověď

Powered by  **survio**



5. Pokud ano, co bylo příčinou?

(nepovinná otázka)

Chyba v komunikaci

Komplikace v léčbě (bez zavinění zdravotnického personálu)

Komplikace v léčbě (chybou lidský faktor)

Neoprávněný zásah do osobnosti pacienta (zásah do soukromého a rodinného života, porušení práva na ochranu osobních údajů - např. neoprávněné podávání informací, zásah do práva na lidskou důstojnost)

Jiná...

Powered by  survio



6. Co byste učinil/a, pokud by pacient hrozil žalobou nebo medializací?*

Možné zvolit více možností

odmítl/a bych dále věc rozebírat

pokusil/a bych se pacientovi vysvětlit okolnosti, které zapříčinily spor

pacientovi bych sdělil/a, že jím navrhované kroky nikam nepovedou

pacienta bych vyslechl/a

vyjádřil/a bych lítost nad vzniklou situací

vyhledal/a bych právního zástupce

Jiná...

Powered by  survio



7. Co byste učinil/a, pokud by si pacient stěžoval na vzniklou újmu, ačkoli nebyla způsobená Vaším zaviněním?*

Možné zvolit více možností

odmítl/a bych věc dále rozebírat

pokusil/a bych se pacientovi vysvětlit okolnosti, které zapříčinily spor

vyjádřil/a bych lítost nad vzniklou situací

pacienta bych vyslechl/a

obrátil/a bych se na právního zástupce

Jiná...



Powered by  survio



8. Co byste učinil/a, pokud by pacient utrpěl újmu v důsledku lékařského pochybení?*

Možné zvolit více možností

odmítl/a bych dále věc rozebírat

pokusil/a bych se pacientovi vysvětlit okolnosti, které zapříčinily spor

vyjádřil/a bych lítost nad vzniklou situací ("Je mi líto, co se Vám stalo")


vyjádřil/a bych lítost nad vzniklou situací (uznání vlastního pochybení)

pacienta bych vyslechl/a

vyhledal/a bych právní zastoupení

Jiná...



Powered by  survio



9. Co byste učinil/a, kdyby si pacient stěžoval, že mu nebyla poskytnuta řádná lékařská péče, ačkoli byste si byl/a jistý/á, že postup byl de lege artis*

Možné zvolit více možností

odmítl/a bych věc dále věc rozebírat

pokusil/a bych se pacientovi vysvětlit okolnosti, které zapříčinily spor

vyjádřil/a bych lítost nad vzniklou situací ("Je mi líto, že to tak vnímáte")

pacienta bych vyslechl/a

pacientovi bych sdělil/a, že případné stížnosti nikam nepovedou

Jiná...



Powered by  survio



10. Znáte mimosoudní řešení formou mediace?*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Powered by  survio



Mediace

"mediace je metoda řešení konfliktu, při níž neutrální kvalifikovaná osoba pomáhá účastníkům konfliktu ve vzájemném dorozumívání, jehož cílem je dosažení jejich spokojenosti s procesem i výsledkem řešení konfliktu."

- dobrovolný proces
- dílčí jednání moderuje osoba mediátora (absolvovaný kurz mediace, pro oblast zdravotnictví žádoucí orientace v systému)
- strany v rámci jednání řeší problém formou diskuze, objasňují si relevantní okolnosti a vzájemně hledají vhodné řešení
- na konci mediace uzavírají dohodu

definice: Mediace v teorii a praxi, L. Holá, dostupné na <https://www.bookport.cz/e-kniha/mediace-v-teorii-a-praxi-1208023/>, str. 151 až 152

Powered by  survio



11. Jak na Vás působí mimosoudní řešení?*

Vyberte jednu odpověď

Pozitivně - méně stresující záležitost oproti soudnímu řízení

Negativně - jedná se o ztrátu času

Nemám k němu důvěru

Nevím

Jiná... 

