

UDK: 342.7-053.2/.6

## (НЕ)МОГУЋНОСТ ОСТВАРИВАЊА ПРАВА ДЕТЕТА НА ЗДРАВЉЕ И ПРАВА ДЕТЕТА НА СОЦИЈАЛНО ОБЕЗБЕЂЕЊЕ\*

Вељко Влашковић\*\*

Људска права из групе економских, социјалних и културних права многа подсећају на моралне идеале и прокламације. Из тог разлога остварују се прогресивно и поступно, сходно расположивим ресурсима и уз уважавање минималних суштинских обавеза држава-уговорница. Такав је случај и са правом детета на здравље и правом детета на социјално обезбеђење. У раду се разматра садржина наведених права детета и начини њихове примене у националним законодавствима, са тежиштем на праву Србије. Посебна пажња посвећује се примени права детета на здравље и права детета на социјално обезбеђење у доменима здравствене, односно социјалне заштите. Право детета на здравље непосредно је инкорпорисано у домаће законодавство и ближе одређено преко низа субјективних права која припадају детету као пацијенту. Од наведених права, свакако су најзначајнија она која укључују партиципативна права детета, попут права детета на слободан пристанак на предузимање медицинске мере. Са друге стране, право детета на социјално обезбеђење није директно инкорпорисано у домаће законе, већ се примењује преко правила о социјалној заштити и различитим облицима социјалног осигурања. При томе, дете се првенствено посматра као пасивни корисник услуга социјалног обезбеђења.

---

\* Рад је резултат истраживања на пројекту Правног факултета Универзитета у Крагујевцу: „Усклађивање правног система Србије са стандардима Европске Уније“, који се финансира из средстава Факултета.

\*\* Проф. др Вељко Влашковић, ванредни професор Правног факултета Универзитета у Крагујевцу; контакт: vvlaskovic@jura.kg.ac.rs

**Кључне речи:** економска, социјална и културна права, права детета, здравље, социјално обезбеђење, Комитет за права детета, минималне суштинске обавезе.

---

## 1. УВОДНЕ НАПОМЕНЕ (О ЕКОНОМСКИМ, СОЦИЈАЛНИМ И КУЛТУРНИМ ПРАВИМА ДЕТЕТА)

Уз готово универзални степен ратификације међу државама-чланицама, Конвенција Уједињених нација о правима детета међународни је уговор без премца.<sup>1</sup> Ипак, како то обично бива, да би заживеле велике идеје, потребни су уступци, компромиси и одрицања. Тако је, безмало општа прихватљивост КПД имала своју цену у неодређености појединих права детета и слабијем надзорном механизму за примену Конвенције. Отуда, КПД неминовно одсликава мешавину идеализма и уважавања стварности.

Глобалистички карактер идеје о правима детета морао је до одређене мере узети у обзир и границе које постављају материјални и друштвени ресурси, као и традиција одређеног друштва. У том смислу, шведска професорка Јантера – Јаребург (*Jäterä – Jareborg*) истиче да, упркос томе што су права из КПД универзална, њихова примена не може бити једнообразна у свим државама-уговорницама (*Jäterä – Jareborg, 2016*). Може се рећи да је домашај и начин примене права детета у конкретним друштвима двоструко омеђен. Са једне стране, објективне границе за примену појединих права из КПД представљају расположиви ресурси конкретне државе, док субјективне препреке чине културолошки оквири којима одређено друштво припада. У овом раду пажња ће се посветити првој групи ограничења.

Током десетогодишњег напора на изради и коначном уобличавању текста КПД, постало је јасно да одређене групе права не могу имати исти домашај у свим државама-уговорницама. Сходно томе, извесна права детета формулисана су преваходно као морални циљеви, чије остваривање тражи стрпљење и поступност. Реч је о групи људских права

---

<sup>1</sup> Уједињене нације. *Конвенција о правима детета*, 20. новембар 1989, КПД. Закон о ратификацији Конвенције Уједињених нација о правима детета. *Службени лист СФРЈ – Међународни уговори* бр. 15/1990 и *Службени лист СРЈ – Међународни уговори*, бр. 2/1997.

која се у правној теорији означавају и препознају као економска, социјална и културна права. Тако, према КПД, када су у питању наведена права, државе-уговорнице предузеће све потребне законодавне, административне и друге мере за њихову примену до „највећег обима сопствених расположивих ресурса“ (чл. 4).<sup>2</sup> Дакле, за разлику од права детета из групе грађанских и политичких права, економска, социјална и културна права морају се остваривати прогресивно, дугорочно и унутар објективних оквира које намећу расположиви ресурси конкретне државе-уговорнице.<sup>3</sup> Другим речима, док се у случајевима грађанских и политичких права инсистира на непосредној и моменталној примени, економска, социјална и културна права детета се у највећој мери остварују посредно, путем низа свеобухватних и често разнородних мера у националним законодавствима (ОК/КПД/19, пар. 25).<sup>4</sup> На тај начин дају се конкретнији обриси правима која подсећају више на моралне прокламације и идеале.

Проблем је што поменуте групе права није увек лако разграничити, нарочито имајући у виду холистички приступ правима детета где се сви дечји интереси штите на целовит и јединствен начин. Нарочите потешкоће јављају се код права скројених управо по мери детета, а не одраслих лица, па се отуда одговор о карактеру конкретног права не може

---

<sup>2</sup> Грађанска и политичка права означавају се као прва генерација људских права и предстваљају тековину француске и америчке револуције крајем XVIII века, док се економска, социјална и културна права, као друга генерација људских права, јављају у Немачкој читав век касније (Sachs, 2003).

<sup>3</sup> Раздвајање људских права на грађанска и политичка, са једне, односно социјална, економска и културна права, са друге стране, ослања се на поделу начињену у тзв. пактовима – близанцима. Реч је о два међународна уговора о људским правима који су усвојени истовремено, Међународном пакту о грађанским и политичким правима и Међународном пакту о економским, социјалним и културним правима. Уједињене нације. *Међународни пакт о грађанским и политичким правима и Међународни пакт о економским, социјалним и културним правима*, 16. децембар 1966, МППП и МПЕСКП. Закон о ратификацији Међународног пакта о грађанским и политичким правима и Закон о ратификацији међународног пакта о економским, социјалним и културним правима. *Службени лист СФРЈ*, бр.7/1971.

<sup>4</sup> Комитет УН за права детета. *Општи коментар* бр. 19 (2016) о јавном финансирању ради остваривања права детета (чл. 4.), 21. јул 2016, ОК/КПД/19. Retrieved November 1, 2020, from <https://undocs.org/en/CRC/C/GC/19>.

