Odborné stanovisko Slovenskej diabetologickej spoločnosti k posudzovaniu zdravotnej spôsobilosti ľudí s diabetes mellitus 1. typu pri prijímaní do zamestnania a služobného pomeru

Peter Novodvorský, Adriana Ilavská, Ingrid Dravecká, Viera Doničová, Martina Merčiaková, Miriam Avramovová, Ľubomír Barák, Ingrid Bugáňová, Katarína Černá, Miriam Kuricová, Emil Martinka, Miroslav Paľko, Radovan Plášil, Zbynek Schroner

Úvod

Výbor Slovenskej diabetologickej spoločnosti (SDS) sa venoval problematike posudzovania zdravotnej spôsobilosti ľudí s diabetes mellitus 1. typu (ďalej len „DM1“) pri prijímaní do zamestnania a služobného pomeru v profesiách s osobitnými požiadavkami na zdravotnú spôsobilosť. Predmetom odbornej diskusie bola otázka, či je v súčasnosti medicínsky opodstatnené, aby samotná diagnóza DM1 predstavovala automatickú prekážku pracovného alebo služobného zaradenia bez individuálneho posúdenia aktuálneho zdravotného stavu a bez zohľadnenia charakteru konkrétnej pracovnej činnosti.

Súčasné možnosti liečby DM1 a hodnotenia individuálneho rizika

V priebehu ostatných dvoch desaťročí došlo k zásadnému pokroku v liečbe DM1. Moderné inzulínové analógy majú v porovnaní s humánnymi inzulínmi priaznivejšie farmakokinetické a farmakodynamické vlastnosti a ich používanie je spojené s nižším rizikom hypoglykémie. Súčasné odporúčania ADA preto u väčšiny dospelých s DM1 preferujú inzulínové analógy pred injekčnými humánnymi inzulínmi s cieľom minimalizovať riziko hypoglykémie [1].

Ďalší zásadný posun priniesli systémy kontinuálneho monitorovania glukózy (CGM), inzulínové pumpy a systémy automatizovaného dávkovania inzulínu (AID). CGM umožňuje kontinuálne a objektívne hodnotenie glykemického profilu prostredníctvom viacerých parametrov vrátane času v cieľovom rozmedzí (TIR), času pod cieľovým rozmedzím (TBR), indikátora manažmentu glukózy (GMI) a glykemickej variability. AID systémy u ľudí s DM1 zvyšujú TIR, znižujú HbA1c a redukujú čas strávený v hypoglykémii [2,3].

Kombinácia HbA1c s údajmi z CGM tak umožňuje podstatne komplexnejšie hodnotenie metabolickej kompenzácie a hypoglykemického rizika, než poskytovala samotná hodnota HbA1c. Osobitný význam pri posudzovaní bezpečnostného rizika majú anamnestické údaje o výskyte a závažnosti hypoglykémií a pri používaní CGM aj objektívne údaje o čase strávenom v hypoglykémii (TBR).

Súčasné možnosti liečby a monitorovania tak významne menia zdravotný a bezpečnostný profil ľudí s DM1 v porovnaní s obdobím, v ktorom vznikali mnohé tradičné posudkové kritériá.

Individuálne posudzovanie namiesto rozhodovania iba podľa diagnózy

American Diabetes Association (ADA) vo svojom aktuálnom stanovisku *Employment and Diabetes* z roku 2026 zdôrazňuje, *že diagnóza diabetu ani samotná liečba inzulínom nemajú určovať pracovnú spôsobilosť.* Ak vznikajú otázky týkajúce sa bezpečnosti alebo schopnosti vykonávať konkrétnu prácu, má byť človek posudzovaný individuálne vo vzťahu ku konkrétnym pracovným povinnostiam a požiadavkám [4].

