

OTEVŘENÝ DOPIS

Otázky k přesunu agendy protidrogové politiky a sloučení politiky duševního zdraví pod Ministerstvo zdravotnictví

Adresováno:

Vážená paní

Mgr. Tünde Bartha

vedoucí Úřadu vlády ČR

Vážená paní

MUDr. Dita Protopopová, Ph.D.

nastupující národní koordinátorka pro péči o duševní zdraví a protidrogovou politiku

Na vědomí:

Ing. Andrej Babiš, předseda vlády České republiky

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA, ministr zdravotnictví ČR

Rada vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí

Bezpečnostní rada státu

Výbor pro zdravotnictví a Výbor pro bezpečnost PSP ČR

V Brně, 25. května 2026

Vážená paní vedoucí Úřadu vlády, vážená paní koordinátorko,

v návaznosti na rozhodnutí vlády ze dne 18. května 2026 o přesunu agendy protidrogové politiky pod Ministerstvo zdravotnictví (MZd) a na Vaše veřejná vyjádření v médiích jsme si v rámci konstruktivního jednání připravili řadu otázek, odpovědi na něž by mohly vyřešit zásadní obavy o budoucí podobu této politiky. Pomineme nyní naši preferované řešení – zřízení nezávislého úřadu, nebo agentury. V případě reálného zrušení role nadrezortního koordinačního místa proto prosíme o věcné zodpovězení níže uvedených otázek do plánovaného přesunu. Žádáme o to vzhledem k závažnosti daného kroku a negativních následků, které by bez vyřešení těchto témat mohly nastat.

I. Zachování sítě nezdravotnických služeb pro přibližně 40 tisíc klientů těchto zařízení

Česká síť adiktologických služeb obsluhuje podle dat Národního monitorovacího střediska (NMS) přibližně 37-40 tisíc problémových uživatelů návykových látek, převážně prostřednictvím nízkoprahových kontaktních center, terénních programů, doléčovacích zařízení a sociální složky služeb – tedy aktivit, které svým charakterem nejsou zdravotními výkony a které MZd historicky opakovaně deklaruje, že vzhledem ke kompetenčnímu zákonu nedokáže financovat

1. Jakým konkrétním právním titulem bude MZd od 1. července 2026 vyplácet dotace na nezdravotní (sociální) složku adiktologických služeb – tedy zejména na terénní pracovníky, kontaktní centra, nízkoprahové programy a doléčování, na které dnes přijímá zhruba 37-40 tisíc lidí ročně?
2. Pokud tento právní titul k 1. červenci neexistuje, jakým konkrétním legislativním aktem a v jakém termínu bude doplněn, aby k 1. lednu 2027 nedošlo k přerušení financování této sítě?
3. Jakou garanci dáváte poskytovatelům těchto služeb (Sananim, Drop In, Podané ruce, Renarkon, Magdaléna a desítky dalších organizací), že jejich klienti nebudou po 1. červenci 2026 ohroženi přerušáním kontinuity péče? Případně není v plánu tuto finanční podporu prostě jen přestat těmto službám vyplácet?
4. Pokud dojde v důsledku přesunu k omezení dostupnosti nízkoprahových služeb a růstu epidemiologických ukazatelů (HIV, hepatitidy, předávkování), kdo ponese politickou odpovědnost a jakým mechanismem bude rozhodnutí revokováno?

II. Mandát a kompetence Ministerstva zdravotnictví

Současná protidrogová politika koordinuje agendy daleko přesahující veřejné zdraví – hazard, daně z tabáku a alkoholu, regulaci nikotinových výrobků, cla, nelegální trh, represivní složky, sociální služby. MZd nemá pro většinu z těchto oblastí zákonný mandát ani odbornou a analytickou kapacitu.