тражити у оквирима постојећих међународних уговора о људским правима, попут МПГПП и МПЕСКП. Типичан пример је право детета на мишљење, као један од носећих стубова КПД, које садржи елементе како грађанских и политичких, тако и економских, социјалних и културних права (Tobin, 2019a). Штавише, Комитет УН за права детета сугерише да управо права детета која је уздигао у ранг општих принципа (забрана дискриминације, право на живот опстанак и развој, најбољи интерес детета, право детета на мишљење) обухватају елементе свих врста права детета (ОК/КПД/5, пар. 6).<sup>5</sup> Будући да наведени принципи прожимају читаву КПД, на овај начин потврђује се међузависност и узајамна повезаност свих права детета (ОК/КПД/5, пар. 6). У том смислу, било би најисправније рећи како економским, социјалним и културним правима припадају она права детета која у претежном делу служе заштити и остваривању економских, социјалних и културних интереса детета.

Циљеви којима теже економска, социјална и културна права детета прогресивно се и поступно остварују, при чему државе-уговорнице имају шири степен аутономије у смислу начина остваривања права из наведене групе. Поменути аутономија држава-уговорница у значајној мери условљена је природом наведених права и њиховом слојевитошћу и недовољном одређеношћу. За разлику од грађанских и политичких права (право детета на име, право да живи са својим родитељима, право детета да зна ко су му родитељи, право детета на заштиту од злостављања и занемаривања), економска, социјална и културна права често није могуће превести на терен конкретног субјективног права. Другим речима, поменути права са аспекта националног законодавства не треба доживљавати као индивидуална права чију повреду прати одговарајући захтев који се упућује надлежном државном органу. Она се, по правилу, посредно уводе у национални правни поредак путем низа друштвених и правних мера, од којих се неке могу исказати и као ужа и посебна субјективна права. Насупрот томе, грађанска и политичка права детета најчешће је могуће непосредно инкорпорисати у национална законодавства и превести их у изворном облику на терен субјективних права чији је титулар дете. Истовремено, грађанска и политичка права

---

<sup>5</sup> Комитет УН за права детета. *Општи коментар* бр. 5 (2003) – опште мере за примену Конвенције о правима детета (чл. 4, 42. и 44. ст. 6), 27. новембар, ОК/КПД/5. Retrieved November 1, 2020, from <https://www.refworld.org/docid/4538834f11.html>.

детета могу се непосредно примењивати и на основу правила саме КПД. На пример, према КПД, дете ће се регистровати одмах по рођењу и од момента рођења имаће право на име и држављанство (КПД, чл. 7. ст. 1). Право детета на име и право на држављанство припадају групи грађанских и политичких права која се непосредно могу примењивати на основу КПД, али и директно инкорпорисати у национална законодавства и исказати као субјективна права, чију повреду прати захтев који се упућује надлежном државном органу.

Са друге стране, КПД признаје детету и право на стандард живота који би одговарао дететовом телесном, душевном, духовном, моралном и друштвеном развоју (КПД, чл. 27. ст. 1). Право детета на одговарајући животни стандард типичан је пример економског, социјалног и културног права, које се не може непосредно примењивати, већ га државе-чланице морају уобличити низом конкретнијих друштвених, економских и правних мера. Поменуте правне мере могу се састојати и у признавању одређених субјективних права детету којима се настоји остварити одговарајући стандард живота, попут права на законско издржавање или права на новчану социјалну помоћ.

Према се економским, културним и социјалним правима живот удахњује првенствено унутар граница националних правних поредака, аутономија држава- уговорница мора имати своја ограничења. Границе поменуте аутономије постављају четири општа принципа из КПД (принцип недискриминације, најбољи интерес детета, право детета на живот, опстанак и развој, право детета на мишљење), као и примена доктрине „минималних суштинских обавеза“ („*minimum core obligations*“).

Комитет УН за права детета преузео је доктрину „минималних суштинских обавеза“ од Комитета за економска, социјална и културна права као надзорног органа за примену МПЕСКП (Tobin, 2019a). Према наведеној доктрини, приликом примене економских, социјалних и културних права, независно од „расположивих ресурса“, државе-уговорнице морају обезбедити макар минималну основу за остваривање ових права (ОК/КЕСКП/3, пар. 10).<sup>6</sup> Поменуте обавезе представљају одступање од идеје прогресивног и поступног остваривања економских,

---

<sup>6</sup> Комитет УН за економска, социјална и културна права. *Општи коментар* бр. 3: природа обавеза држава-уговорница (чл. 2. ст. 1. Пакта), 14. децембар 1999, ОК/КЕСКП/3. Retrieved November 2, 2020, from <https://www.refworld.org/pdfid/4538838e10.pdf>.

социјалних и културних права, будући да их државе морају испунити одмах или у што краћем року (Tasioulas, 2017a). У том смислу, као „минималне суштинске обавезе“ *exempli causa* наводе се обезбеђивање једнаког приступа примарној здравственој заштити, једнаког приступа основном образовању, омогућавање „крова над главом“ у виду стана или уточишта, основне исхране, као и пружање социјалне заштите и помоћи (Tobin, 2019a).<sup>7</sup> Ако конкретна држава-уговорница има проблем да испуни „минималне суштинске обавезе“ унутар економских, социјалних и културних права детета, решење се мора тражити у оквиру међународне сарадње и помоћи (КПД, чл. 4).<sup>8</sup>

Остваривање економских, социјалних и културних права детета нераскидиво је повезано са поштовањем права детета на живот, опстанак и развој, као једним од основних принципа КПД. Наведена спрега посебно је приметна у областима здравствене и социјалне заштите детета, где се штите лична добра и интереси детета који су предуслови за остваривање свих осталих права из КПД. У том смислу, посебна пажња посветиће се праву детета на здравље и праву детета на социјално обезбеђење која на најшири могући начин обухватају области здравствене и социјалне заштите деце.

---

<sup>7</sup> Комитет УН за права детета у великој мери ослања се на листе „минималних суштинских обавеза“ које је формулисао Комитет за економска, социјална и културна права у погледу остваривања права одраслих лица из МПЕСКП. Будући да су потребе за остваривањем права детета наглашеније и хитније, потребно је да Комитет УН за права детета непрекидно проширује и прилагођава „минималне суштинске обавезе“ економским, социјалним и културним правима детета (Nolan, 2013).

<sup>8</sup> На пример, Комитет УН за права детета сугерисао је афричкој држави Чад да се обрати за помоћ међународним организацијама UNICEF, WHO и UNAIDS како би се израдили и применили програми о предузимању одговарајућих епидемиолошких мера у циљу заштите деце заражене или погођене вирусом ХИВ-а (Комитет УН за права детета. *Закључна запажања поводом иницијалног извештаја државе Чад*, 24. август 1999, пар. 28). Retrieved November 7, 2020, from <https://undocs.org/CRC/C/15/Add.107>.