Pri takomto hodnotení považuje SDS za dôležité najmä tieto princípy:

1. **Izolovaná hodnota glykémie neposkytuje dostatočný podklad na posúdenie pracovnej spôsobilosti.** Výpovednejšie sú opakované merania a u ľudí s diabetom používajúcich CGM kontinuálne údaje o glykemickom profile, ktoré umožňujú objektívnejšie posúdiť úroveň metabolickej kompenzácie, glykemickú variabilitu a najmä výskyt a rozsah hypoglykémie [2,4].
2. **Osobitný význam má výskyt závažných hypoglykémií**, najmä ich frekvencia, okolnosti a príčiny, ako aj schopnosť diabetika hypoglykémiu rozpoznávať a adekvátne na ňu reagovať [4].
3. **Jednotlivá epizóda závažnej hypoglykémie nemá sama osebe automaticky znamenať pracovnú nespôsobilosť.** Je potrebné individuálne zhodnotiť jej príčinu, riziko opakovania a účinnosť prijatých terapeutických alebo preventívnych opatrení [4].
4. **Chronické komplikácie diabetu majú byť posudzované podľa ich skutočného funkčného dopadu.** Relevantné sú predovšetkým vtedy, ak konkrétna komplikácia môže ovplyvňovať schopnosť bezpečne vykonávať požadovanú pracovnú činnosť [4].

5. **Izolované hodnoty HbA1c, GMI alebo TIR nie sú vhodným samostatným kritériom pracovnej spôsobilosti.** Metabolickú kompenzáciu je potrebné hodnotiť komplexne. U diabetikov používajúcich CGM je vhodné zohľadniť popri HbA1c aj GMI, TIR, TBR, glykemickú variabilitu a ďalšie relevantné údaje z CGM, predovšetkým vo vzťahu k riziku hypoglykémie. Tieto údaje je potrebné posudzovať spolu s anamnézou závažných hypoglykémií, schopnosťou ich rozpoznávať, spôsobom liečby, prítomnosťou komplikácií a celkovým zdravotným a funkčným stavom [2,4].

   ADA pritom výslovne uvádza, že stanovenie rozhodujúcej hraničnej hodnoty HbA1c alebo GMI nie je pri posudzovaní pracovnej spôsobilosti medicínsky opodstatnené [4]. SDS preto odporúča TIR, TBR a glykemickú variabilitu ako ďalšie relevantné CGM parametre umožňujúce komplexnejšie hodnotenie glykemického profilu [2].

6. **Individuálne posudzovanie predpokladá aktívnu spoluprácu diabetika.** Pri pracovných a služobných činnostiach s osobitnými požiadavkami na zdravotnú spôsobilosť je potrebná ochota pravidelne absolvovať odborné diabetologické kontroly, dodržiavať odporúčanú liečbu a monitoring a poskytovať v potrebnom rozsahu aktuálne a objektívne údaje potrebné na prvotné aj následné posúdenie zdravotnej spôsobilosti. Ak diabetik používa CGM, môžu byť súčasťou takéhoto hodnotenia aj relevantné súhrnné údaje z CGM [4,5].

Možnosť individuálneho posudzovania tak na jednej strane odstraňuje neprimerané automatické obmedzenie založené iba na diagnóze, na druhej strane však predpokladá zodpovednosť a spoluprácu diabetika pri pravidelnom preukazovaní, že zdravotné predpoklady potrebné na bezpečný výkon konkrétnej činnosti naďalej spĺňa.

Zahraničný vývoj a diferenciácia pracovných pozícií

Medzinárodná prax dokumentuje vývoj od plošných pracovných obmedzení založených na samotnej diagnóze diabetu smerom k individuálnemu hodnoteniu zdravotného a bezpečnostného rizika vo vzťahu ku konkrétnej pracovnej činnosti. Tento princíp je osobitne významný pri profesiách, v rámci ktorých môžu jednotlivé pracovné pozície predstavovať zásadne rozdielnu mieru rizika.

Polícia a bezpečnostné zložky

Osobitne relevantné skúsenosti existujú pri posudzovaní zdravotnej spôsobilosti príslušníkov bezpečnostných zložiek. American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM) vo svojom usmernení pre zdravotné hodnotenie príslušníkov orgánov presadzovania práva vychádza z princípu, že diabetes nemá byť automaticky diskvalifikujúcou diagnózou a zdravotná spôsobilosť má byť hodnotená individuálne [5].

