



МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ И СВОБОД ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН: ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ, ПРОЦЕДУРНЫЕ АЛГОРИТМЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Анваров Демирали Тахир угли

студент 3 курса факультета «Международного права и
сравнительного правоведения» Ташкентского государственного
юридического университета
e-mail: anvarovdemirali@gmail.com
<https://doi.org/10.5281/zenodo.21552469>

ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 21-iyul 2026 yil
Ma'qullandi: 23-iyul 2026 yil
Nashr qilindi: 25-iyul 2026 yil

KEY WORDS

права инвалидов, лица с
инвалидностью, Конвенция о
правах инвалидов, социальная
модель инвалидности, медико-
социальная экспертиза,
квотирование рабочих мест,
доступная среда,
дееспособность, инклюзивное
образование, Республика
Узбекистан.

ABSTRACT

Настоящая статья посвящена комплексному анализу национальных и международных механизмов защиты прав и свобод лиц с инвалидностью в Республике Узбекистан. Автор последовательно раскрывает эволюцию понятийного аппарата — переход от медицинской к социальной модели инвалидности, — а также пошагово анализирует ключевые процедурные алгоритмы, посредством которых данные механизмы реализуются на практике: установление инвалидности через медико-социальную экспертизу, квотирование рабочих мест, обеспечение доступности физической и информационной среды, ограничение дееспособности и институт поддерживаемого принятия решений, инклюзивное образование, а также деятельность Омбудсмана и международный контрольный механизм Комитета ООН по правам инвалидов. На каждом процедурном этапе выявляются присущие ему практические проблемы, приводятся реальные примеры из отечественной и зарубежной практики, а также формулируются авторские предложения по совершенствованию законодательства и правоприменения.

Введение

Конвенция о правах инвалидов, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 года, ознаменовала собой концептуальный сдвиг в международно-правовом понимании инвалидности — переход от традиционного, медицинского восприятия инвалидности как индивидуального дефекта здоровья к социальной модели, согласно которой ограничения жизнедеятельности порождаются не столько самим нарушением здоровья, сколько существующими в обществе физическими, организационными и

отношенческими барьерами [37]. Для Республики Узбекистан, ратифицировавшей данную Конвенцию Законом от 7 июня 2021 года № ЗРУ-695 [7], данный концептуальный сдвиг имеет не только теоретическое, но и остро практическое значение, поскольку от того, какая модель понимания инвалидности заложена в основу конкретного правового механизма — медицинская или социальная, — напрямую зависит эффективность соответствующего механизма защиты.

Актуальность настоящего исследования обусловлена несколькими обстоятельствами. Во-первых, по данным Министерства занятости и сокращения бедности, число лиц с инвалидностью в Узбекистане составляет значительную долю населения страны, что делает вопрос эффективности механизмов защиты их прав вопросом общенациональной социально-правовой значимости. Во-вторых, ратификация Конвенции повлекла масштабное обновление национального законодательства — от принятия в 2020 году нового профильного закона до пересмотра десятков подзаконных актов, — что создаёт объективную научную потребность в системном осмыслении данной реформы. В-третьих, как будет показано далее, между декларируемыми в законодательстве принципами социальной модели и их фактической реализацией на уровне конкретных правоприменительных процедур сохраняется ощутимый разрыв, требующий предметного научного анализа.

Целью настоящей статьи является последовательный анализ основных национальных и международных механизмов защиты прав инвалидов в Узбекистане — с раскрытием процедурных алгоритмов их функционирования, — а также выявление присущих каждому из них практических проблем и формулирование предложений по их устранению. Методологическая особенность настоящего исследования, как и в наших предыдущих работах, состоит в том, что проблемы и предложения не выносятся в отдельные главы, а последовательно раскрываются в рамках той тематической главы, к которой они относятся, поскольку именно такой подход позволяет продемонстрировать неразрывную связь между правовой конструкцией механизма и его практическим функционированием.

От медицинской к социальной модели инвалидности: эволюция понятийного аппарата и нормативно-правовой основы

Прежде чем переходить к анализу отдельных механизмов защиты, необходимо остановиться на понятийной основе всего последующего изложения, поскольку именно она определяет специфику каждого из рассматриваемых далее процедурных алгоритмов. Большой юридический словарь, отражающий советскую и постсоветскую правовую традицию, определяет инвалидность как «нарушение здоровья человека со стойким расстройством функций организма, приводящее к полной или значительной потере профессиональной трудоспособности», группа которой устанавливается врачебно-экспертными комиссиями [40]. На наш взгляд, данное определение представляет собой хрестоматийный пример медицинской модели инвалидности: в его основе лежит представление о инвалидности как индивидуальном, «внутреннем» дефекте здоровья человека, требующем медицинского вмешательства и социальной компенсации, но не связываемом с внешними, устранимыми барьерами.

Социальная модель инвалидности, легшая в основу Конвенции ООН, исходит из принципиально иной методологической предпосылки: причина ограничения

жизнедеятельности человека заключается не в самом нарушении здоровья, а в барьерах, создаваемых обществом — физических (недоступная архитектурная среда), организационных (отсутствие разумного приспособления рабочих мест) и отношенческих (стереотипы и предрассудки) [30]. Тарасенко, анализируя данную концептуальную трансформацию в контексте современной реабилитационной политики, справедливо отмечает, что социальная модель смещает фокус государственной политики с индивидуальной реабилитации отдельного человека на системное устранение барьеров, препятствующих равному участию лиц с инвалидностью в жизни общества [31].