## 2. ПРОБЛЕМ ОДРЕЂИВАЊА САДРЖИНЕ ПРАВА ДЕТЕТА НА ЗДРАВЉЕ И ПРАВА ДЕТЕТА НА СОЦИЈАЛНО ОБЕЗБЕЂЕЊЕ

### 2.1. Одређивање садржине права детета на здравље

Ниједна држава, нити друштво, не могу појединцу гарантовати право на здравље, будући да би остваривање таквог права превазилазило људске моћи. Из тог разлога, КПД формулише поменуто право као „право детета на уживање највишег остваривог стандарда здравља и приступа установама за лечење болести и здравствену рехабилитацију“ (чл. 24. ст. 1). Ипак, како наглашава професор Тобин (*Tobin*), то што се једна морална и политичка тежња преточила у међународни правни стандард не гарантује њен легитимитет, нити обезбеђује међународну сагласност око садржаја овако формулисаног права (Tobin, 2019b). Због тога, право детета на уживање „највишег остваривог стандарда здравља“ подразумева превасходно обавезу државе и друштва да у границама „расположивих ресурса“ искажу максималне напоре како би изградили и створили социолошке, економске и правне и оквире у којима би дете могло остваривати наведено право сходно својим личним карактеристикама. У том смислу, КПД наводи следеће посебне мере које су државе дужне предузети како би се детету омогућило уживање права на здравље (чл 24. ст. 2):

1. Обавеза предузимања одговарајућих мера за умањење смртности одојчади и деце;
2. Обавеза да се обезбеди медицинска помоћ и здравствена заштита, а нарочито примарна здравствена нега;
3. Обавеза предузимања мера на сузбијању болести и неухрањености;
4. Обавеза да се обезбеди пренатална и постнатална здравствена заштита мајкама;
5. Обавеза да се подиже свест и обезбеди приступ информацијама које се тичу здравља деце;
6. Обавеза да се развије превентивна здравствена заштита, услуге саветовања родитеља и образовања у погледу планирања породице.

КПД је нарочито узела у обзир да одређени обичаји укоренењени у традицији појединих друштава нарушавају или могу нарушити право

детета на здравље. Сходно томе, посебно се предвиђа обавеза предузимања мера како би се напустили обичаји штетни по здравље детета. Комитет УН за права детета идентификовао је велики број оваквих штетних пракси у својим Закључним запажањима које упућује конкретним државама-уговорницама (ритуална убиства деце са посебним потребама, сакаћење гениталија девојчица, селективни прекиди трудноће, присилни и малолетнички бракови, предрасуде око исхране трудница, обраћање врачевима и надрилекарима ради лечења деце, телесно кажњавање, инцест) (КПД, чл. 24. ст. 3; Tobin, 2019b).<sup>9</sup> Наведени међународни орган је здруженим напором са Комитетом УН за елиминацију дискриминације жена систематизовао штетне обичаје и праксе којим се нарушавају право на здравље, као и право на живот, опстанак и развој деце и жена и упутио одговарајуће препоруке.<sup>10</sup>

Посебне мере за остваривање права детета на здравље првенствено су превентивног карактера и по своме обиму значајно превазилазе оквире здравствене заштите. Тако, мере сузбијања болести и неухраћености укључују и обезбеђивање пијаће воде, као и еколошке мере којим би се

---

<sup>9</sup> У одређеним друштвима нарочито су чести и укорениени обичаји да се родитељи у циљу лечења детета обраћају разним надрилекарима или врачевима. Илустрације ради, Комитет УН за права детета исказао је забринутост поводом праксе у руралним деловима Непала, да се по савету врачева деци која пате од дијареје ускраћује уношење течности у организам. Комитет УН за права детета (*Закључна запажања поводом другог периодичног извештаја Непала*, 21. септембар 2005, пар. 61 (е)). Retrieved November 2, 2020, from <https://www.refworld.org/docid/45377ea30.html>.

<sup>10</sup> Комитет УН за елиминацију дискриминације жена и Комитет УН за права детета. *Заједничка препорука бр. 31/Општи коментар бр. 18. о штетним праксима*, 14. новембар 2014, (CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18). Retrieved November 3, 2020, from <https://undocs.org/CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18>. У наведеном документу се, између осталог, сутерише државама-уговорницама да предвиде дужност медицинских посленика, као и учитеља, односно наставника, да пријаве надлежним органима случајеве штетних пракси за које сазнају приликом вршења свог позива (CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18, пар. 49). Малолетнички бракови допуштају се само изузетно, под условом да је дете навршило 16 година живота и да се такве одлуке заснивају на одлуци суда која почива на законом дефинисаним легитимним основама и доказима зрелости, без позивања на културу и традицију (CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18, пар. 20). Може се закључити како је решење из породичног законодавства Србије у складу са наведеним изузетком.



умањивало загађење животне средине у окружењу где дете живи (КПД, чл. 24, ст. 2, тач. ц). Са друге стране, предузимање мера преднаталне заштите мајки проширује домашај права на здравље и на нерођено дете.

Као и остала економска, социјална и културна права, право детета на здравље се на целовит и свеобухватан начин може остваривати једино прогресивно и поступно. Ипак, постоје одређени сегменти права детета на здравље, чија примена не би смела трпети одлагање и који представљају „минималне суштинске обавезе“ за државе-уговорнице. У том смислу, наведено право не може се тумачити тако да негира или ограничава поменути вид обавеза.

Међутим, одређивање листе „минималних суштинских обавеза“ у оквирима права детета на здравље показало се као изузетно захтеван задатак. Основно полазиште пружају ставови Комитета за економска, социјална и културна права, који као „минималне суштинске обавезе“ у оквиру људског права на здравље наводи:

1. Приступ здравственим установама, средствима и услугама на равноправној основи, нарочито за рањиве и маргинализоване групе;
2. Приступ минималној нужној исхрани, која је нутритивно одговарајућа и безбедна, обезбеђивање да нико не трпи глад;
3. Приступ уточишту, стану и обезбеђивање одговарајућих залиха воде за пиће и кување;
4. Правични распоред здравствених установа и правична расподела медицинских средстава и услуга;
5. Усвајање и примена националне стратегије у здравству.<sup>11</sup>

Може се приметити како овако исказане обавезе, поред своје неодређености, у значајној мери не одговарају стварности. Додатну конфузију, Комитет за економска, социјална и културна права направио је увођењем „обавеза сличног приоритета“, које произлазе из права на здравље и постоје паралелно са „минималним суштинским обавезама“. Премда су поменуте обавезе нешто конкретније садржине, Комитет није дао никакве критеријуме за њихово разграничење у односу на

---

<sup>11</sup> Комитет УН за економска, социјална и културна права. *Општи коментар* бр. 14: *право на највиши оствариви стандард здравља* (чл. 12.), 11. август 2000, ОК/КЕСКП/14, пар. 43. Retrieved November 4, 2020, from <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

„минималне суштинске обавезе“, односно није објаснио однос између поменути две врсте обавеза.

