

Правовой разбор: воспроизведёт ли врачебная комиссия степень ограничения жизнедеятельности, указанную в ИПРА, при медицинском освидетельствовании обвиняемого, содержащегося под стражей

1. Краткая постановка вопроса

Обвиняемый, содержащийся в СИЗО, направлен на медицинское освидетельствование в порядке ст. 110 УПК РФ и Постановления Правительства РФ от 14.01.2011 № 3; у него диагностированы два заболевания, входящие в Перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей. В его ИПРА по всем показателям (включая способность к самообслуживанию и передвижению) установлена 2-я степень ограничения жизнедеятельности. Требуется оценить вероятность того, что врачебная комиссия укажет в заключении ту же самую степень, и — шире — юридическое значение ИПРА для выводов комиссии и для последующего решения суда о мере пресечения. Вопрос допускает четыре существенно разных прочтения (формальное совпадение формулировки; содержательное совпадение оценки тяжести; связанность комиссии ИПРА; доказательственное значение заключения и ИПРА для суда), каждое разобрано отдельно.

2. Оговорка о нормативной базе

Действующая редакция ст. 110 УПК РФ — с изменениями, внесёнными Федеральным законом от 02.10.2024 № 340-ФЗ (ч. 1 дополнена основанием в виде удовлетворения ходатайства командования воинской части по ч. 1.1 ст. 119 УПК РФ; ч. 2 дополнена правилом о немедленном освобождении из-под стражи при отмене меры пресечения в виде заключения под стражу). Части 1.1 и 3 действуют в редакции федеральных законов от 29.12.2010 № 434-ФЗ, от 01.07.2017 № 137-ФЗ и от 05.06.2007 № 87-ФЗ. Акты, воспроизводящие текст ст. 110 УПК РФ под наименованиями указов и распоряжений, юридическим источником данной нормы не являются — применению подлежит именно УПК РФ; акты о социальной защите инвалидов, приведённые в предоставленной подборке, использованы по существу (ст. 11 Федерального

закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ), а помеченный как утративший силу источник — только как исторический.

3. Раздел 1. Что юридически означает «2-я степень» в ИПРА

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида — комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, разрабатываемый федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы и обязательный для исполнения органами государственной власти, органами местного самоуправления и организациями независимо от организационно-правовых форм (ч. 1, 2, 5 ст. 11 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ в редакции Федерального закона от 01.12.2014 № 419-ФЗ). Сведения об инвалидности и ИПРА размещаются в Федеральном реестре инвалидов, что делает их доступными в том числе медицинским организациям.

Категория «ограничение жизнедеятельности» определена в ст. 1 Закона № 181-ФЗ как полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать своё поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Конкретные градации («1-я, 2-я, 3-я степень» по каждой из категорий) установлены не законом, а подзаконным актом — Классификациями и критериями, используемыми при осуществлении медико-социальной экспертизы (утв. Приказом Минтруда России от 27.08.2019 № 585н). При этом МСЭ оперирует двумя параллельными шкалами:

Шкала	Содержание	Где закреплена
Степень нарушения функций организма (в процентах)	I — 10–30 %, II — 40–60 %, III — 70–80 %, IV — 90–100 %	Приказ Минтруда России № 585н
Степень ограничения жизнедеятельности (по категориям)	1-я — при необходимости вспомогательных средств; 2-я — с регулярной частичной помощью других лиц; 3-я — полная зависимость	Приказ Минтруда России № 585н

Практический вывод по разделу. «2-я степень по самообслуживанию и передвижению» — это не медицинский показатель тяжести заболевания, а

социально-функциональная характеристика (нуждаемость в регулярной частичной помощи других лиц). Она коррелирует с нарушениями функций II степени (40–60 %), но не тождественна им и не выводится из них автоматически: МСЭ оценивает потребности в реабилитации, а не способность переносить условия следственного изолятора.