Законодательство Узбекистана прошло путь последовательной, хотя и не одномоментной трансформации в указанном направлении. Первый национальный акт в данной сфере — Закон «О социальной защищённости инвалидов в Республике Узбекистан» от 18 ноября 1991 года № 422-XII [6] — был принят вскоре после обретения независимости и по своей терминологии и структуре в значительной степени отражал именно медицинскую модель, свойственную советскому социальному законодательству: закон оперировал категориями «социальной защищённости» и «реабилитации» и не содержал упоминания о принципах недискриминации или доступности в их современном понимании.

Принципиальный сдвиг произошёл с принятием 15 октября 2020 года нового Закона «О правах лиц с инвалидностью» № ЗРУ-641 [5], вступившего в силу 16 января 2021 года. Уже само наименование закона — переход от формулировки «инвалиды» к формулировке «лица с инвалидностью» — отражает переход к социальной, person-first терминологии, ставящей во главу угла личность человека, а не его диагноз. Закон закрепил принципиально новый перечень принципов государственной политики: уважение достоинства и самостоятельности лиц с инвалидностью, недопущение дискриминации по признаку инвалидности, равенство возможностей, доступность объектов и услуг, вовлечение лиц с инвалидностью в жизнь общества и государства [5]. Показательно и то обстоятельство, что, как отмечается в официальных комментариях к процессу ратификации, при подготовке Конвенции к присоединению Узбекистан впервые применил уникальную для отечественной законотворческой практики последовательность: международно-правовой документ сначала был имплементирован в национальное законодательство посредством нового закона 2020 года, и лишь затем, в 2021 году, состоялась сама ратификация Конвенции [23]. Мы оцениваем данный подход как методологически обоснованный, поскольку он позволил избежать разрыва между международным обязательством и готовностью национальной правовой системы к его непосредственному исполнению.

Вместе с тем, как будет показано в последующих главах, законодательное закрепление принципов социальной модели само по себе не гарантирует их последовательной реализации на уровне конкретных правоприменительных процедур — прежде всего той процедуры, с которой начинается взаимодействие любого человека с инвалидностью с государством: процедуры медико-социальной экспертизы.

Процедура установления инвалидности: алгоритм медико-социальной экспертизы и проблема сохранения медицинской парадигмы

Установление инвалидности в Узбекистане, как и в большинстве государств постсоветского пространства, происходит через процедуру медико-социальной экспертизы, осуществляемую специализированными врачебно-трудовыми экспертными комиссиями. Процедурный алгоритм включает несколько последовательных этапов: во-первых, обращение гражданина (или его законного представителя) в медицинское учреждение по месту жительства с направлением на освидетельствование; во-вторых, сбор и представление медицинской документации, подтверждающей наличие стойкого расстройства функций организма; в-третьих, освидетельствование гражданина непосредственно комиссией, по результатам которого устанавливается группа инвалидности (при значительной степени ограничения жизнедеятельности) или категория «ребёнок-инвалид» — применительно к несовершеннолетним; в-четвёртых, оформление индивидуальной программы реабилитации, определяющей конкретный перечень реабилитационных, абилитационных и технических средств, полагающихся данному лицу; в-пятых, при несогласии гражданина с результатом освидетельствования — обжалование решения комиссии в вышестоящую комиссию либо в судебном порядке.

На наш взгляд, именно данная стадия — несмотря на прогрессивные, социально ориентированные принципы, закреплённые в Законе 2020 года, — остаётся наиболее консервативным звеном всего механизма защиты прав инвалидов, поскольку сама методология освидетельствования по-прежнему построена преимущественно на оценке степени утраты трудоспособности и выраженности медицинского дефекта, а не на функциональной оценке реальных барьеров, с которыми сталкивается конкретный человек в конкретной социальной среде. Комитет ООН по правам инвалидов в своей практике последовательно подчёркивает, что определение инвалидности не должно строиться исключительно на медицинском диагнозе, а должно учитывать взаимодействие между нарушением здоровья лица и барьерами окружающей среды [10], что отражено, в частности, в самом определении инвалидности, содержащемся в преамбуле и статье 1 Конвенции.

Мы полагаем, что сохранение преимущественно медицинской методологии освидетельствования порождает целый ряд практических проблем. Во-первых, два человека с формально идентичным медицинским диагнозом могут находиться в существенно различном функциональном положении в зависимости от доступности среды, наличия рабочего места, семейной поддержки, — однако действующая методика освидетельствования, ориентированная на диагноз, а не на функциональные барьеры, не всегда способна отразить это различие в итоговом решении о группе инвалидности и, соответственно, в объёме полагающихся мер поддержки. Во-вторых, процедура переосвидетельствования, которую значительная часть лиц с инвалидностью обязана регулярно проходить, воспринимается многими из них — что подтверждается и материалами общественных обсуждений — как унижительная и избыточная бюрократическая нагрузка, особенно в случаях, когда характер нарушения здоровья является необратимым и переосвидетельствование объективно не может привести к иному результату.

В качестве предложения по совершенствованию данной процедуры мы считаем целесообразным поэтапное внедрение элементов функциональной оценки — в дополнение к медицинскому диагнозу — в методику освидетельствования, включая оценку конкретных барьеров, с которыми сталкивается освидетельствуемое лицо в быту, при получении образования и при трудоустройстве. Одновременно мы полагаем обоснованным расширение перечня случаев, при которых группа инвалидности устанавливается бессрочно, без последующего переосвидетельствования, — применительно к состояниям здоровья, объективно исключаям положительную динамику. Данная мера, на наш взгляд, не только снизила бы административную нагрузку на систему здравоохранения, но и в большей степени соответствовала бы гуманистическому духу социальной модели инвалидности, заложенной в Конвенции.