Са друге стране, Комитет УН за права детета показао је знатно већи опрез у односу на ставове Комитета за економска, социјална и културна права. Поменути међународни орган избегао је формулације „минималних суштинских обавеза“, које не одговарају реалности, попут обавезе државе да обезбеде да нико не трпи глад или да свако има приступ стану или уточишту. Уместо тога, Комитет УН за права детета одлучио се за изузетно широке и апстрактне, али и неодређене формулације којим се исказују „минималне суштинске обавезе“ у оквиру права детета на здравље.<sup>12</sup>

Постојеће огромне разлике у друштвеним и материјалним ресурсима држава и даље представљају основни камен спотицања приликом одређивања „минималних суштинских обавеза“ које произлазе из права на здравље. У том смислу, можда најприхватљивији приступ има професор Тасјулас (*Tasioulas*) који је, уместо „минималних суштинских обавеза“, издвојио четири основне димензије на којима поменути обавезе требају почивати (*Tasioulas, 2017b*):

1. Приступ примарној здравственој заштити;
2. Одсуство дискриминације у правилима којима се уређује здравствена заштита;
3. Партиципација и отвореност приликом креирања здравствене политике;
4. Обезбеђење минималног нивоа хране и воде.

---

<sup>12</sup> Тако, према КПД, минималне суштинске обавезе које произлазе из права детета на здравље обухватају: преиспитивање правног и политичког окружења и измена закона и политике ако је потребно; обезбеђење јединственог оквира за примарну здравствену заштиту, укључујући превенцију, промоцију здравља, услуга неге и лечења, као и обезбеђивање основних лекова; пружање одговарајућег одговара на чиниоце који одређују здравље детета; развитак, примена, надзор и оцена политике и планова јавног финансирања у циљу остваривања права детета на здравље. (Комитет УН за права детета. *Општи коментар бр. 15 о праву детета да ужива највиши оствариви стандард здравља* (чл. 24), 17. априла 2013, ОК/КПД/15, пар 73). Retrieved November 4, 2020, from <https://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html>.

У сваком случају, препознавање „минималних суштинских обавеза“ које чине срж и језгро права детета на здравље никако није, нити би могао бити завршен процес.

## 2.2. Смисао права детета на социјално обезбеђење

Као што право детета на здравље на најсвеобухватнији начин покрива домен здравствене заштите деце, тако је право детета на социјално обезбеђење основно право у области дечје социјалне заштите. Према КПД, право детета на социјално обезбеђење обухвата право детета на корист од услуга социјалне заштите, укључујући и социјално осигурање (чл. 26. ст. 1). Дете стиче право на корист од услуга социјалне заштите у зависности од ресурса конкретне државе и околности које се везују за свако појединачно дете и лица која имају дужност да га издржавају, као и било које друге чињенице од значаја за подношење захтева за остваривање права на социјалну заштиту, без обзира да ли се захтев подноси од стране детета или у име детета (чл. 26. ст. 2).

Право детета на социјално обезбеђење у тесној је вези са правом детета на животни стандард који одговара развоју детета. Премда се циљеви који се настоје остварити поменутих правима у значајној мери преплићу, могу се уочити и одређене разлике. Тако, право детета на социјално обезбеђење подразумева превасходно непосредну обавезу државе да пружи организовану социјалну помоћ и заштиту детету и његовој породици. Са друге стране, право детета на одговарајући животни стандард превасходно изискује обавезу родитеља и других лица одговорних за дете да у складу са својим способностима и материјалним могућностима обезбеде детету одговарајући стандард живота (КПД, чл. 27. ст. 2). У том смислу, примарна одговорност за обезбеђивање одговарајућег животног стандарда детету је на родитељима, док држава има обавезу да им у случају потребе материјално и на друге начине помаже и асистира сходно својим расположивим ресурсима (КПД, чл. 27. ст. 3; Nolan, 2019b). Такође, посебно је важна обавеза држава-уговорница да предузму све мере како би се обезбедило остваривање права на издржавање детета, како унутар државе, тако и у иностранству (КПД, чл. 27. ст. 4).

Са друге стране, право детета на социјално обезбеђење подразумева корист коју дете има од услуга социјалне заштите и материјалне социјалне помоћи. Наведено право потребно је тумачити тако да

обухвати што шири низ ризика и случајева социјалне угрожености детета. Основну листу социјалних ризика и случајева угрожености даје Конвенција Међународне организације рада бр. 102. о минималним стандардима социјалног обезбеђења из 1952. године.<sup>13</sup> Поменута Конвенција препознаје девет основних стубова социјалног обезбеђења, који покривају ризике и случајеве: приступа здравственој заштити, болести, незапослености, старости, повреде на раду, угрожености породице, материнства, инвалидитета, као и обезбеђење надживелих чланова породице и сирочади (К/МОП/102, чл. 7, 13, 19, 25, 31, 39, 46, 53, 59).

Комитет УН за права детета ближе не одређује садржину права детета на социјално обезбеђење, али то чини Комитет за економска, социјална и културна права, као надзорни орган за примену МПЕСКП. Тако, према поменутом међународном органу, право на социјално обезбеђење обухвата право на приступ и остваривање новчаних или других користи како би се без дискриминације обезбедила социјална заштита, између осталог, у случајевима:<sup>14</sup>

- а) недостатка прихода од рада услед болести, инвалидитета, материнства, повреде на раду, незапослености, старости или смрти члана породице;
- б) немогућности приступа здравственој заштити;
- с) недовољној подршци породице, нарочито према деци и одраслим зависним лицима.

У свом досадашњем раду Комитет УН за права детета није се у значајнијој мери бавио тумачењем права детета на социјално обезбеђење. У фокусу наведеног међународног органа првенствено је било право детета на одговарајући животни стандард, као свеобухватније право. Посебно треба истаћи забринутост коју је Комитет УН за права детета исказивао према „буџетским резovima“ које државе-уговорнице чине у време економских криза, страхујући да би умањивање јавног финансирања материјалних и других видова помоћи деци, могло

---

<sup>13</sup> Међународна организација рада. Конвенција бр. 102 о минималним стандардима социјалног обезбеђења, 28. јун 1952, К/МОП/102. Службени лист ФНРЈ – Међународни уговори, бр. 1/1955.

<sup>14</sup> Комитет УН за економска, социјална и културна права. *Општи коментар* бр. 19: *право социјалну сигурност* (чл. 9.), 04. фебруар 2008. ОК/КЕСКП/19, пар. 2. Retrieved November 5, 2020, from <https://www.refworld.org/docid/47b17b5b39c.html>.

озбиљније да се одрази на остваривање права детета на одговарајући животни стандард и посредно социјалну обезбеђеност деце. У том смислу, поменути међународни орган сугерисао је државама-уговорницама да приликом смањивања буџетских расхода, узму у обзир да је принцип најбољег интереса детета од првенственог значаја и у области буџетских мера које државе усвајају (Langford & Khaliq, 2019).