4. Раздел 2. Какой вопрос решают врачи при освидетельствовании по ст. 110 УПК РФ

Медицинское освидетельствование подозреваемого (обвиняемого) проводится во исполнение ч. 1.1 ст. 110 УПК РФ, согласно которой заключение выносится «по результатам медицинского освидетельствования», а перечень заболеваний, порядок освидетельствования и форма заключения утверждаются Правительством РФ — то есть Постановлением Правительства РФ от 14.01.2011 № 3, которым утверждены Правила медицинского освидетельствования, Перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей, и форма медицинского заключения.

Ключевые характеристики этого производства:

1. **Предмет освидетельствования — не инвалидность и не ограничение жизнедеятельности**, а наличие тяжёлого заболевания, препятствующего содержанию под стражей, и возможность оказания медицинской помощи в условиях места содержания под стражей.
2. **Критерий Перечня** построен по схеме «нозология + критерий тяжести», где тяжесть выражена через характер и степень нарушения функций органов и систем, а в ряде позиций — через стадию, фазу, наличие осложнений, необходимость постоянного специализированного лечения.
3. **Компетенция комиссии ограничена**: установление инвалидности, её группы и степеней ограничения жизнедеятельности — исключительная компетенция федеральных учреждений МСЭ (ст. 8 Закона № 181-ФЗ); врачебная комиссия медицинской организации (ст. 48 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ) таких полномочий не имеет и соответствующих решений принимать не вправе.

Далее вступает механизм ч. 1.1 ст. 110 УПК РФ: решение об изменении меры пресечения принимается дознавателем, следователем или судом, в производстве которых находится уголовное дело, не позднее 3 суток со дня поступления копии медицинского заключения; копии заключения направляются обвиняемому и его защитнику начальником места содержания под стражей в течение календарного дня, следующего за днём поступления

заклучения в администрацию (ч. 4 ст. 24 Федерального закона от 15.07.1995 № 103-ФЗ, введена Федеральным законом от 29.12.2010 № 434-ФЗ).

Практический вывод по разделу. Комиссия отвечает на вопрос «препятствует ли заболевание содержанию под стражей», а не на вопрос «какова степень ограничения жизнедеятельности». Это разные юридические вопросы с разными критериями и разными субъектами оценки.

5. Раздел 3. Версия I: буквальное (формальное) воспроизведение степени из ИПРА

Содержание версии. Вопрос понимается буквально: появится ли в заключении формулировка «2-я степень ограничения жизнедеятельности» (по самообслуживанию, передвижению).

Обоснование. Форма медицинского заключения утверждена Постановлением Правительства РФ № 3 и предназначена для фиксации диагноза, степени нарушения функций органов и систем и вывода о возможности (невозможности) содержания под стражей; поля «степень ограничения жизнедеятельности» она не содержит. Более того, установление такой степени выходит за пределы компетенции врачебной комиссии (ст. 8 Закона № 181-ФЗ): решение по этому вопросу уже принято учреждением МСЭ и не подлежит «переустановлению» ведомственной комиссией.

Практический вывод по версии I. Вероятность буквального совпадения формулировки — практически нулевая (оценочно менее 5 %); такие сведения могут появиться в заключении только в описательной части (как данные анамнеза, со ссылкой на ИПРА и выписку из Федерального реестра инвалидов), но не как вывод комиссии. Юридически значимым является не совпадение ярлыка, а содержание оценки тяжести.

6. Раздел 4. Версия II: содержательное совпадение оценки тяжести (функциональный подход)

Содержание версии. Вопрос понимается по существу: отразит ли заключение нарушения функций в объёме, эквивалентном 2-й степени ограничения жизнедеятельности, — то есть достаточном для вывода о невозможности содержания под стражей по конкретной позиции Перечня.