5. Kterým konkrétním ustanovením kompetenčního zákona (č. 2/1969 Sb.) získává MZd a národní koordinátor k 1. červenci pravomoc koordinovat agendu hazardu, daní z tabáku a alkoholu, cel, regulace nelegálního trhu a represivních složek?
6. Pokud MZd tuto pravomoc nezíská, kdo a jakým formálním rozhodnutím bude tyto oblasti od 1. července koordinovat vzhledem k tomu, že v minulosti agendy alkohol a tabák již MZd mělo výhradně v gesci a na tuto koordinaci zcela rezignovalo, a proto se tzv.

integrovaly politiky a koordinace se kvůli závažnému nárůstu všech problémů přenášela na národního koordinátora působícího přímo pod premiéru ČR?

7. Jaké odborné a analytické kapacity v oblasti regulace závislostních trhů, daňové politiky návykových látek, hazardu a nelegálního obchodu MZd dnes disponuje?

III. Bezpečnostní a fiskální rozměr – nová realita stínové ekonomiky

Trh s nelegálním tabákem, alkoholem, léčivými, PML, syntetickými drogami a nelegálním hazardem v ČR i napříč EU v posledních letech roste tempem, které z něj činí kvalitativně nový jev. Nejde už o izolované daňové úniky, ale o propojené sítě organizovaného zločinu s vazbami na hybridní aktéry, prekurzorové řetězce, financování přes kryptoaktiva a srůstání legálních a nelegálních distribučních kanálů. EU agentury (Europol SOCTA 2025, EUDA, EMPACT) tento posun explicitně označují za hrozbu pro vnitřní bezpečnost členských států. ČR jako tranzitní země a klíčový evropský producent metamfetaminu stojí v této geografii na exponovaném místě. Tato realita zásadně mění povahu agendy – z primárně zdravotní se stává primárně obranně-bezpečnostní a fiskální.

8. Jste si vědoma toho, že nelegální trh s tabákem, alkoholem, léčivými a drogami v ČR v posledních deseti letech roste tempem, které ho dle metodiky Europolu, EUDA a OECD posouvá z kategorie daňového a zdravotního problému do kategorie hrozby pro vnitřní bezpečnost a finanční stabilitu státu?
9. Reflektujete, že stínová ekonomika spojená s návykovými látkami se v Evropě propojuje s organizovaným zločinem, prekurzorovými řetězci a v některých zemích již i s hybridními bezpečnostními aktéry? Jak může tento bezprecedentní jev efektivně koordinovat resort, jehož kompetence končí u veřejného zdraví?
10. Ministerstvo zdravotnictví nemá analytickou kompetenci pro práci s daty Celní správy, Finančního analytického úřadu, BIS, ÚZSI, Policie ČR ani Europolu. Jakým mechanismem bude národní koordinátorka pod MZd získávat, integrovat a vyhodnocovat tato data, která jsou pro reálné porozumění trhu nezbytná?
11. Jak konkrétně bude od 1. července zajištěna systémová koordinace s Celní správou, GFŘ, FAÚ, Policií ČR (NCOZ, NPC) a zpravodajskými službami v otázkách nelegálního trhu s návykovými látkami? Existuje k tomu meziresortní memorandum, vládní usnesení nebo jiný závazný dokument, případně chystá se takový krok?

12. Česká republika je dle EUDA a UNODC jednou z hlavních producentů a tranzitních zemí EU pro metamfetamin a roste i jako uzel pro syntetické opioidy. Tato role je primárně bezpečnostně-zpravodajská záležitost. Kdo bude od července gestorem této agendy na úrovni vlády?
13. Odhadovaná roční ztráta státního rozpočtu z nelegálního trhu s tabákem, alkoholem a hazardem se v ČR pohybuje v řádu desítek miliard korun. Jakým mechanismem bude MZd – resort, který nevybírá daně a nedisponuje represivními ani analytickými nástroji – tuto fiskální dimenzi koordinovat s MF, Celní správou a bezpečnostními složkami? Počítá MZd s přijetím této role z připravovaného Akčního plánu, nebo bude na tuto koordinační roli rezignovat a ČR se bude vracet k zaběhnutým mechanismům, které ale zcela selhávaly jak se ukazuje v trendech nárůstu?
14. EU agenda v této oblasti (Horizon Europe Cluster 3 – Civil Security for Society, EMPACT prioritní oblasti, EU Roadmap to Fight Drug Trafficking and Organised Crime 2023–2028) staví boj proti nelegálnímu trhu s návykovými látkami explicitně do bezpečnostního rámce. Jak bude ČR k těmto evropským prioritám přistupovat, když gesce přechází na čistě zdravotnický resort?
15. Byla Bezpečnostní rada státu k navrhovanému přesunu agendy přizvána? Bylo vyžádáno stanovisko BIS, ÚZSI, Vojenského zpravodajství a Národní protidrogové centrály? Pokud ne, z jakého důvodu se rozhodnutí strategického významu pro vnitřní bezpečnost přijímalo bez konzultace s bezpečnostní komunitou?