### **3. ПРИМЕНА ПРАВА ДЕТЕТА НА ЗДРАВЉЕ И ПРАВА ДЕТЕТА НА СОЦИЈАЛНО ОБЕЗБЕЂЕЊЕ У ДОМЕНИМА ЗДРАВСТВЕНЕ И СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ**

Као и сва права из КПД, тако су и право детета на здравље и право детета на социјално обезбеђење узајамно повезана и испреплетана. Данас социјална угроженост представља вероватно највећи ризик по здравље деце. Програми имунизације, постнатална медицинска нега и здравствена заштита новорођенчади значајно су, макар у добром делу света, смањили стопу дечје смртности. Међутим, истраживања су показала да социјални ризици и стресови којима се деца излажу у случајевима социјалне угрожености у великој мери утичу на њихово здравље. Тако, на пример, деца без родитељског старања чешће пате од неухрањености или гојазности, дијабетеса или имају психичке потешкоће (Fortin, 2009). У таквим ситуацијама мере социјалне заштите служе и остваривању права детета на здравље или, макар, ублажавању далекосежнијих последица које могу наступити по здравље детета. Такође, постоје читаве правне области у којима се на подједнак начин служи идеји права детета на здравље и права детета на социјалну обезбеђеност. Типичан пример су принципи и циљеви на којима почивају правила о обавезном здравственом осигурању.

Премда је након ратификације примена КПД од стране држава-уговорница правно обавезујућа, начини примене поменутог међународног уговора зависе од конкретних држава (Lundy et al., 2013). Већина држава одлучила се за метод непосредне делимичне инкорпорације, тако што су одређена права детета унета у Устав, односно одговарајуће законе. Такав приступ заузела је и Србија, с тим што се правила КПД могу примењивати и непосредно и у хијерархији правних

аката заузимају место испод Устава, али изнад законских аката.<sup>15</sup> Када је реч о праву детета на здравље и праву на социјалну обезбеђеност, правна примена поменутих права у доменима здравствене и социјалне заштите ближе је разрађена у низу закона и подзаконских аката. У домаћем породичном законодавству, где је инкорпорисан највећи број права детета из КПД, право детета на здравље предвиђа се у оквиру права детета на развој, заједно са правом детета на одговарајући животни стандард. Тако, према Породичном закону Србије, детету се признаје „право на обезбеђење најбољих могућих животних и здравствених услова за свој правилан и потпун развој“.<sup>16</sup> Са друге стране, право детета на социјалну обезбеђеност није инкорпорисано у домаће законодавство, већ се превасходно остварује преко признавања права појединцу млађем од 26 година да користи одређене услуге социјалне заштите под одговарајућим условима.<sup>17</sup>

Пут примене права детета на здравље у домаћем правном поретку трасиран је превасходно Законом о здравственој заштити и путем Закона о правима пацијената.<sup>18</sup> Према 333, дете има право на највећи могући стандард здравља и здравствене заштите (чл. 20. ст. 3). Поменути закон издваја три основна начина за остваривање права детета на здравље: руковођење најбољим интересом детета у свим активностима пружалаца здравствене заштите, обезбеђивање здравствених услуга и процедура прилагођених деци, као и путем примене права детета на правилан развој и заштиту од свих облика злостављања, занемаривања и искоришћавања (чл. 20. ст. 2). Са друге стране, ЗоПП конкретније исказује право детета на здравље кроз низ субјективних права, водећи посебно рачуна о детету као пацијенту. Како дете сазрева и развија своје интелектуалне и сазнајне способности, садржина дететовог права на здравље обогаћује се новим субјективним правима. Другим речима, са наступањем адолесценције, право детета на здравље усложњава се и исказује кроз више субјективних права која имају упориште у нарастајућој аутономији детета. Комитет УН за права детета адолесценцију дефинише као „период у којем долази до

<sup>15</sup> Устав РС. *Службени гласник РС*, бр. 98/2006, УС, чл. 194. ст. 4 – 5.

<sup>16</sup> Породични закон. *Службени гласник РС*, бр. 18/2005, ПЗ, чл. 62. ст. 1.

<sup>17</sup> Закон о социјалној заштити. *Службени гласник РС*, бр. 24/2011, ЗСЗ, чл. 41. ст. 2.

<sup>18</sup> Закон о здравственој заштити. *Службени гласник РС*, бр. 25/2019, 333; Закон о правима пацијената. *Службени гласник РС*, бр. 45/2013 и 25/2019 – други закон, ЗоПП.

убрзаних телесних, когнитивних и социјалних промена, укључујући и сексуално и репродуктивно сазревање.“<sup>19</sup>

Правне последице уласка детета у адолесцентски период састоје се у омогућавању детету да одређене одлуке и изборе у домену своје здравствене заштите чини самостално. Наиме, у млађем узрасту утицај партиципативних права у области здравствене заштите значајно је слабији, па се примена права детета на здравље заснива углавном на патерналистичком приступу. На пример, у домаћем праву на овај начин исказују се права детета у стационарним здравственим установама. Тако, дете до навршених 15 година, има право да буде смештено на болничко лечење у пратњи једног родитеља, усвојитеља или старатеља, увек када је то могуће (ЗоПП, Чл. 26. ст. 1). Са друге стране, право детета на мишљење све више добија на значају и домаћају како дете одраста и сазрева. Сходно томе, издваја се више субјективних права у области здравствене заштите која представљају израз аутономије детета у складу са дететовим развојним способностима, узрастом и зрелашћу. У том смислу, могу се разликовати: право пристанка на медицинску меру, право на поверљиво саветовање, право увида у медицинску документацију, право на поверљивост података о свом здравственом стању, као и право на приступ информацијама од значаја за здравље (ОК/КПД/4, пар. 5-7).

Међутим, без обзира на узраст и зрелост детета, патерналистичка ограничења адолесцентске аутономије никада у потпуности не ишчезавају. Основни разлог је у томе што од начина примене права детета на здравље непосредно зависи и остваривање права детета на живот, опстанак и развој. Отуда право адолесцента да пристане на медицинску меру подразумева ограничену аутономију детета. Такође, право детета на поверљивост података о здравственом стању трпи

---

<sup>19</sup> Комитет УН за права детета. *Општи коментар* бр. 4: *здравље и развој адолесцената у контексту Конвенције о правима детета*, 01. јул 2003, ОК/КПД/4, пасус 2 уводног дела. Retrieved November 6, 2020, from <https://www.refworld.org/docid/4538834f0.html>. Израз адолесценција потиче од латинске речи *adolescere* у значењу „достигнути зрелост, стасати“ (Oxford University Press. (2001). *Adolescence*. In *Oxford Dictionary, Thesaurus and Wordpower guide* (2<sup>nd</sup> ed., p. 19).