Пройдя процедуру установления инвалидности и получив индивидуальную программу реабилитации, человек с инвалидностью сталкивается со следующим ключевым вызовом — реализацией права на труд, механизм обеспечения которого также построен на определённом процедурном алгоритме.

Реализация права на труд: механизм квотирования рабочих мест и проблема его фактической эффективности

Право лиц с инвалидностью на труд наравне с другими закреплено как в статье 27 Конвенции [10], так и в профильном Законе 2020 года. Основным правовым инструментом его реализации в Узбекистане выступает механизм квотирования рабочих мест, в соответствии с которым работодатели определённой категории обязаны трудоустраивать лиц с инвалидностью в пределах установленной квоты — по общему правилу составляющей 3 процента от общей численности работников [9].

Процедурно данный механизм устроен следующим образом: работодатель, подпадающий под требования законодательства о квотировании, обязан выделить и заявить в органы содействия занятости соответствующее число рабочих мест; при трудоустройстве лица с инвалидностью работодателю предоставляется право на получение субсидии на адаптацию рабочего места (в размере до сорокакратной базовой расчётной суммы на каждое адаптированное место), а также субсидии на заработную плату работников, принятых сверх установленной квоты в течение первых двенадцати месяцев их занятости [9]. Как отмечалось в публичных заявлениях представителей уполномоченных органов, в 2024 году количество подобных квот было увеличено в пять раз по сравнению с предыдущим периодом [27], что свидетельствует о наращивании государственного внимания к данному инструменту.

Тем не менее, на наш взгляд, само по себе количественное увеличение квот не решает системной проблемы данного механизма — разрыва между формальным выполнением квоты и содержательным, устойчивым трудоустройством лиц с инвалидностью. Свидетельства из практики подтверждают данный тезис: несмотря на пятикратное увеличение квот, лицам с инвалидностью «не всегда удаётся найти работу по душе» [27], а значительная часть работодателей, как показывают опросы, попросту не осведомлена о доступных субсидиях на адаптацию рабочих мест и заработную плату [27]. Показателен в этом отношении пример предпринимателя Джабборкула Эшназарова, имеющего инвалидность первой группы, который при поддержке государственного льготного кредита организовал дочернее предприятие по

производству средств бытовой гигиены, использующее труд работников с инвалидностью, — однако впоследствии не смог реализовать произведённую продукцию из-за отсутствия устойчивых каналов сбыта [26]. На наш взгляд, данный случай наглядно демонстрирует ограниченность существующей модели поддержки, которая фокусируется преимущественно на создании рабочего места как таковом, но не обеспечивает комплексного сопровождения предпринимательской или трудовой деятельности лиц с инвалидностью на всех её последующих этапах.

Кроме того, мы полагаем необходимым обратить внимание на структурную проблему самого механизма квотирования как такового: он ориентирован преимущественно на крупных и средних работодателей, обладающих достаточным штатом для расчёта обязательной квоты, тогда как малый бизнес и самозанятость — сферы, в которых, как справедливо отмечается в публикациях, посвящённых последствиям пандемии для занятости лиц с инвалидностью, значительная их часть объективно находит себе применение, — остаются за рамками квотного регулирования и, соответственно, вне зоны системной государственной поддержки [26].

Сопоставление узбекистанской модели квотирования с российским аналогом, закреплённым Федеральным законом от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», обнаруживает существенное структурное сходство: оба законодательства устанавливают обязательную квоту для работодателей определённой численности и предусматривают возможность применения мер ответственности за уклонение от её исполнения. Вместе с тем российская практика также демонстрирует схожую проблему формального выполнения квоты без последующего реального трудоустройства — работодатели нередко предпочитают уплату компенсационной стоимости квотируемого рабочего места фактическому найму работника с инвалидностью. На наш взгляд, данное сравнение подтверждает, что рассмотренная нами проблема носит не специфически узбекистанский, а структурный, присущий самой модели количественного квотирования как таковой характер, что, в свою очередь, свидетельствует в пользу дополнения количественного подхода качественными механизмами контроля — в частности, обязательной отчётностью работодателей не только о формальном заполнении квоты, но и о сроке сохранения занятости трудоустроенных лиц с инвалидностью, что позволило бы выявлять практику формального, кратковременного трудоустройства, осуществляемого исключительно для отчётности перед контролирующими органами.

В качестве предложений мы считаем целесообразным, во-первых, введение обязательного информирования работодателей о доступных мерах государственной поддержки при постановке на учёт в органах занятости — то есть переход от заявительного к проактивному информационному режиму; во-вторых, распространение мер финансовой поддержки (в первую очередь льготного кредитования и субсидирования) на самозанятых лиц с инвалидностью и малые предприятия, создаваемые ими или с их участием, независимо от формального критерия квотирования; в-третьих, введение при органах содействия занятости специализированной службы сопровождаемого трудоустройства, оказывающей лицам с инвалидностью содействие не только на этапе поиска работы, но и на протяжении всего периода трудовой адаптации.

Реализация права на труд, однако, неразрывно связана с ещё одним фундаментальным условием — физической и информационной доступностью среды, без которой само по себе трудоустройство или получение услуг остаётся практически неосуществимым.