IV. Nadresortnost a postavení koordinátorky

V rozhovoru pro iDNES.cz tvrdíte, že nadresortnost agendy zůstává zachována. Ministr Vojtěch v Událostech, komentářích naopak hovoří o jednotné politice MZd bez nadresortních rozporů. Národní koordinátorka má být zaměstnankyní MZd a šéfkou jeho nové sekce, přitom má zároveň tajemnický podporovat Radu vlády, která by jí měla politicky nadřazovat.

16. Bude národní koordinátorka pro péči o duševní zdraví a protidrogovou politiku v pracovněprávním vztahu k MZd, nebo k Úřadu vlády? Komu bude služebně podřízena?
17. Pokud bude podřízena MZd: jakým konkrétním mechanismem bude moci v Radě vlády oponovat pozici svého zaměstnavatele – ministra zdravotnictví?
18. Kdo bude od 1. července tajemníkem či tajemnicí Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislosti? Pokud tajemnice je zároveň koordinátorka a šéfkou sekce MZd, jak je systémově zajištěno, že do Rady doputují i stanoviska, která jsou v rozporu s linií MZd a například nebudou podporovat komerční zájmy některých industrií, jako jsou například nadnárodní farmaceutické firmy, které mají na této agendě eminentní zájem?

19. Bude Rada vlády po reorganizaci disponovat vlastním analytickým a sekretariátním zázemím nezávislým na MZd, nebo bude jakýkoliv podklad pro její jednání procházet nejprve přes vedení MZd?
20. Ministr Vojtěch v Událostech, komentářích uvedl, že už nebudou nadresortní rozpory a politika bude jednotná pod MZd. Vy v rozhovoru pro iDNES.cz tvrdíte opak. Která interpretace je oficiální vládní pozicí?

V. Nezávislost rozhodování na soukromých zájmech

Politika v oblasti návykových látek se v posledních letech v řadě evropských zemí stala terčem zvýšeného zájmu soukromých aktérů – zejména farmaceutických společností (substituční preparáty, psychofarmaka), výrobců a distributorů nikotinových výrobků, hazardního průmyslu a alkoholového průmyslu. Evropská léková agentura, Evropská komise i Transparency International EU opakovaně dokumentují konkrétní případy, kdy se zájmy těchto aktérů projeví v rozhodovacích procesech v neprospěch pacientů a daňových poplatníků. Přesun agendy na resort, který je zároveň hlavním regulátorem trhu s léčivými a hlavním zadavatelem zdravotnických zakázek, riziko střetu zájmů systémově zvyšuje, nikoli snižuje.

21. Jaké konkrétní systémové záruky transparentnosti a nezávislosti rozhodování zavedete, aby formování politiky závislosti pod MZd nebylo ovlivněno zájmy farmaceutického průmyslu, výrobců nikotinových a tabákových výrobků – tedy včetně konkurenčních výhod jednoho industriálního zájmu, zde především farmaceutických firem, ale také alkoholového průmyslu a provozovatelů hazardu?
22. Bude koordinátorka, vedení nové sekce a členové odborných pracovních skupin povinni zveřejňovat své kontakty s lobbisty a komerčními zájmovými skupinami v režimu srovnatelném s pravidly Evropské komise (transparency register)?
23. Jakým způsobem zajistíte, aby dotační rozhodování o adiktologických službách bylo strukturálně odděleno od rozhodování o úhradách léčivých přípravků a zdravotnických zakázek, které spadají do téže instituce?