Здесь исход зависит от того, как сформулирован критерий по каждой из двух нозологий:

Формулировка критерия в позиции Перечня	Соотнесение со 2-й степенью ИПРА	Оценка перспективы
Критерий требует «значительно выраженных» нарушений функций (что в системе МСЭ соответствует III степени, 70–80 %, по Приказу Минтруда № 585н)	2-я степень ограничения жизнедеятельности, как правило, недостаточна	Вероятность благоприятного вывода низкая
Критерий требует «выраженных» или «умеренно выраженных» нарушений (II степень, 40–60 %)	Содержательно совпадает с 2-й степенью	Вероятность высокая
Критерий построен через стадию/осложнения (например, терминальная стадия, декомпенсация, необходимость паллиативной помощи, наличие осложнений)	Степень ограничения жизнедеятельности сама по себе значения не имеет; решает клиника	Вероятность определяется медицинскими документами, а не ИПРА

Повышают вероятность содержательного совпадения: свежие выписки, отражающие клиническую динамику; наличие осложнений и нуждаемости в постоянном специализированном лечении; невозможность оказания необходимого лечения в медицинской части СИЗО. Понижают: стабилизация состояния на фоне лечения в СИЗО (комиссия оценивает status praesens, а не анамнез); отсутствие обострений; расхождение между описательной частью медицинских документов и процентами МСЭ.

Отдельно: одновременное наличие двух заболеваний из Перечня не суммируется автоматически — Перечень не содержит правила о сложении степеней; каждое заболевание оценивается по собственной позиции. Однако совокупная клиническая картина может быть учтена комиссией при формулировании вывода о возможности содержания под стражей и при формулировании рекомендаций по условиям содержания и лечения.

Практический вывод по версии II. При «умеренных/выраженных» критериях — вероятность содержательного совпадения оценивается как высокая; при «значительно выраженных» — от низкой до средней, и тогда 2-я степень в ИПРА работает скорее против обвиняемого, поскольку создаёт документ, из которого следует умеренный, а не тяжёлый уровень нарушений. В такой ситуации целесообразно рассмотреть инициирование

переосвидетельствования в учреждении МСЭ (Правила признания лица инвалидом, утв. Постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 № 588) при наличии ухудшения состояния — однако это длительный путь, и к моменту рассмотрения вопроса о мере пресечения он, как правило, эффекта не даёт; приоритетом является корректное отражение текущего соматического статуса в медицинских документах.

7. Раздел 5. Версия III: связана ли врачебная комиссия выводами ИПРА

Позиция А (доминирующая, формально-догматическая)

Комиссия действует по Правилам и Перечню, утв. Постановлением Правительства РФ № 3, и применяет самостоятельные критерии; ИПРА для неё не обязывающая, поскольку ч. 2 ст. 11 Закона № 181-ФЗ устанавливает обязательность ИПРА для органов и организаций **в части проведения предусмотренных ею реабилитационных и абилитационных мероприятий**, а не в части установления юридических фактов для целей уголовного судопроизводства. Применяется во всех случаях, когда заключение содержит самостоятельную оценку степени нарушения функций.

Позиция Б (встречается в судебной практике при проверке заключений)

ИПРА — медицинский (экспертный) документ, находящийся в распоряжении комиссии и подлежащий учёту; немотивированное расхождение с ней при сходной клинической картине рассматривается как дефект заключения и основание для сомнений в его обоснованности. Применяется при обжаловании заключения (в порядке ст. 124, 125 УПК РФ), при заявлении ходатайства о повторном освидетельствовании, при назначении судебной экспертизы (ст. 195, 196, 199, 283 УПК РФ), то есть как инструмент преодоления заключения, а не как основание возникновения обязанности комиссии.

Практический вывод по версии III. Наиболее реалистично заключение будет содержать самостоятельную оценку степени нарушения функций с указанием (в описательной части) на наличие инвалидности и данных ИПРА. Прямой обязанности «воспроизвести» 2-ю степень нет ни по одной из позиций; вместе с тем отказ учитывать ИПРА создаёт уязвимость заключения.