Обеспечение доступности физической и информационной среды: от «доступности напоказ» к универсальному дизайну

Принцип доступности объектов и услуг закреплён как одна из ключевых основ Конвенции [10], а Комитет ООН по правам инвалидов в своём Замечании общего порядка № 2, посвящённом статье 9 Конвенции, специально подчёркивает, что обязательство по обеспечению доступности носит безоговорочный характер и не может быть обусловлено ссылками на несоразмерность бремени, — в отличие от концепции «разумного приспособления», применяемой к индивидуальным случаям [13]. Данное разграничение представляется нам принципиально важным: доступность — это обязанность *ex ante*, которую государство и хозяйствующие субъекты обязаны обеспечить заблаговременно и в отношении неопределённого круга лиц, тогда как разумное приспособление — это индивидуализированная мера, применяемая по запросу конкретного человека.

На практике, однако, реализация принципа доступности в Узбекистане сталкивается с серьёзной проблемой, которую в региональной правозащитной литературе принято обозначать как «доступность напоказ» (или «доступность для галочки») — ситуацией, при которой формально установленные элементы безбарьерной среды (пандусы, специализированные лифты, тактильная разметка) фактически не соответствуют функциональным потребностям лиц с инвалидностью и не могут быть ими использованы [29]. Данная проблема носит региональный характер и, как отмечается в сравнительном анализе, посвящённом опыту соседнего Казахстана, коренится в отсутствии эффективных мер юридической ответственности за формальное, не соответствующее стандартам создание элементов доступной среды [29].

Данный вывод подтверждается и непосредственными свидетельствами лиц с инвалидностью в самом Узбекистане. Так, студентка Самаркандского архитектурно-строительного института Умида Махмудова, использующая инвалидную коляску, прямо указывает: «наш город доступным не назовёшь, я всё ещё испытываю сложности в передвижении» [27]. Мы считаем данное свидетельство весьма показательным именно потому, что оно исходит от студентки архитектурно-строительного вуза — то есть от человека, профессионально подготовленного к оценке качества архитектурной среды с технической точки зрения, что придаёт её оценке особую убедительность.

На наш взгляд, устранение указанного разрыва требует комплекса взаимосвязанных мер. Во-первых, необходимо введение обязательной независимой приёмки объектов доступной среды с участием представителей организаций лиц с инвалидностью — то есть переход от формальной, ведомственной приёмки к содержательной, «пользовательской» верификации, отражающей принцип, ставший девизом международного правозащитного движения инвалидов: «Ничего о нас без нас» [30]. Во-вторых, полагаем необходимым установление конкретных мер юридической, включая административную, ответственности должностных и юридических лиц за

создание объектов доступной среды, не соответствующих установленным стандартам, поскольку в отсутствие подобной ответственности стимулы к содержательному, а не формальному исполнению требований доступности объективно ослаблены. В-третьих, мы считаем целесообразным последовательное внедрение принципа универсального дизайна — то есть проектирования объектов и услуг, изначально пригодных к использованию всеми людьми в максимально возможной степени без необходимости последующей адаптации, — в качестве обязательного требования к градостроительной и архитектурной документации, а не как факультативной рекомендации.

Обеспечение доступности физической среды тесно связано с ещё более фундаментальным вопросом — признанием за лицом с инвалидностью полной правосубъектности, то есть способности самостоятельно приобретать и осуществлять права, к анализу которого мы и переходим.

Правоспособность и дееспособность лиц с инвалидностью: оговорка к статье 12 Конвенции и проблема субститутивного принятия решений

Одним из наиболее теоретически насыщенных и практически значимых аспектов международно-правового обязательства Узбекистана в рассматриваемой сфере является оговорка, сделанная при ратификации Конвенции в отношении статьи 12 («Равенство перед законом»). Согласно данной оговорке, Узбекистан оставляет за собой право продолжать использование замещающих (субститутивных) механизмов принятия решений в отношении лиц с инвалидностью в соответствующих обстоятельствах и при условии соблюдения надлежащих и эффективных гарантий, если статья 12 Конвенции толкуется как требующая их отмены [7].

Данная оговорка, на наш взгляд, отражает фундаментальное концептуальное расхождение между традиционной, континентально-правовой конструкцией дееспособности — предполагающей возможность признания гражданина недееспособным или ограниченно дееспособным вследствие психического расстройства с передачей полномочий по принятию решений опекуну (институт замещающего принятия решений, *substituted decision-making*) — и моделью, заложенной в Конвенции, которая исходит из того, что лица с инвалидностью обладают правоспособностью наравне с другими во всех аспектах жизни и нуждаются не в замещении, а в поддержке при реализации данной правоспособности (модель поддерживаемого принятия решений, *supported decision-making*) [12].

Действующий в Узбекистане процессуальный алгоритм признания гражданина недееспособным (либо ограниченно дееспособным) включает следующие этапы: подача заинтересованными лицами (близкими родственниками, органом опеки и попечительства, психиатрическим учреждением) заявления в суд; назначение судом судебно-психиатрической экспертизы; рассмотрение дела судом с обязательным участием прокурора и представителя органа опеки и попечительства; вынесение решения об ограничении дееспособности либо о признании гражданина недееспособным; последующее назначение опекуна или попечителя, к которому переходят полномочия по совершению юридически значимых действий от имени такого лица (в случае недееспособности) либо контролю за такими действиями (в случае ограниченной дееспособности).