ограничења, која су у складу са најбољим интересом детета као пацијента.<sup>20</sup>

Од свих права детета у домену здравствене заштите, несумњиво најзначајније је право слободног пристанка на медицинску меру. Комитет УН за права детета сугерише државама-уговорницама да одреде минималан узраст у којем би дете могло дати пристанак на медицинску меру без сагласности родитеља, односно законских заступника (ОК/КПД/4, пар. 5). Највећи број европских држава прихватио је овакву сугестију Комитета и одредио минималну старосну границу за самостални пристанак детета на медицинску меру у распону од 14 до 16 година живота.<sup>21</sup> Са друге стране, поједине државе, попут Немачке, доследно су примениле идеју права детета на мишљење, па стицање поменутог права детета везују искључиво за способност индивидуалног детета да учини информативни пристанак на конкретну медицинску меру (Schmahl, 2014). Коначно, мањи број европских држава, попут Словачке, уопште не предвиђа право детета да пристане на медицинску меру без сагласности његових законских заступника.<sup>22</sup>

Поред одговарајућег узраста, потребно је и да је дете способно за расуђивање како би могло дати пристанак на предузимање конкретне медицинске мере. Способност за расуђивање представља заправо способност детета да учини информативни пристанак. Поменута способност цени се у сваком појединачном случају, сходно личним карактеристикама детета и природи медицинске мере која се предузима (Schmahl, 2014).

---

<sup>20</sup> Према домаћем законодавству о правима пацијената, дете које је навршило 15 година живота и које је способно за расуђивање има право на поверљивост података који се налазе у његовој медицинској евиденцији. Међутим, надлежни здравствени радник дужан је да, упркос противљењу детета, саопшти информације о дететовом здравственом стању његовом законском заступнику ако постоји озбиљна опасност по живот и здравље детета (ЗоПП, чл. 24. ст. 1 – 2.).

<sup>21</sup> Најнижи минимални узраст за право детета на слободан пристанак на предузимање медицинске мере одређује Летонија (14 година живота). Retrieved November 15, 2020, from <https://fra.europa.eu/en/publication/2017/mapping-minimum-age-requirements/consent-medical-treatments>.

<sup>22</sup> Retrieved November 15, 2020, from <https://www.procare.sk/wp-content/uploads/2018/11/charta-prav-pacientov-v-sr-aj.pdf>.



Према домаћем законодавству о правима пацијената, дете са навршених 15 година живота које је способно за расуђивање има право слободног пристанка на медицинску меру, без сагласности родитеља, односно законских заступника (ЗоПП, чл. 19. ст. 4). Наведени минимални узраст детета односи на пристанак на било коју медицинску интервенцију. Међутим, јасно је да ће услов постојања способности за расуђивање дете знатно теже достићи ако је медицинска мера сложенија и њене могуће последице по живот и здравље детета далекосежније. Будући да поменути способност превасходно утврђују лекари, примена права детета на слободни пристанак на медицинску меру суштински је у њиховим рукама. Ако је дете млађе од 15 година, пристанак у његово име дају законски заступници, који су заједно са лекаром дужни омогућити детету да буде укључено у доношење одлуке у складу са својим узрастом и зрелошћу (Мујовић Зорнић и др., 2016).

Дете, односно адолесцент, који је способан за расуђивање има право пристанка, али не и право да одбије предложену медицинску меру. У случају одбијања поменуте мере, није потребно да се утврђује способност адолесцента за расуђивање, јер су последице одбијања исте (Поњавић, 2016). Уколико дете са навршених 15 година живота одбије конкретну медицинску меру, лекар ће сагласност за предузимање мере затражити од родитеља, односно законског заступника детета (ЗоПП, чл. 19. ст. 5). Ако се ради о предузимању већих медицинских захвата, тражиће се изричито писана сагласност оба родитеља детета, с обзиром да се ради о питању које битно утиче на живот детета (ПЗ, чл. 78. ст. 3-4). „Већи медицински захвати“ представљају дијагностичке или терапијске инвазивне медицинске мере за које не постоји алтернативни начин лечења приближне ефикасности, праћене већом вероватноћом могућих ризика у случају њиховог предузимања, односно непредузимања, као и дуготрајнијим последицама на живот и здравље пацијента (Влашковић, 2018).

Адолесценти, по правилу, уживају само позитивну аутономију у смислу пристанка на медицинску меру. Међутим, домаће законодавство познаје и изузетке, односно обрнуте случајеве када се детету ускраћује право да пристане, али му се признаје право да одбије предложену медицинску меру. Типичан пример представља пристанак детета као примаоца људских органа на медицинску интервенцију трансплантације органа, која се може обавити само уз сагласност оба родитеља и уколико јој се дете старије од 15 година живота изричито не противи (Младеновић,

2020).<sup>23</sup> Сличан пример може се наћи и код права детета да учествује у медицинском истраживању. Наиме, медицинско истраживање које укључује дете, може се изузетно предузети ако дете од тога има непосредну корист, уз писани пристанак његовог законског заступника и под условом да се дете томе не противи (ЗоПП, чл. 25. ст. 5). Признавање негативне аутономије детету у оваквим случајевима последица је наглашенијег патерналистичког приступа, односно снажније потребе да се заштити живот и здравље детета услед увећаних ризика и сложености медицинских мера, односно поступака које се предузимају. При томе, у оба наведена примера не тражи се способност детета за расуђивање како би могло одбити одређену медицинску меру или поступак. Сходно томе, противљење се може изразити и невербалним облицима комуникације.

Као што је раније речено, право детета на здравље непосредно је инкорпорисано у домаће законодавство и преточено у низ субјективних права која се остварују у области здравствене заштите. Са друге стране, право детета на социјално обезбеђење ретко се инкорпорише у национална законодавства, што у пракси и не прави велику разлику.<sup>24</sup> Из формулације КПД, уочљиво је да дете „има право на корист“ од услуга социјалне заштите и социјалних давања, а не „право приступа“ наведеним услугама (чл. 26. ст. 1). Ова формулација, неуобичајена за идеју права детета, указује да се дете углавном третира пасивно, као посредни или непосредни корисник услуга социјалног обезбеђења. При томе, право детета на социјално обезбеђење остварује се најчешће тако што наведеним услугама приступају одрасли чланови породице. Основни задатак држава јесте да сходно расположивим ресурсима развију систем социјалног обезбеђења који би обухватао различите ризике и случајеве социјалне угрожености детета и обезбеђивао посредан или непосредан приступ детета одговарајућим нематеријалним или материјалним користима (Langford & Khaliq, 2019).

У домаћем правном поретку, могу се разликовати три основна начина за примену права на социјално обезбеђење детета: пружањем услуга

---

<sup>23</sup> Закон о пресађивању људских органа. *Службени гласник РС*, бр. 57/2018, ЗПЉО.

<sup>24</sup> На пример, право детета на социјално обезбеђење предвиђа се у чл. 6. Устава Бразила. Retrieved November 15, 2020, from [https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/acceso\\_informacion\\_base\\_dc\\_leyes\\_pais\\_b\\_1\\_en.pdf](https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/acceso_informacion_base_dc_leyes_pais_b_1_en.pdf).