Powered by  survio



12. Ocenil/a byste, kdyby byl v ČR zavedený institut, který by řešil spory s pacienty nejprve mimosoudně? (např. pretrial screening, vyjednávání, ombudsman, mediacce)*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně ano

spíše ano

nevím

spíše ne

rozhodně ne

Powered by 



13. Za předpokladu, že by došlo na spor s pacientem, volil/a byste raději mediaci oproti soudnímu řízení?*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně ano

spíše ano

nevím

spíše ne

rozhodně ne

Powered by 



14. Byl/a byste si jistější, kdybyste byl/a zastoupen/a při mediaci advokátem?*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně ano

spíše ano

nevím

spíše ne

rozhodně ne

Powered by  survio



15. Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (1 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)*

Proběhlo mimosoudní řízení, na kterém byla s pacientem uzavřena dohoda, v níž se mu dostalo finanční kompenzace. Vztah lékaře a pacienta je narovnaný.



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

16. Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (1 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)*

Vysvětlením příčiny konfliktu došlo k narovnání vztahu mezi lékařem a pacientem bez dalších právních důsledků (tzn. pacient díky vysvětlení lékaře pochopil, proč lékař jednal určitým způsobem, s tímto vysvětlením se spokojil a nepodniká žádné další kroky)



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

17. Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (1 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)*

Proběhlo táhlé, finančně nákladné a emočně vypjaté soudní řízení, které Vaše strana vyhrála

★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (1 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)*

Pacient stáhl žalobu/stížnost, avšak vztah mezi pacientem a lékařem zůstává narušený (tzn. spor "vyšuměl" a nezanechal žádné právní důsledky, ale pacient cítí, že mu byla způsobena újma)

★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Powered by  survio



Děkuji za Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

V případě dotazů, podnětů nebo žádosti o výsledky dotazníkového šetření mě neváhejte kontaktovat prostřednictvím e-mailové adresy: dotaznik.mimosoudni.reseni@gmail.com

Powered by  survio



Odeslat

Příloha III – dotazníkové šetření s poskytovateli zdravotních služeb

Mimosoudní řešení sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem

Dobrý den,

jmenuji se Adéla Syrová a jsem studentkou 5. ročníku Právnické fakulty Univerzity Karlovy.

V rámci diplomové práce zkoumám **mimosoudní řešení občanskoprávních sporů mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem**. Práce se nezaobírá pouze klasickými metodami ADR, ale i instituty, které byly zřízeny speciálně pro oblast zdravotnictví a slouží jako prevence soudních sporů nebo jako rychlejší a finančně méně nákladný odklon od litigace. Česká republika má s těmito instituty jen nepatrnou zkušenost, nicméně jejich širší zavedení do systému zdravotnictví by mohlo ulevit lékařům, pacientům i soudům.

Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako jeden z podkladů pro zpracování praktické části diplomové práce, neboť právě poskytovatel zdravotních služeb může svým přístupem ke konfliktu značně ovlivnit jeho budoucí směřování.

Dotazník je zcela anonymní.

Moc děkuji za Váš čas.

SPUSTIT DOTAZNÍK TEĎ

1. Jakým typem je Vaše zařízení?*

Vyberte jednu odpověď

Fakultní nemocnice

Krajská nemocnice

Oblastní nemocnice

Městská nemocnice

Specializovaná nemocnice (onkologie, psychiatrie, ...)

Powered by  **survio**



2. Ve kterém kraji působíte?*

Vyberte jednu odpověď

Hlavní město Praha

Jihočeský kraj

Jihomoravský kraj

Karlovarský kraj

Kraj Vysočina

Královéhradecký kraj

Liberecký kraj

Moravskoslezský kraj

Olomoucký kraj

Pardubický kraj

Plzeňský kraj

Středočeský kraj

Ústecký kraj

Zlínský kraj

3. Ve kterých oborech často zaznamenáváte spory?*

Možné více odpovědí

Anesteziologie

Dermatovenerologie

Gynekologie/porodnictví

Hygiena/epidemiologie

Chirurgie

Interna

Kardiochirurgie

Maxilofaciální chirurgie

Neurochirurgie

Neurologie

Oftalmologie

Ortopedie

ORL

Patologie

Pediatric

Psychiatrie

Radiologie

Urologie

Všeobecné praktické lékařství

4. Máte zřízenou funkci nemocničního ombudsmana?

*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Powered by  **survio**



5. Pokud ano, zaznamenali jste úbytek soudních sporů?

(nepovinná otázka)

Ano

Ne

Na otázku nelze jednoznačně odpovědět

Powered by  **survio**



6. Jaké metody mimosoudního řízení umožňujete?*

Možné zvolit více možností

Vyjednávání zakončené dohodou o narovnání

Mediaci vedenou externím pracovníkem zakončenou mediační dohodou

Mediaci vedenou interním pracovníkem zakončenou mediační dohodou

Zavedená praxe poskytovatele nezahrnuje mimosoudní instituty jako možnou formu řešení

Jiná... 