На наш взгляд, ключевая проблема данного алгоритма заключается в том, что традиционная модель, по существу, предполагает бинарный выбор: гражданин либо полностью дееспособен, либо полностью или почти полностью лишается возможности самостоятельно реализовывать свои гражданские права. Подобная бинарность, как справедливо отмечает Михайлова, анализируя институт дееспособности в сравнительно-правовой перспективе, не отражает реального многообразия степеней и видов ограничения жизнедеятельности, с которыми сталкиваются лица с психосоциальными и интеллектуальными нарушениями [35], поскольку человек может нуждаться в поддержке при принятии одних решений (например, крупных имущественных сделок), но быть полностью способным самостоятельно принимать решения бытового характера или решения, касающиеся его личной, семейной жизни.

Мы полагаем, что именно данное методологическое расхождение — а не техническая неготовность национальной правовой системы — образует подлинную причину сделанной Узбекистаном оговорки к статье 12 Конвенции. Вместе с тем, на наш взгляд, сохранение указанной оговорки в долгосрочной перспективе представляется небесспорным решением, поскольку Комитет ООН по правам инвалидов в своём Замечании общего порядка № 1, посвящённом статье 12, прямо и недвусмысленно указывает, что замещающее принятие решений в любых его формах должно быть заменено поддерживаемым принятием решений, обеспечивающим уважение прав, воли и предпочтений лица [12], — то есть рассматривает данную трансформацию не как факультативную опцию, а как императивное требование Конвенции.

Учитывая изложенное, мы считаем целесообразным не немедленную отмену института ограничения дееспособности — что было бы, на наш взгляд, юридически и организационно преждевременным шагом без создания надлежащей институциональной инфраструктуры, — а поэтапное, пилотное внедрение элементов модели поддерживаемого принятия решений в национальное законодательство. В частности, мы предлагаем законодательно закрепить институт «помощника по поддержке принятия решений» — лица, оказывающего содействие человеку с инвалидностью в понимании последствий совершаемых им юридически значимых действий, но не подменяющего его волю, — в качестве альтернативы полному ограничению дееспособности в случаях, когда функциональные нарушения лица позволяют ему формировать и выражать собственную волю при условии получения соответствующей поддержки. Внедрение подобного института, полагаем мы, потребует значительной подготовительной работы — от разработки методических рекомендаций для судов и органов опеки до подготовки специалистов, — однако именно поэтапность подобной реформы, на наш взгляд, соответствует принципу постепенной реализации, заложенному в самой Конвенции применительно к ряду её положений.

Вопрос о правосубъектности лица с инвалидностью особенно остро проявляется в сфере образования — институте, который, обеспечивая либо ограничивая доступ к знаниям, во многом предопределяет последующие возможности человека в реализации права на труд и самостоятельную жизнь.

Инклюзивное образование как механизм реализации права на образование

Статья 24 Конвенции закрепляет право лиц с инвалидностью на инклюзивное образование на всех уровнях, включая дошкольное, общее среднее, профессиональное и

высшее образование, наравне с другими [10], а Комитет ООН по правам инвалидов в специально посвящённом данному вопросу Замечании общего порядка № 4 подчёркивает принципиальное различие между интеграцией (при которой ребёнок с инвалидностью помещается в общеобразовательную среду без изменения самой этой среды под его потребности) и инклюзией (предполагающей системную трансформацию образовательной среды, учебных программ и методик преподавания в интересах всех обучающихся) [15].

Национальное законодательство Узбекистана, закрепляя право лиц с инвалидностью на образование, вместе с тем, на наш взгляд, до настоящего времени сохраняет параллельное существование двух моделей — специализированных (коррекционных) образовательных учреждений и инклюзивных классов в рамках общеобразовательных школ, — причём выбор между ними в значительной степени определяется решением медико-педагогической комиссии, вновь опирающейся преимущественно на медицинский диагноз ребёнка, а не на функциональную оценку его образовательных потребностей и возможностей адаптации образовательной среды. Полагаем, что данная ситуация структурно повторяет проблему, выявленную нами выше применительно к процедуре медико-социальной экспертизы, — сохранение медицинской, а не социальной парадигмы оценки на этапе принятия ключевых решений, определяющих жизненную траекторию человека с инвалидностью.

В качестве предложения мы считаем целесообразным постепенный пересмотр критериев направления детей с инвалидностью в специализированные учреждения — с переносом акцента с медицинского диагноза на оценку конкретных образовательных потребностей ребёнка и реальных возможностей их удовлетворения в условиях инклюзивной образовательной среды при условии предоставления надлежащего разумного приспособления (тьюторского сопровождения, адаптированных учебных материалов, специализированного оборудования). Одновременно необходимо системное повышение квалификации педагогических кадров общеобразовательных школ в области инклюзивных методик преподавания, поскольку без соответствующей профессиональной подготовки формальное зачисление ребёнка с инвалидностью в общеобразовательный класс рискует обернуться исключительно номинальной, а не содержательной инклюзией.

Реализация права на образование неразрывно связана с более широким вопросом — способностью человека с инвалидностью вести самостоятельный образ жизни и быть включённым в местное сообщество, а также с необходимостью учёта специфических, пересекающихся форм уязвимости, с которыми сталкиваются отдельные категории лиц с инвалидностью, — прежде всего женщины, девочки и лица, нуждающиеся в интенсивной поддержке.

Особенности защиты прав отдельных категорий лиц с инвалидностью: гендерный аспект и право на самостоятельный образ жизни

Комитет ООН по правам инвалидов в Замечании общего порядка № 3, посвящённом правам женщин и девочек с инвалидностью, обращает особое внимание на феномен пересекающейся (интерсекциональной) дискриминации, при которой женщина с инвалидностью сталкивается не с суммой, а с качественно особой формой неравенства, возникающей на стыке гендерной и связанной с инвалидностью дискриминации [14].