социјалне заштите, давањем материјалне подршке и преко различитих облика социјалног осигурања. Последњем случају припадају права које дете остварује по основу обавезног здравственог осигурања, као и право на породичну пензију.<sup>25</sup>

Корисник услуга социјалне заштите је, између осталог, дете коме је потребна организована подршка и помоћ друштва ради побољшања, односно очувања квалитета живота, као и отклањања и ублажавања ризика неповољних животних околности (ЗСЗ, чл. 5. ст. 1. у вези са чл. 41. ст. 2). Најкраће речено, ради се о детету у стању социјалне угрожености. Одређен број наведених услуга пружа се првенствено као вид помоћи породици која је у кризи, а дете је њихов посредни корисник. На пример, такве су саветодавно-терапијске и социјално-едукативне услуге које се обезбеђују преко јединица локалне самоуправе (ЗСЗ, чл. 46). Породица је примарни корисник и дневних услуга које се такође остварују активношћу локалне самоуправе (услуге дневног боравка, помоћи у кући) (ЗСЗ, чл. 44). У контексту услуга социјалне заштите посебно треба поменути и услуге које се тичу смештаја у сродничку или хранитељску породицу, домског смештаја, као и смештаја у прихватилиште (ЗСЗ, чл. 47).

Право на социјално обезбеђење детета може се под одговарајућим условима посредно и непосредно остваривати и мерама материјалне подршке, односно давањем новчане социјалне помоћи и додатака у новцу за помоћ и негу другог лица (ЗСЗ, чл. 79; чл. 81 – 82). Поменути видови материјалне подршке остварује се ради обезбеђења егзистенцијалног минимума и подршке социјалној укључености корисника (ЗСЗ, чл. 5, ст. 2).

---

<sup>25</sup> Дете може стећи и право на породичну пензију као члан породице умрлог осигураника и она му припада до навршених 15 година живота. После навршеног узраста дете има право на породичну пензију до 20 године ако похађа средњу школу и до 26 године ако похађа високошколску установу. Дете ће такође имати право на породичну пензију ако је неспособно за самосталан живот и рад, а неспособност је настала до прописаног узраста за стицање права на старосну пензију, као и кад је неспособност настала након тога, али пре смрти члана породице као осигураника (Закон о пензијском и инвалидском осигурању. *Службени гласник РС*, бр. 34/2003, 64/2004 - одлука УСРС, 84/2004 – др. закон, 85/2005, 101/2005 – др. закон, 63/2006 – одлука УСРС, 5/2009, 107/2009, 101/2010, 93/2012, 62/2013, 108/2013, 75/2014, 142/2014, 73/2018, 46/2019 – одлука УС и 86/2019), ЗПИО, чл. 28. ст. 2. и чл. 31.

#### 4. ЗАКЉУЧНЕ НАПОМЕНЕ

Право детета на здравље и право детета на социјално обезбеђење представљају својеврсне стубове остваривања и заштите интереса детета и породице у доменима здравствене и социјалне заштите. Оба права уједно представљају израз права детета на живот, опстанак и развој, као предуслова за остваривање свих осталих права детета из КПД. Истовремено, ради се о правима детета из групе економских, социјалних и културних права, што отвара питање могућности и начина њихове правне примене унутар држава-уговорница.

Економска, социјална и културна права, па тако и право детета на здравље, односно социјално обезбеђење, морају се остваривати постепено и прогресивно, уз обавезу држава да моментално или у што краћем року примене једино „минималне суштинске обавезе“ у оквиру поменутих права, које не трпе одлагање. Ово је начин да се права која неретко подсећају више на моралне идеале и прокламације преточе у конкретније правне мере од стране националних законодаваца.

Комитет УН за права детета је посветио значајно већу пажњу примени права детета на здравље, него када је реч о праву на социјално обезбеђење, које се обично тумачи у сенци права детета на највиши оствариви животни стандард. Можда је разлог томе што се права детета у домену социјалне заштите остварују углавном преко заштите интереса породице која је социјално и материјално угрожена. У том смислу, примереније је рећи како је дете корисник услуга социјалног обезбеђења, него непосредни и индивидуални титулар права из наведене области.

Са друге стране, право детета на здравље, које умногоме садржински превазилази оквире здравствене заштите, чешће је непосредно инкорпорисано у национална законодавства. Поменуто право је унутар националних правних поредака посебно разрађено преко низа субјективних права чији је титулар дете као пацијент. У наведеном контексту, нарочито су значајна партиципативна права детета као пацијента, а пре свих право слободног пристанка на медицинску меру, без сагласности родитеља, односно законских заступника.

## ЛИТЕРАТУРА

- Fortin, J. (2010). *Children's Rights and the Developing Law*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Jänterä – Jareborg, M. (2016). The child in the intersections between society, family, faith and culture. In Jänterä – Jareborg, M. (Ed.) *The Child's Interests in Conflict*, (pp. 1-30). Cambridge – Antwerp – Portland: Intersentia.
- Комитет УН за економска, социјална и културна права. *Општи коментар бр. 3: природа обавеза држава-уговорница (чл. 2. ст. 1. Пакта)*, 14. децембар 1999, ОК/КЕСКП/3. Retrieved November 2, 2020, from <https://www.refworld.org/pdfid/4538838e10.pdf>.
- Комитет УН за економска, социјална и културна права. *Општи коментар бр. 14: право на највиши оствариви стандард здравља (чл. 12.)*, 11. август 2000, ОК/КЕСКП/14, пар. 43. Retrieved November 4, 2020, from <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.
- Комитет УН за економска, социјална и културна права. *Општи коментар бр. 19: право социјалну сигурност (чл. 9.)*, 04. фебруар 2008. ОК/КЕСКП/19, пар. 2. Retrieved November 5, 2020, from <https://www.refworld.org/docid/47b17b5b39c.html>.
- Комитет УН за права детета. *Општи коментар бр. 4: здравље и развој адолесцената у контексту Конвенције о правима детета*, 01. јул 2003, ОК/КПД/4. Retrieved November 6, 2020, from <https://www.refworld.org/docid/4538834f0.html>.
- Комитет УН за права детета. *Општи коментар бр. 5 (2003) – опште мере за примену Конвенције о правима детета (чл. 4, 42. и 44. ст. 6)*, 27. новембар, 2003, ОК/КПД/5. Retrieved November 1, 2020, from <https://www.refworld.org/docid/4538834f11.html>.
- Комитет УН за права детета. *Општи коментар бр. 15 о праву детета да ужива највиши оствариви стандард здравља (чл. 24)*, 17. април 2013, ОК/КПД/15, пар 73). Retrieved November 4, 2020, from <https://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html>.
- Комитет УН за елиминацију дискриминације жена и Комитет УН за права детета. *Заједничка препорука бр. 31/Општи коментар бр. 18. о штетним праксма*, 14. новембар 2014, (CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18). Retrieved November 3, 2020, from <https://undocs.org/CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18>
- Комитет УН за права детета. *Општи коментар бр. 19 (2016) о јавном финансирању ради остваривања права детета (чл. 4.)*, 21. јул 2016, ОК/КПД/19. Retrieved November 1, 2020, from <https://undocs.org/en/CRC/C/GC/19>.