8. Раздел 6. Версия IV: правовые последствия заключения для суда

Позиция А: заключение о наличии тяжёлого заболевания — безусловное основание

Ч. 1.1 ст. 110 УПК РФ сформулирована императивно: мера пресечения в виде заключения под стражу «также изменяется на более мягкую при выявлении» тяжёлого заболевания, удостоверенного медицинским заключением. Отсюда: при наличии надлежащего заключения суд (или следователь с согласия руководителя следственного органа) обязан изменить меру пресечения на более мягкую, а при отмене меры пресечения обвиняемый подлежит немедленному освобождению (ч. 2 ст. 110 УПК РФ). Оценка рисков по ст. 97, 99 УПК РФ в этой логике подлежит учёту лишь при выборе конкретной более мягкой меры (домашний арест, запрет определённых действий, залог, подписка о невыезде), а не при решении вопроса о сохранении заключения под стражей.

Позиция Б: заключение — доказательство, оцениваемое в совокупности

Согласно ст. 17, 74, 88 УПК РФ никакие доказательства не имеют заранее установленной силы; вывод делается на основе совокупности, включая данные о возможности получения необходимой медицинской помощи в условиях СИЗО. Суды нередко сохраняют меру пресечения, если медицинская часть (или договорная медицинская организация) способна обеспечить необходимое лечение, а состояние не является критическим; учитываются также тяжесть обвинения, данные о личности, поведение в период производства (п. 5 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 19.12.2013 № 41 «О практике применения судами законодательства о мерах пресечения в виде заключения под стражу, домашнего ареста, залога и запрета определённых действий»). Дополнительно применяются подходы, выработанные в практике Европейского Суда по правам человека (ст. 3 Конвенции; критерии, сформулированные в деле Paposhvili v. Belgium, 2016): оценивается реальный риск существенного ухудшения здоровья и сопоставимость условий и объёма лечения в месте содержания под стражей с лечением на свободе.

Условия применения

Позиция А применяется, когда заключение прямо и недвусмысленно содержит вывод о невозможности содержания под стражей и оно получено в

установленном порядке (Постановление Правительства РФ № 3) и не отозвано/ не опровергнуто. Позиция Б — когда заключение содержит оговорки (возможность содержания при соблюдении условий лечения), когда оно устарело относительно текущего состояния либо когда сторона обвинения представила документы о достаточности медицинского обеспечения в СИЗО.

Практический вывод по версии IV. ИПРА и заключение МСЭ сами по себе не являются доказательством невозможности содержания под стражей; решающим документом является заключение по результатам освидетельствования по Постановлению Правительства РФ № 3 — и именно по нему разворачивается спор. ИПРА работает как вспомогательное доказательство: подтверждает стойкость нарушений и нуждаемость в посторонней помощи, но при 2-й степени одновременно демонстрирует умеренность нарушений.

9. Раздел 7. Прочие факторы, смещающие вероятность

1. **Динамика состояния:** заключение отражает статус на дату освидетельствования; стабилизация в условиях СИЗО формально ухудшает позицию.
2. **Кто проводит освидетельствование:** комиссия медицинской организации, определённой органом исполнительной власти субъекта РФ, либо медицинской организации уголовно-исполнительной системы — практика этих комиссий различается по частоте выводов о невозможности содержания под стражей.
3. **Полнота медицинских документов:** отсутствие свежих инструментальных исследований, подтверждающих стадию и осложнения, систематически приводит к выводу «нарушения умеренные».
4. **Доступ врачей к Федеральному реестру инвалидов:** наличие ИПРА в реестре означает, что комиссия в любом случае осведомлена о 2-й степени; вопрос лишь в том, как она это использует — как подтверждение стойкости нарушений или как основание для вывода об их умеренности.
5. **Сроки:** 3-суточный срок по ч. 1.1 ст. 110 УПК РФ начинает течь с поступления копии заключения; нарушение срока — самостоятельный довод при обжаловании.