На наш взгляд, данная методологическая рамка имеет самостоятельное значение для узбекистанского контекста, поскольку действующее национальное законодательство, регулируя права лиц с инвалидностью, как правило, оперирует гендерно-нейтральными формулировками, не выделяя специфических рисков, с которыми сталкиваются именно женщины и девочки с инвалидностью, — включая повышенную уязвимость к бытовому насилию, ограниченный доступ к репродуктивному здравоохранению и системную недопредставленность в органах, принимающих решения по вопросам инвалидности.

Мы полагаем, что устранение данного пробела не требует создания принципиально новых институтов, а предполагает, в первую очередь, интеграцию гендерного анализа в уже существующие механизмы — в частности, включение в состав медико-социальных экспертных комиссий и территориальных советов по делам лиц с инвалидностью представителей, обладающих специальной подготовкой по вопросам гендерного равенства, а также систематический сбор дезагрегированной по полу статистики о реализации прав лиц с инвалидностью, без которой невозможна содержательная оценка эффективности существующей политики в гендерном разрезе.

Отдельного внимания заслуживает предусмотренное статьёй 19 Конвенции право лиц с инвалидностью на самостоятельный образ жизни и включение в местное сообщество — право не быть обязанным проживать в каких-либо определённых условиях жизненного устройства, включая интернатные (стационарные) учреждения, и иметь доступ к комплексу услуг по поддержке самостоятельного проживания. Комитет в Замечании общего порядка № 5 прямо указывает, что институционализация (помещение в стационарные учреждения интернатного типа) сама по себе представляет собой форму дискриминации и изоляции, несовместимую с духом и буквой Конвенции, вне зависимости от качества условий содержания в конкретном учреждении [16].

На наш взгляд, данная позиция Комитета представляет для Узбекистана особенно значимый вызов, поскольку национальная система социальной защиты исторически, ещё с советского периода, в значительной степени опирается именно на интернатную модель попечения о лицах с тяжёлыми и множественными нарушениями развития. Полный отказ от данной модели в краткосрочной перспективе представляется нам нереалистичным ввиду отсутствия достаточной инфраструктуры альтернативных, семейных и полусемейных форм устройства, а также служб сопровождаемого проживания. Вместе с тем мы считаем необходимым уже сегодня приступить к разработке национальной стратегии постепенной деинституционализации — с приоритетным развитием служб раннего вмешательства, предотвращающих отказ семьи от ребёнка с инвалидностью, развитием патронатных и приёмных форм семейного устройства, а также пилотным созданием служб сопровождаемого проживания малыми группами в условиях, максимально приближенных к семейным, — по аналогии с реформами, уже проведёнными в ряде государств Восточной Европы при поддержке международных организаций.

Институциональные механизмы защиты: судебная защита и деятельность Омбудсмана

Судебная защита прав лиц с инвалидностью в Узбекистане осуществляется на общих основаниях, предусмотренных гражданским процессуальным законодательством, — путём подачи искового заявления в суд по месту нахождения

ответчика (государственного органа, работодателя, иного хозяйствующего субъекта). На наш взгляд, ключевой практической проблемой данного механизма остаётся объективная сложность формулирования и доказывания фактов дискриминации по признаку инвалидности в делах, связанных, например, с отказом в приёме на работу или созданием барьеров доступности, — поскольку соответствующие нарушения крайне редко оформляются в виде прямого, эксплицитного отказа по причине инвалидности, а маскируются под «объективные» организационные или квалификационные основания. Мы полагаем, что решение данной проблемы лежит в плоскости постепенного внедрения в национальную процессуальную практику института облегчённого (переложённого) бремени доказывания по делам о дискриминации, при котором, после представления истцом первичных доказательств, свидетельствующих о вероятном наличии дискриминации, бремя опровержения соответствующих обстоятельств переходит на ответчика, — подход, уже достаточно устоявшийся в международной и зарубежной судебной практике по антидискриминационным делам.

Значимую роль в системе институциональных механизмов защиты играет Уполномоченный Олий Мажлиса Республики Узбекистан по правам человека (Омбудсман), в структуре аппарата которого выделено самостоятельное направление работы по обеспечению реализации прав лиц с инвалидностью [22]. Процедурный алгоритм обращения к Омбудсману включает подачу письменной жалобы лицом, считающим свои права нарушенными, либо его представителем; рассмотрение жалобы аппаратом Омбудсмана, включая при необходимости запрос дополнительной информации у соответствующих государственных органов; и вынесение по результатам рассмотрения рекомендаций соответствующим органам государственной власти, которые, однако, в отличие от судебного решения, не носят обязательного характера, а имеют силу авторитетной рекомендации.

Мы полагаем, что именно данная — рекомендательная — природа актов Омбудсмана образует главное структурное ограничение эффективности данного института, во многом схожее с рассмотренной нами в предыдущих исследованиях проблематикой юридической силы актов международных договорных органов по правам человека. Вместе с тем сильной стороной института Омбудсмана, на наш взгляд, является именно его доступность и оперативность по сравнению с судебной процедурой — обращение к Омбудсману не требует соблюдения формальных процессуальных требований, характерных для искового производства, и не сопряжено с необходимостью уплаты государственной пошлины, что делает данный механизм особенно востребованным для лиц с инвалидностью, зачастую испытывающих дополнительные, обусловленные самой инвалидностью трудности при обращении в суд.