Powered by  **survio**



7. Pokud umožňuje uzavření dohody s pacientem, potvrzujete jí, aby byla přímo vykonatelná?

(nepovinná otázka) možné více odpovědí

Ano, předložením soudu

Ano, zhotovením notářského zápisu

Ne, po uzavření dohody se věc považuje za vyřízenou

Powered by  **survio**



8. Pokud nevyužíváte mimosoudní řešení, z jakého důvodu?

(nepovinná otázka) možné více odpovědí

Pacienti mimosoudnímu řešení nedůvěřují, problém řeší prostřednictvím právníků a s nároky se obrací na soud

System zdravotnictví tuto variantu řešení moc neumožňuje (např.: málo mediátorů pro oblast zdravotnictví)

Nebyla potřeba, současný systém je dostačující

Jiná...



Powered by  **survio**



9. Co bývá nejčastější příčinou sporu?


Změňte pořadí položek dle svých preferencí (1. - nejčastější, poslední - nejméně častá)

◇ 1. Chyba v komunikaci

◇ 2. Komplikace v léčbě (bez zavinění zdravotnického personálu)

◇ 3. Komplikace v léčbě (chybou lidský faktor)

◇ 4. Neoprávněný zásah do osobnosti pacienta (neoprávněné podávání informací, zásah do soukromého a rodinného života, ...)

Powered by  **survio**



10. Ocenili (a využili) byste širší zavedení mediace do zdravotnictví?*

Vyberte jednu odpověď

Rozhodně ano

Spíše ano

Nevím

Spíše ne

Rozhodně ne

Powered by  **survio**



11. Ocenili byste, kdyby byl v ČR zavedený systém, který by občanskoprávní nároky pacienta vypořádával primárně mimosoudně? (např. odškodňovací fondy)*

Vyberte jednu odpověď

Rozhodně ano

Spíše ano

Nevím

Spíše ne

Rozhodně ne

Powered by  **survio**



12. Co podle Vás chce pacient od řešení sporu?

Změňte pořadí položek dle svých preferencí (1. - nejdůležitější, poslední - nejméně důležitá)

- ◇ 1. Omluvu lékaře / poskytovatele zdravotních služeb
- ◇ 2. Ujistění, že jsou podniknuty kroky, aby se obdobná situace již nikomu jinému nestala
- ◇ 3. Vysvětlení, co se stalo a proč pacientovi vznikla újma
- ◇ 4. Finanční kompenzaci vzniklé újmy
- ◇ 5. Vítězství ve sporu a porážku druhé strany (tj. poskytovatele zdravotních služeb)


Powered by  **survio**



13. Jaké atributy by podle Vás mělo mít ideální řešení sporu s pacientem?

Změňte pořadí položek dle svých preferencí (1. - nejdůležitější, poslední - nejméně důležitá)

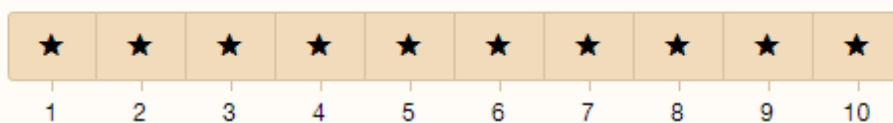
- ◇ 1. Nízké finanční náklady
- ◇ 2. Rychlost
- ◇ 3. Důvěrnost (ve smyslu neveřejnost)
- ◇ 4. Objasnění příčin sporu, okolností a zájmů stran
- ◇ 5. Kooperativní přístup druhé strany
- ◇ 6. Nízkou úroveň stresu zaměstnanců spojenou s řešením záležitosti (např. u ošetřujícího lékaře, právníků, vedení nemocnice, ...)