10. Раздел 8. Практический алгоритм

1. Получить копию заключения (ч. 4 ст. 24 Федерального закона № 103-ФЗ) и копию ИПРА; проверить, отражены ли в заключении обе нозологии и их осложнения.

2. Сопоставить позиции Перечня (Постановление Правительства РФ № 3) с фактическим описанием в заключении: если критерий позиции требует «значительно выраженных» нарушений — готовить доказательства именно таких нарушений, а не ссылаться на 2-ю степень.
3. Заявить ходатайство о повторном освидетельствовании / о предоставлении дополнительных медицинских документов (ст. 119–122 УПК РФ); при отказе — жалоба в порядке ст. 124, 125 УПК РФ, при необходимости — обращение в Росздравнадзор и прокуратуру.
4. Одновременно заявить ходатайство об изменении меры пресечения на домашний арест, запрет определённых действий или залог (ст. 110 УПК РФ) с приложением ИПРА, выписок, документов о нуждаемости в посторонней помощи и о невозможности обеспечения лечения в СИЗО.
5. При продлении срока содержания под стражей — представлять медицинские документы к каждому заседанию (ст. 109 УПК РФ); при отказе — апелляционное обжалование (ст. 389.2 и последующие УПК РФ).
6. При ухудшении состояния — инициировать переосвидетельствование в учреждении МСЭ (Постановление Правительства РФ от 05.04.2022 № 588), чтобы устранить расхождение между умеренной степенью в ИПРА и фактической клиникой.

11. Итоговые выводы по версиям

- **Версия I (буквальное совпадение степени):** вероятность практически нулевая; такой формулировки в заключении не будет в силу формы заключения и компетенции комиссии.
- **Версия II (содержательное совпадение тяжести):** высокая при критериях «умеренные/выраженные нарушения» и при подтверждённой клинике; низкая или средняя при критериях «значительно выраженные нарушения», где 2-я степень играет против обвиняемого.
- **Версия III (связанность комиссии ИПРА):** обязанности воспроизводить ИПРА нет (доминирующая позиция), но её игнорирование — дефект заключения, используемый для его преодоления (позиция, применяемая при обжаловании).
- **Версия IV (последствия для суда):** при ясном выводе о невозможности содержания под стражей действует императив ч. 1.1 ст. 110 УПК РФ (позиция А); при оговорках и доказанной достаточности лечения в СИЗО суд оценивает совокупность доказательств (позиция Б).

12. Список использованных нормативных источников

1. Уголовно-процессуальный кодекс РФ: ст. 17, 74, 88, 97, 99, 108, 109, 110 (в ред. Федерального закона от 02.10.2024 № 340-ФЗ), 119–122, 124, 125, 195, 196, 199, 283, 389.2 .
2. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»: ст. 1, 8, 11 (в ред. Федерального закона от 01.12.2014 № 419-ФЗ).
3. Федеральный закон от 15.07.1995 № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений»: ч. 4 ст. 24 (введена Федеральным законом от 29.12.2010 № 434-ФЗ).
4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: ст. 48.
5. Постановление Правительства РФ от 14.01.2011 № 3 «О медицинском освидетельствовании подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений» (Правила медицинского освидетельствования; Перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей; форма медицинского заключения).
6. Постановление Правительства РФ от 05.04.2022 № 588 «О признании лица инвалидом».
7. Приказ Минтруда России от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».
8. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 19.12.2013 № 41 «О практике применения судами законодательства о мерах пресечения в виде заключения под стражу, домашнего ареста, залога и запрета определённых действий» (п. 5).
9. Конвенция о защите прав человека и основных свобод (ст. 3); Paposhvili v. Belgium, ECtHR, 13.12.2016 (no. 41738/10).
10. Федеральный закон от 19.07.2018 № 199-ФЗ (в части дополнения ст. 110 УПК РФ частью 1.1 и изменения ст. 24 Федерального закона № 103-ФЗ) — как источник происхождения соответствующих норм.