Наряду с национальными институциональными механизмами защиты, значимую роль в общей архитектуре гарантий прав лиц с инвалидностью играет международный контрольный механизм, реализуемый Комитетом ООН по правам инвалидов, — к анализу которого мы переходим в заключительной содержательной главе настоящей статьи.

Международный контрольный механизм: Комитет ООН по правам инвалидов и вопрос о присоединении к Факультативному протоколу

Комитет по правам инвалидов — орган, состоящий из восемнадцати независимых экспертов, — осуществляет надзор за исполнением государствами-участниками обязательств по Конвенции прежде всего посредством процедуры рассмотрения периодических государственных докладов, представляемых в соответствии со статьёй 35 Конвенции [10]. Как указывается в материалах Национального центра Республики Узбекистан по правам человека, после ратификации Конвенции в 2021 году Узбекистан приступил к подготовке своего первоначального доклада Комитету, отражающего меры, принятые государством во исполнение положений Конвенции [21].

Вместе с тем, на наш взгляд, наиболее значимым структурным пробелом в системе международно-правовой защиты прав инвалидов применительно к Узбекистану остаётся то обстоятельство, что государство пока не присоединилось к Факультативному протоколу к Конвенции, устанавливающему процедуру индивидуальных сообщений, — механизм, позволяющий отдельным лицам или группам лиц, находящимся под юрисдикцией государства-участника Протокола, обращаться непосредственно в Комитет с жалобой на нарушение государством положений Конвенции [11]. Показательным примером содержательного потенциала данной процедуры может служить дело Локри против Австралии (сообщение № 13/2013), в котором Комитет установил нарушение прав глухого лица, которому было отказано в участии в составе жюри присяжных ввиду невозможности обеспечить сурдоперевод в совещательной комнате присяжных, — Комитет признал подобный отказ формой дискриминации по признаку инвалидности, не совместимой с обязательствами государства по статьям 5, 9, 12, 13, 21, 27 и 29 Конвенции [18].

Мы полагаем, что структура и содержание данного дела наглядно демонстрируют ту содержательную ценность, которую процедура индивидуальных сообщений могла бы иметь и для граждан Узбекистана, — ведь именно подобные, казалось бы, узкоспециальные вопросы (доступность конкретной государственной процедуры, разумное приспособление для лица с определённым видом нарушения) наиболее эффективно выявляются и получают детальную правовую оценку именно в рамках рассмотрения индивидуальных сообщений, а не абстрактного, обобщённого диалога в рамках процедуры государственной отчётности. Одновременно мы отмечаем определённую логическую связь между отсутствием присоединения к Факультативному протоколу и рассмотренной выше оговоркой к статье 12 Конвенции — обе позиции, на наш взгляд, отражают общую, взвешенно-осторожную стратегию поэтапной, а не форсированной интеграции Узбекистана в полный объём международно-правовых обязательств, вытекающих из Конвенции.

Тем не менее, на наш взгляд, по мере накопления национального опыта применения профильного законодательства 2020 года и первого цикла государственной отчётности перед Комитетом, вопрос о присоединении к Факультативному протоколу заслуживает предметного рассмотрения — тем более что, как показывает рассмотренный нами ранее опыт функционирования аналогичной процедуры в рамках Комитета по правам человека ООН, институт индивидуальных сообщений выполняет не только правовосстановительную функцию в отношении

конкретного заявителя, но и важную превентивную, диагностическую функцию, позволяющую государству заблаговременно выявлять системные недостатки собственного законодательства и правоприменительной практики.

Заключение

Проведённое исследование позволяет сформулировать следующие основные выводы.

Во-первых, система защиты прав и свобод лиц с инвалидностью в Республике Узбекистан находится в процессе последовательной, хотя и не завершённой трансформации от медицинской к социальной модели инвалидности, при этом наиболее прогрессивные положения зафиксированы на уровне общих принципов законодательства, тогда как конкретные правоприменительные процедуры — прежде всего медико-социальная экспертиза и определение образовательного маршрута ребёнка — в значительной степени сохраняют преимущественно медицинскую методологию оценки.

Во-вторых, рассмотренные нами реальные примеры — от свидетельства самаркандской студентки о недоступности городской среды до истории предпринимателя, не сумевшего реализовать продукцию своего инклюзивного предприятия, — демонстрируют устойчивый разрыв между прогрессивным нормативным закреплением прав лиц с инвалидностью и их фактической, содержательной реализацией на местах.

В-третьих, наиболее теоретически насыщенным аспектом международно-правового статуса Узбекистана в рассматриваемой сфере остаётся оговорка к статье 12 Конвенции о правах инвалидов, отражающая фундаментальное методологическое расхождение между традиционной моделью замещающего принятия решений и заложенной в Конвенции моделью поддерживаемого принятия решений.

В-четвёртых, анализ специфических рисков, с которыми сталкиваются женщины и девочки с инвалидностью, а также лица, всё ещё находящиеся в условиях интернатного попечения, показывает, что дальнейшее совершенствование национальной системы защиты не может ограничиваться исключительно универсальными, гендерно- и статусно-нейтральными мерами, а требует адресного учёта пересекающихся форм уязвимости и последовательной, пусть и постепенной, стратегии деинституционализации.