Powered by  **survio**



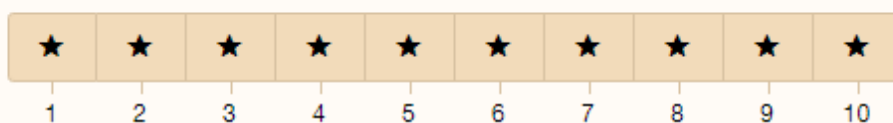
14. Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (0 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)*

Pacient stáhl žalobu/stížnost, avšak vztah mezi pacientem a lékařem zůstává narušený (tzn. spor "vyšuměl" a nezanechal žádné právní důsledky, ale pacient cítí, že mu byla způsobena újma)



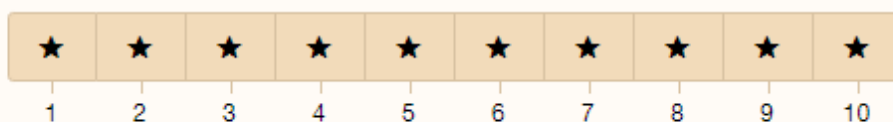
15. Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (0 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)*

Proběhlo táhlé, finančně nákladné a emočně vypjaté soudní řízení, které Vaše strana vyhrála



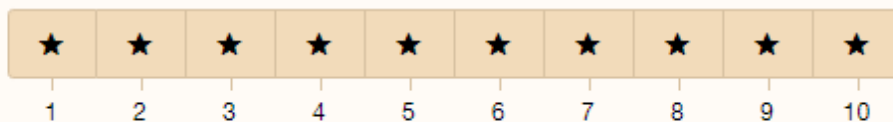
16. Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (0 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)*

Vysvětlením příčiny konfliktu došlo k narovnání vztahu mezi lékařem a pacientem bez dalších právních důsledků (tzn. pacient díky vysvětlení lékaře pochopil, proč lékař jednal určitým způsobem, s tímto vysvětlením se spokojil a nepodniká žádné další kroky)



17. Které případy považujete za úspěšně vyřešené? (0 - velmi neúspěšné, 10 - velmi úspěšné)*

Proběhlo mimosoudní řízení, na kterém byla s pacientem uzavřena dohoda, v níž se mu dostalo finanční kompenzace. Vztah lékaře a pacienta je narovnaný.



Děkuji za Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

V případě dotazů, podnětů nebo žádosti o výsledky dotazníkového šetření mě neváhejte kontaktovat prostřednictvím e-mailové adresy: [REDACTED]

Powered by  **survio**



Odeslat

Příloha IV – polostrukturovaná rozhovor s nemocničními ombudsmany

Dotazník - nemocniční ombudsmani

1. **Jaká je běžná pracovní náplň nemocničního ombudsmana?**
 - ...
2. **Jaké jsou kompetence nemocničního ombudsmana?** *(např. vydává doporučení, vytváří metodiku postupu, navrhuje sankce, etc.)*
 - ...
3. **Jaké jsou pro funkci nemocničního ombudsmana ve Vašem zařízení nutné předpoklady?** *(např.: určité vzdělání, zkušenosti, absolvované školení, konkrétní povahové rysy, etc.)*
 - ...
4. **Jaký je standardní postup v momentě, kdy ombudsman obdrží stížnost?**
 - ...
5. **Jakým způsobem probíhá komunikace se stěžovatelem?**
 - ...

+ jak probíhá komunikace, pokud konkrétně:

 - a) stěžovatel hrozí žalobou?
 - ...
 - b) stěžovatel hrozí medializací?
 - ...
 - c) stížnost je spíše "subjektivní pocit" stěžovatele? *(např.: „lékař se mi dostatečně nevěnoval, nebyla mi poskytnuta náležitá zdravotní péče“)*
 - ...
 - d) pochybení poskytovatele zdravotních služeb je zjevné?
 - ...
 - e) pochybení poskytovatele zdravotních služeb je nejisté?
 - ...
6. **Jak probíhá příprava na konzultaci se stěžovatelem?**
 - ..
7. **Jakými etickými pravidly se řídí Vaše zařízení, popř. existuje etický kodex?**
 - ...