- Комитет УН за права детета. *Закључна запажања поводом иницијалног извештаја државе Чад*, 24. август 1999, пар. 28. Retrieved November 7, 2020, from <https://undocs.org/CRC/C/15/Add.107>.
- Комитет УН за права детета (*Закључна запажања поводом другог периодичног извештаја Непала*, 21. септембар 2005, пар. 61 (е)). Retrieved November 2, 2020, from <https://www.refworld.org/docid/45377ea30.html>.
- Langford, M., Khaliq, U. (2019). Article 26. The Right to Social Security. In Tobin, J. (Ed.) *The UN Convention on the Rights of the Child: A Commentary*, (pp. 986-1020). Oxford: Oxford University Press.
- Lundy, L., Kilkelly, U., & Byrne, B. (2013). Incorporation of the United Nations Convention on the Rights of the Child in Law: A Comparative Review. *International Journal of Children's Rights*, 21(3), 442-463.
- Међународна организација рада. *Конвенција бр. 102 о минималним стандардима социјалног обезбеђења*, 28. јун 1952, К/МОР/102. *Службени лист ФНРЈ – Међународни уговори*, бр. 1/1955.
- Младеновић, Т. (2020). Етички и правни аспекти узимања органа од умрлих малолетних лица. У М. Мићовић (ред.). *Услуге и права корисника* (стр. 483-500). Крагујевац: Правни факултет Универзитета у Крагујевцу.
- Мујовић Зорнић, Х., Сјеничић, М. и Миленковић, М. (2016). Права пацијента и законодавне промене у Србији. *Теме*, XL(1), 35-51.
- Nolan, A. (2013). Economic and Social Rights, Budgets and the Convention on the Rights of the Child. *International Journal of Children's Rights*, 21(2), 248-277.
- Nolan, A. (2019). The Right to a Standard of Living Adequate for the Child's Development. In Tobin, J. (Ed.) *The UN Convention on the Rights of the Child: A Commentary*, (pp. 1021- 1055). Oxford: Oxford University Press.
- Поњавић, З. (2016). Право пацијента да пристане на медицинску меру или да је одбије. *Теме*, XL(1), 15-33.
- Породични закон. *Службени гласник РС*, бр. 18/2005.
- Sachs, A. (2003). The Judicial Enforcement of Socio-economic Rights: The Grootboom Case. *Current Legal Problems*, 56(1), 579-601.
- Schmahl, S. (2014). The Rights of the Child in Germany: The UN Convention on the Rights of the Child and its Implementation in National Law. In M. Schmidt-Kessel (Ed.). *German National Reports on the 19<sup>th</sup> International Congress of Comparative Law* (pp. 581-609). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Tasioulas, J. (2017). *Minimum Core Obligations: Human Rights in the Here and Now*. Nordic Trust Fund and The World Bank.
- Tasioulas, J. (2017). *The Minimum Core of the Human Right to Health*. Nordic Trust Fund and The World Bank.

- Tobin, J. (2019). Article 24. The Right to Health. In Tobin, J. (Ed.) *The UN Convention on the Rights of the Child: A Commentary*, (pp. 902-969). Oxford: Oxford University Press.
- Tobin, J. (2019). Article 4. A State's General Obligation of Implementation. In Tobin, J. (Ed.) *The UN Convention on the Rights of the Child: A Commentary*, (pp. 108-158). Oxford: Oxford University Press.
- Уједињене нације. *Међународни пакт о грађанским и политичким правима и Међународни пакт о економским, социјалним и културним правима*, 16. децембар 1966, МППП и МПЕСКП. Закон о ратификацији Међународног пакта о грађанским и политичким правима и Закон о ратификацији међународног пакта о економским, социјалним и културним правима. *Службени лист СФРЈ*, бр.7/1971.
- Уједињене нације. *Конвенција о правима детета*, 20. новембар 1989, КПД. Закон о ратификацији Конвенције Уједињених нација о правима детета. *Службени лист СФРЈ – Међународни уговори* бр. 15/1990 и *Службени лист СРЈ – Међународни уговори*, бр. 2/1997.
- Устав РС. *Службени гласник РС*, бр. 98/2006.
- Влашковић, В. (2018). Услуге предузимања већих медицинских захвата над дететом са аспекта вршења родитељског права. У М. Мићовић (ред.) *Савремени правни промет и услуге* (стр. 639-649). Крагујевац: Правни факултет Универзитета у Крагујевцу.
- Закон о пензијском и инвалидском осигурању. *Службени гласник РС*, бр. 34/2003, 64/2004 - одлука УСРС, 84/2004 – др. закон, 85/2005, 101/2005 – др. закон, 63/2006 – одлука УСРС, 5/2009, 107/2009, 101/2010, 93/2012, 62/2013, 108/2013, 75/2014, 142/2014, 73/2018, 46/2019 – одлука УС и 86/2019.
- Закон о правима пацијената. *Службени гласник РС*, бр. 45/2013 и 25/2019 – други закон.
- Закон о пресађивању људских органа. *Службени гласник РС*, бр. 57/2018.
- Закон о социјалној заштити. *Службени гласник РС*, бр. 24/2011.
- Закон о здравственој заштити. *Службени гласник РС*, бр. 25/2019.

*Abstract***(IM)POSSIBILITY OF FULFILLING THE CHILD'S  
RIGHT TO HEALTH AND THE CHILD'S RIGHT TO  
SOCIAL SECURITY**

Human rights from the category of economic, social and cultural rights closely resemble moral ideas and proclamations. Therefore they must be realized progressively and gradually, in accordance with the available resources and with respect to minimum core obligations of the States Parties. The child's right to health and child's right to social security are typical examples of it. In this paper, the author deals with the problems of interpretation of those rights and their implementation at the national level, with special regard to the Serbian legislation. Special attention is paid to implementation of child's right to health and child's right to social security in the area of health care and social protection. The child's right to health is directly incorporated into domestic law including various entitlements acquired by the child as a patient. Among these entitlements, the most significant are those involving child's participation rights, such as the right of the child to consent to medical treatment. On the other hand, the child's right to social security has not been directly incorporated into domestic law, but its implementation is dispersed over the rules on social care and different forms of health insurance. Thereby, a child is primarily considered as a passive user of social security services.

**Key words:** economic, social and cultural rights, child's rights, health, social security, Committee on the Rights of the child, minimum core obligations