В-пятых, на наш взгляд, сформулированные в настоящей статье предложения — внедрение элементов функциональной оценки в процедуру медико-социальной экспертизы, распространение мер поддержки трудоустройства на самозанятых лиц с инвалидностью, качественный (а не только количественный) контроль за исполнением квоты по трудоустройству, введение независимой приёмки объектов доступной среды с участием самих лиц с инвалидностью, поэтапное внедрение института поддерживаемого принятия решений, пересмотр критериев направления детей в специализированные образовательные учреждения, разработка национальной стратегии деинституционализации, внедрение облегчённого бремени доказывания по делам о дискриминации, а также рассмотрение вопроса о присоединении к Факультативному протоколу к Конвенции — заслуживают дальнейшей научной разработки и практической апробации.

В заключение отметим, что подлинная эффективность механизмов защиты прав инвалидов измеряется не количеством принятых нормативных актов, а тем, в какой мере конкретный человек с инвалидностью — будь то студентка, предприниматель или ребёнок школьного возраста — способен беспрепятственно реализовать свои права в повседневной жизни. Дальнейшее совершенствование рассмотренных нами механизмов — как на уровне отдельных процедур, так и на уровне общей институциональной архитектуры их защиты — представляет собой значимую и практически востребованную задачу современной узбекистанской юридической науки.

Список использованной литературы:

1. Конституция Республики Узбекистан (в редакции 2023 г.).
2. Гражданский кодекс Республики Узбекистан.
3. Гражданский процессуальный кодекс Республики Узбекистан.
4. Трудовой кодекс Республики Узбекистан.
5. Закон Республики Узбекистан «О правах лиц с инвалидностью» от 15 октября 2020 г. № ЗРУ-641.
6. Закон Республики Узбекистан «О социальной защищённости инвалидов в Республике Узбекистан» от 18 ноября 1991 г. № 422-XII (утратил силу).
7. Закон Республики Узбекистан «О ратификации Конвенции о правах инвалидов (Нью-Йорк, 13 декабря 2006 года)» от 7 июня 2021 г. № ЗРУ-695.
8. Указ Президента Республики Узбекистан от 1 декабря 2017 г. «О мерах по коренному совершенствованию системы государственной поддержки лиц с инвалидностью».
9. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан о квотировании рабочих мест для лиц с инвалидностью и мерах государственной поддержки их трудоустройства.
10. Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г.
11. Факультативный протокол к Конвенции о правах инвалидов от 13 декабря 2006 г.
12. Комитет по правам инвалидов ООН. Замечание общего порядка № 1 (2014). Статья 12: Равенство перед законом. CRPD/C/GC/1.
13. Комитет по правам инвалидов ООН. Замечание общего порядка № 2 (2014). Статья 9: Доступность. CRPD/C/GC/2.
14. Комитет по правам инвалидов ООН. Замечание общего порядка № 3 (2016). О женщинах-инвалидах и девочках-инвалидах. CRPD/C/GC/3.
15. Комитет по правам инвалидов ООН. Замечание общего порядка № 4 (2016). О праве на инклюзивное образование. CRPD/C/GC/4.
16. Комитет по правам инвалидов ООН. Замечание общего порядка № 5 (2017). О самостоятельном образе жизни и вовлечённости в местное сообщество. CRPD/C/GC/5.
17. Комитет по правам инвалидов ООН. Замечание общего порядка № 6 (2018). О равенстве и недискриминации. CRPD/C/GC/6.
18. Комитет по правам инвалидов ООН. Сообщение № 13/2013, Локри против Австралии. Соображения приняты 1 апреля 2016 г.
19. Федеральный закон Российской Федерации от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
1. 20. Саидов А.Х. Права человека. – Ташкент: Konsauditinform, 2011.

21. Национальный центр Республики Узбекистан по правам человека. Материалы о реализации Конвенции о правах инвалидов.
22. Аппарат Уполномоченного Олий Мажлиса Республики Узбекистан по правам человека. Обеспечение реализации прав инвалидов Омбудсманом Узбекистана.
23. Организация Объединённых Наций в Узбекистане. Для Узбекистана вступила в силу Конвенция ООН о правах инвалидов, 2021.
24. Gazeta.uz. Подписан закон о правах лиц с инвалидностью, 2020.
25. Gazeta.uz. Сенат ратифицировал Конвенцию о правах инвалидов, 2021.
26. Gazeta.uz. Инклюзивное трудоустройство: какие коррективы внесла пандемия?, 2020.
27. Podrobno.uz. Как улучшить жизнь людей с инвалидностью в Узбекистане?, 2024.
28. Kun.uz. Конвенция о правах инвалидов вступила в силу для Узбекистана, 2021.
29. Коалиция за права инвалидов. Халтурная доступная среда: уроки Казахстана для Узбекистана.
30. РООИ «Перспектива». Социальная модель инвалидности.
31. Тарасенко Е.А. Социальная модель инвалидности как основа современной концепции реабилитации инвалидов.
32. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России.
33. Малева Т.М., Васин С.А. Инвалиды в России: узел старых и новых проблем.
34. Наберушкина Э.К. Социальное пространство инвалидности в мегаполисе.
35. Михайлова И.А. Правоспособность и дееспособность граждан: некоторые вопросы теории и практики.
36. Васильева Т.А. Права инвалидов: международные стандарты и национальное законодательство.
37. Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк. Всемирный доклад об инвалидности. – Женева, 2011.
38. Конвенция Международной организации труда № 159 (1983) о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов.
39. Конвенция Международной организации труда № 111 (1958) относительно дискриминации в области труда и занятий.
40. Большой юридический словарь / под ред. А.Я. Сухарева.