VI. Odborný substrát a procedurální korektnost rozhodnutí

24. Jaká odborná analýza předcházela rozhodnutí o přesunu? Žádáme zveřejnění veškerých analytických podkladů, dopadové studie (RIA) nebo srovnávacích materiálů, na jejichž základě bylo rozhodnutí připraveno vzhledem k zásadní závaznosti této změny.

25. Kteří odborníci na adiktologii, harm reduction, regulaci závislostních trhů a bezpečnostní otázky byli ke konzultaci přizváni – jmenovitě, s daty jednání a obsahem jejich stanovisek?
26. Bylo rozhodnutí konzultováno s Radou vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislosti, která je dle statutu poradním orgánem vlády právě pro tyto otázky? Pokud ne, proč byl tento poradní orgán obejit a na základě jakých kompetencí se tak stalo?

VII. Argument o údajných duplicitách

27. Jmenujte konkrétní agendu, kterou Odbor protidrogové politiky duplikoval s činností MZd v posledních pěti letech.
28. Jakou agendu duplikovalo Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS), které jako jediné v ČR dodávalo data pro evropskou agenturu EUDA a také ve výročních zprávách vládě jako zásadní odborný podklad pro důležitá rozhodnutí v této agendě?
29. Dotační program Protidrogová politika Úřadu vlády šel přímo nestátním poskytovatelům služeb. Která linie MZd plnila tutéž funkci pro tutéž cílovou skupinu, aby se dalo hovořit o duplicitě?
30. Pokud byla agenda skutečně duplicitní, proč ji žádná vláda za třicet let nezrušila a co konkrétně se mezi prosincem 2025 a květnem 2026 změnilo, že se rozhodnutí stalo takto naléhavým? Nejde jen o administrativní ambici bez odborného posouzení dopadů?

VIII. Odpovědnost a měřitelnost reformy

31. Jaké konkrétní měřitelné indikátory navrhujete pro vyhodnocení reformy v horizontu 12 a 24 měsíců? Žádáme uvést alespoň: promořenost HIV mezi injekčními uživateli, prevalenci hepatitid B a C (zde spíše sledovat potřebný pokles), počet úmrtí na předávkování, pokrytí substituční léčby, počet kontaktů v nízkoprahových službách, výnos spotřebních daní z tabáku a alkoholu, odhadovaný objem nelegálního trhu a zastavení trendu nárůstu a potřebný pokles tohoto fenoménu.
32. Jaká bude výchozí baseline k 30. červnu 2026 pro každý z těchto indikátorů, vůči které bude reforma hodnocena?
33. Pokud se klíčové indikátory po 24 měsících zhorší – jste Vy, ministr zdravotnictví a předseda vlády připraveni reformu revokovat a převzít politickou odpovědnost?



Ústav pro společenský výzkum a vzdělávání, z.ú.

Hilleho 1842/5, 602 00

Brno, Česká republika

IČ: 06052363

Závěrem

Česká protidrogová politika patří k mezinárodně uznávaným modelům právě proto, že byla po tři dekády budována jako nadresortní, evidence-based a vyvážená napříč čtyřmi pilíři (prevention, harm reduction, léčba a resocializace, represe). Její faktické převedení pod jeden resort – bez konzultace s odbornou komunitou, bez stanoviska Bezpečnostní rady státu, bez dopadové studie a v rozporu s rostoucím bezpečnostním a fiskálním rozměrem agendy – představuje rozhodnutí, jehož důsledky mohou být dlouhodobé a obtížně zvrátané.

Žádáme proto o věcné a písemné zodpovězení výše uvedených otázek před konkrétním aktem převedení dané agendy na resort MZd.

Tento dopis a Vaše odpovědi budou v zájmu transparentnosti zpřístupněny veřejnosti, odborné komunitě a médiím.

Děkujeme za pozornost, kterou věci věnujete.

S úctou,

Mgr. Jindřich Vobořil, Pg.Dip.
předseda správní rady