8. Jaká řešení sporů ombudsman nejčastěji navrhuje?

- ...
+ bývá součástí ombudsmanem navrhovaného řešení i mimosoudní dohoda?
 - a. ANO/NE
 - i. pokud ano, zajišťuje ji ombudsman, nebo právní oddělení?
 - i. ...
 - ii. účastní se mimosoudního řešení mediátor?
 - ii. ...

9. Zaznamenal poskytovatel zdravotních služeb úbytek soudních sporů po zavedení institutu nemocničního ombudsmana?

- ...

10. Probíhá s ostatními nemocničními ombudsmany nějaká forma spolupráce?

- ...

11. Co je nejčastější příčinou stížnosti poškozených?

- ...

Příloha V – polostrukturovaný rozhovor s mediátory

Scénář polostrukturovaného rozhovoru **mediátoři**

Použité zkratky:

PSZ – poskytovatel zdravotních služeb

Spory ve zdravotnictví – občanskoprávní spory mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem

Úvodní otázky:

- Jaký přínos a jaká úskalí spatřujete pro pacienty a PSZ při řešení sporu mediací?
- ...
- Považujete za potřebnou specializaci, popř. jaké dovednosti by měl mít mediátor ve zdravotnictví?
- ...
- Co jsou podle Vás specifika mediace ve zdravotnictví?
- ...
- Jakým způsobem mediace ve zdravotnictví probíhá?
- ...
- Jaké spory ve zdravotnictví byste mediací neřešil/a?
- ...

Osobní zkušenost:

- Máte osobní zkušenost s působením jako mediátor během sporu ve zdravotnictví?
pokud ano:
 - zhruba jaké procento z nich je ukončeno dohodou? (tzn. “úspěšně”)
- ...
 - pokud účastníci nedospěli během mediace k dohodě, spatřujete i tak mediaci jako přínosnou?
- ...
 - zhruba jak dlouho proces mediace u těchto sporů trvá?
- ...
 - zhruba jaké jsou finanční náklady pro účastníky sporu?
- ...
 - zhruba kolik času věnujete přípravě?
- ...
 - jaká je nejčastější příčina sporu?
- ...
- Který styl využíváte/byste využil/a během mediace ve zdravotnictví?
- ...
- Jaký je Váš názor na mediaci, pakliže ji zprostředkovává pracovník PZS?
- ...
- Znáte mediátory, kteří se specializují na problematiku zdravotnictví?
- ...

- Na čí popud se mediace ve zdravotnictví koná? (PSZ/stěžovatel)
- ...
- Jaký je postoj stěžovatele a PSZ k mediaci jakožto nástroji pro řešení sporu?
- ...

Závěrečné otázky:

- Co podle Vás brzdí využití mediace ve zdravotnictví v České republice?
- ...
- Jaké jiné metody mimosoudního řešení jsou podle Vás pro spory ve zdravotnictví vhodné?
- ...

Příloha VI – polostrukturovaný rozhovor s VOP

Scénář polostrukturovaného rozhovoru **STÍŽNOSTI VE ZDRAVOTNICTVÍ U VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV**

Úvodní otázky:

- S jakými tématy se ve stížnostech nejčastěji setkáváte?
- ...
- V jakých oblastech medicíny nejčastěji zaznamenáváte stížnosti?
- ...
- Obrací se na Vás stěžovatelé jako na první možnost, nebo až po vyčerpání jiných prostředků?
- ...
- Čeho podle Vás chtějí stěžovatelé stížností dosáhnout?
- ...
- Mění se počet stížností v závislosti na čase?
- ...

Proces vyřizování stížností:

- Jak probíhá proces posouzení stížnosti?
- ...
- Jaké nástroje používá VOP při vyřízení stížnosti?
- ...
- Co je výsledkem vyřízení stížnosti?
- ...

Závěrečné otázky:

- Zaznamenala jste nějaké systémové nedostatky v oblasti zdravotnictví?
- ...
- Ovlivňuje podle Vás přístup poskytovatele zdravotních služeb ke stížnosti další kroky stěžovatele?
- ...
- Lze vysledovat rozdíly v počtu stížností u poskytovatelů zdravotních služeb, kde je zřízená funkce nemocničního ombudsmana?
- ...