Usmernenie zároveň zdôrazňuje význam pravidelného monitorovania diabetu, hodnotenia rizika závažnej hypoglykémie, prítomnosti komplikácií a spolupráce diabetika s diabetológom [5].

Takýto prístup je osobitne významný v rámci bezpečnostných zložiek, kde sa pod rovnaký služobný alebo pracovný systém zaraďujú veľmi rozdielne činnosti – od ozbrojeného a zásahového výkonu služby cez vedenie motorových vozidiel až po administratívne, analytické, technické, komunikačné alebo IT činnosti.

Z medicínskeho hľadiska preto nemožno automaticky stotožňovať zdravotné požiadavky na ozbrojenú, zásahovú, bojovú alebo inú vysoko rizikovú činnosť s požiadavkami na administratívne, analytické, technické alebo IT pracovné zaradenie. Konkrétnu mieru bezpečnostného rizika jednotlivých pracovných a služobných pozícií však určujú príslušné rezortné orgány.

Profesionálni vodiči

Významným európskym príkladom individuálneho posudzovania je zdravotná spôsobilosť na vedenie motorových vozidiel. Smernica Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2025/2205 umožňuje za presne definovaných podmienok individuálne posudzovanie aj vodičov skupiny 2 s diabetom liečeným inzulínom alebo inou liečbou s rizikom hypoglykémie [6].

Medzi stanovené kritériá patrí neprítomnosť závažnej hypoglykémie počas predchádzajúcich 12 mesiacov, zachovaná schopnosť rozpoznávať hypoglykémiu, adekvátna kontrola glukózy pomocou technických prostriedkov, porozumenie rizikám hypoglykémie a neprítomnosť ďalších komplikácií diabetu brániacich bezpečnému vedeniu vozidla. Zdravotná spôsobilosť sa pravidelne prehodnocuje v intervaloch najviac troch rokov [6].

Ide pritom o činnosti s potenciálnym bezprostredným dosahom na bezpečnosť tretích osôb. Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2025/2205 tak predstavuje významný príklad toho, že ani liečba inzulínom nemusí pri činnosti so zvýšenými bezpečnostnými nárokmi automaticky znamenať zdravotnú nespôsobilosť, pokiaľ možno individuálne riziko objektívne posúdiť a pravidelne prehodnocovať.

Komerční piloti

Vývoj individuálneho posudzovania možno pozorovať aj v leteckej medicíne, teda v oblasti s mimoriadne vysokými požiadavkami na bezpečnosť.

V USA umožňuje Federal Aviation Administration (FAA) individuálne posudzovanie pilotov s inzulínom liečeným diabetom aj pri prvej a druhej triede zdravotnej certifikácie. Posudzovanie vyžaduje stabilitu liečby, odborné diabetologické vyšetrenie a objektívne údaje z CGM. FAA pri certifikácii pracuje s viacerými CGM parametrami vrátane TIR, času v hypoglykémii, GMI a glykemickej variability [7].

V Spojenom kráľovstve môžu piloti s diabetom liečeným inzulínom pri splnení stanovených podmienok získať zdravotnú spôsobilosť Class 1 s príslušnými operačnými obmedzeniami. Aktuálne usmernenie UK Civil Aviation Authority z roku 2026 stanovuje podrobné pravidlá monitorovania a následného dohľadu [8].

Medzinárodná prax však nie je jednotná. Aktuálne pravidlá European Union Aviation Safety Agency (EASA) zostávajú pri inzulínom liečenom diabete reštriktívnejšie a stanovujú, že žiadatelia s diabetom vyžadujúcim inzulín sa hodnotia ako nespôsobilí [9].

Reálnu skúsenosť s individualizovaným modelom dokumentuje aj observačná štúdia šiestich komerčných pilotov s DM1 v USA. Počas 12 mesiacov aktívnej letovej prevádzky nebola zaznamenaná epizóda závažnej hypoglykémie. Vzhľadom na malý počet sledovaných pilotov nemožno výsledky zovšeobecňovať, predstavujú však praktický príklad fungovania prísne kontrolovaného individualizovaného modelu [10].

Uvedené príklady nemožno mechanicky prenášať medzi jednotlivými profesiami ani právnymi systémami. Dokumentujú však širší vývoj od rozhodovania založeného prevažne na samotnej diagnóze smerom k hodnoteniu konkrétneho zdravotného stavu, objektivizovateľného rizika a charakteru pracovnej činnosti.

Rozdielny funkčný dopad diabetu

SDS zároveň zdôrazňuje, že DM1 nemá u všetkých ľudí rovnaký zdravotný a funkčný dopad, čo podporuje nutnosť individuálneho postupu. U niektorých ľudí môže ochorenie alebo jeho komplikácie viesť k významným zdravotným a funkčným obmedzeniam odôvodňujúcim primerané kompenzačné opatrenia alebo sociálnu podporu. U iných môže byť pri modernej liečbe, dobrej metabolickej kompenzácii, zachovanej schopnosti rozpoznávať hypoglykémiu a neprítomnosti závažných komplikácií funkčný dopad ochorenia podstatne menší.

Stanovisko Slovenskej diabetologickej spoločnosti

Na základe súčasných medicínskych poznatkov a uvedených príkladov medzinárodnej praxe Výbor Slovenskej diabetologickej spoločnosti zastáva tieto princípy:

1. Samotná diagnóza DM1 by nemala bez individuálneho odborného posúdenia predstavovať automatický dôvod na vylúčenie človeka z pracovného alebo služobného zaradenia, pokiaľ charakter konkrétnej činnosti umožňuje individuálne hodnotenie zdravotného a bezpečnostného rizika.

2. Zdravotná spôsobilosť má byť hodnotená komplexne. Posudzovať je potrebné najmä výskyt závažných hypoglykémií a schopnosť ich rozpoznávania, metabolickú kompenzáciu a jej stabilitu, prítomnosť chronických komplikácií a ich funkčný dopad, úroveň sebamanažmentu, spôsob liečby a monitorovania diabetu. U diabetikov používajúcich CGM je možné pri hodnotení využiť objektívne údaje o glykemickom profile vrátane GMI, TIR, TBR a glykemickej variability. Pri posudzovaní bezpečnostného rizika má osobitný význam výskyt závažných hypoglykémií a údaje dokumentujúce čas strávený v hypoglykémii.

3. Požiadavky na zdravotnú spôsobilosť majú zohľadňovať charakter konkrétnej pracovnej alebo služobnej činnosti. Zdravotné a bezpečnostné požiadavky na ozbrojenú, zásahovú, bojovú alebo inú vysoko rizikovú činnosť nemožno automaticky považovať za totožné s požiadavkami na administratívne, analytické, technické alebo IT pracovné zaradenie. Konkrétnu mieru bezpečnostného rizika jednotlivých pracovných a služobných pozícií určujú príslušné rezortné orgány.

4. Pri individuálnom posudzovaní zdravotnej spôsobilosti človeka s DM1 by malo byť súčasťou podkladov odborné vyjadrenie diabetológa, ktorý môže

objektívne zhodnotiť priebeh ochorenia, hypoglykemické riziko, metabolickú kompenzáciu, komplikácie a spôsob liečby a monitorovania. Konečné rozhodnutie o zdravotnej spôsobilosti na výkon konkrétnej profesie alebo služobného zaradenia zostáva v kompetencii orgánu určeného príslušnými právnymi a rezortnými predpismi.

5. Individuálne posudzovanie predpokladá zodpovednosť a spoluprácu. Pri profesiách s osobitnými bezpečnostnými požiadavkami je primerané požadovať pravidelné odborné kontroly, dodržiavanie liečby a monitorovania a poskytovanie objektívnych zdravotných údajov potrebných na prvotné aj následné prehodnocovanie zdravotnej spôsobilosti. Ak diabetik používa CGM, môžu byť súčasťou takéhoto hodnotenia aj relevantné súhrnné údaje z CGM.

6. SDS považuje za vhodné otvoriť odbornú diskusiu s príslušnými rezortmi o aktuálnosti kritérií zdravotnej spôsobilosti ľudí s diabetom a o možnostiach ich diferenciácie podľa charakteru pracovného alebo služobného zaradenia s prihliadnutím na súčasný stav medicínskeho poznania a technologický pokrok v diabetológii.

Záver

Cieľom individuálneho posudzovania nie je plošné znižovanie zdravotných alebo bezpečnostných požiadaviek ani automatické priznanie zdravotnej spôsobilosti ľuďom s DM1 pre všetky profesie. Cieľom je, aby tam, kde to charakter pracovnej činnosti umožňuje, bola zdravotná spôsobilosť hodnotená podľa reálneho individuálneho zdravotného a bezpečnostného rizika, a nie výlučne podľa prítomnosti diagnózy.

Slovenská diabetologická spoločnosť považuje za potrebné, aby kritériá zdravotnej spôsobilosti reflektovali súčasné možnosti liečby a monitorovania DM1 a boli primerané skutočným požiadavkám konkrétnej pracovnej alebo služobnej činnosti.

SDS je pripravená v rámci svojich odborných kompetencií spolupracovať s príslušnými rezortmi, posudkovými orgánmi a pacientskymi organizáciami pri ďalšej odbornej diskusii a prípadnej aktualizácii kritérií zdravotnej spôsobilosti.

23.10.2026

Výbor Slovenskej diabetologickej spoločnosti

Literatúra

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S183-S215. doi:10.2337/dc26-S009.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 7. Diabetes technology: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S150-S165. doi:10.2337/dc26-S007.
3. Holt RIG, DeVries JH, Hess-Fischl A, Hirsch IB, Kirkman MS, Klupa T, et al. The management of type 1 diabetes in adults. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2021;44(11):2589-2625. doi:10.2337/dci21-0043.
4. Durrani T, East B, Fischer A, et al. Employment and diabetes: a statement of the American Diabetes Association. Diabetes Obes CardioMetab Care. 2026;1(4):572-581. doi:10.2337/doc25-0092.
5. American College of Occupational and Environmental Medicine. Guidance for the medical evaluation of law enforcement officers: diabetes mellitus. Revised April 2015 [Internet]. Elk Grove Village (IL): American College of Occupational and Environmental Medicine; 2015 [cited 2026 Aug 25]. Available from: ACOEM – Guidance for the Medical Evaluation of Law Enforcement Officers: Diabetes Mellitus
6. European Parliament, Council of the European Union. Directive (EU) 2025/2205 of the European Parliament and of the Council of 22 October 2025 on driving licences. Off J Eur Union [Internet]. 2025 Nov 5 [cited 2026 Aug 25]. Annex III, section 5, Diabetes mellitus. Available from: EUR-Lex – Directive (EU) 2025/2205
7. Federal Aviation Administration. Diabetes mellitus type I or type II – insulin treated – CGM option. Guide for Aviation Medical Examiners [Internet]. Washington (DC): Federal Aviation Administration; [cited 2026 Aug 25]. Available from: FAA – Insulin-Treated Diabetes Mellitus protocol
8. UK Civil Aviation Authority. UK CAA policy for the medical certification of pilots and air traffic controllers with diabetes: diabetes certification guidance. Version 7.0 [Internet]. Gatwick: Civil Aviation Authority; 2026 Feb [cited 2026 Aug 25]. Available from: UK CAA – Diabetes Certification Guidance v7.0
9. European Union Aviation Safety Agency. Easy Access Rules for Aircrew: MED.B.025 metabolic and endocrine systems [Internet]. Cologne: EASA; [cited 2026 Aug 25]. Available from: EASA – Easy Access Rules for Aircrew
10. Karakus KE, Mason E, Akturk HK. Flying with type 1 diabetes as commercial airline pilots in the U.S.: the sky is the limit for people with type 1 diabetes. Diabetes Care. 2025;48:e54-e55. doi:10.2337/dc25-0025.