УДК 342, 349 DOI: 10.31249 /iajpravo/2026.04.08

КОДАНЕВА С.И.[1] ВЛИЯНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ТРАНСФОРМАЦИЮ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧА (Обзор)

Аннотация. Внедрение искусственного интеллекта в медицинскую практику представляет собой одно из самых революционных достижений в современном здравоохранении, обещающее беспрецедентное повышение точности диагностики, персонализации лечения и операционной эффективности. Однако эта технологическая революция одновременно порождает серьезные юридические проблемы, требующие совершенствования нормативно-правовой базы. В обзоре рассматриваются проблемы правового регулирования, связанные с использованием искусственного интеллекта в медицине.

Ключевые слова: цифровая медицина; искусственный интеллект; врачебная ошибка; гражданско-правовая ответственность; защита прав потребителей.

KODANEVA S.I. The Impact of Digital Technologies on the Transformation of Physician Responsibility (Review)

Abstract. The introduction of artificial intelligence into medical practice represents one of the most revolutionary achievements in modern healthcare, promising unprecedented improvements in diagnostic accuracy, treatment personalization, and operational efficiency. However, this technological revolution simultaneously creates serious legal problems that require improvement of the regulatory framework. The review examines the problems of legal regulation related to the use of artificial intelligence in medicine.

Keywords: digital medicine; artificial intelligence; medical error; civil liability; consumer protection.

[1] *Коданева Светлана Игоревна*, ведущий научный сотрудник отдела Правоведения ИНИОН РАН, кандидат юридических наук, доцент.

Для цитирования: Коданева С.И. Влияние цифровых технологий на трансформацию ответственности врача (Обзор) // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература: ИАЖ. Сер. 4: Государство и право. – 2026. – № 4. – С. 93–107. – DOI: 10.31249 /iajpravo/2026.04.08

Введение

Цифровая трансформация здравоохранения представляет собой одну из определяющих тенденций XXI в. Достижения в области искусственного интеллекта (ИИ), машинного обучения и анализа больших данных полностью изменили подходы к диагностике, лечению и уходу за пациентами. Решения на основе ИИ повышают эффективность и точность оказания медицинских услуг, демонстрируя исключительные возможности в области персонализированной медицины, раннего выявления заболеваний и предиктивной аналитики. Кроме того, телемедицина и системы дистанционного мониторинга пациентов преодолевают географические ограничения, обеспечивая простоту и доступность медицинских услуг, особенно в регионах с недостаточным уровнем медицинского обслуживания. Носимые устройства, Интернет медицинских вещей и сенсорные технологии позволили людям принимать активное участие в отслеживании состояния своего здоровья и управлении им. Принятие этих достижений создает более ориентированную на пациента и эффективную систему здравоохранения, в которой особое внимание будет уделяться индивидуальному подходу, профилактике и улучшению общих показателей здоровья [6, p. 97].

Вопрос, стоящий перед правовыми системами во всем мире, больше не заключается в том, будут ли алгоритмы искусственного интеллекта внедряться в медицину, – в том, как обеспечить, чтобы такое внедрение было безопасным, справедливым и этически обоснованным. Способность искусственного интеллекта анализировать обширные массивы данных и выполнять прогнозный анализ вызвала устойчивый интерес в медицинском сообществе, технологическом секторе, биоэтике и среди правоведов.

Роль «морального агента» в принятии врачебных решений

Утверждение этики ответственности как новой морали XXI в., особенно в контексте сопряженной с высоким риском кон-

вергенции медицины и технологий, имеет глубокие корни в биоэтической мысли. Концепция Поттера о «глобальной биоэтике» (1971) предлагала соединить биомедицинский прогресс и фундаментальные человеческие ценности, предвосхищая проблемы, которые возникнут при использовании таких технологий, как искусственный интеллект. Профессиональный долг и ответственность оставались фундаментальными принципами медицинской профессии на протяжении всей ее истории, что является центральным тезисом в современных исследованиях [2]. В эпоху цифровой трансформации перед медицинским сообществом стоит задача придерживаться в профессиональной деятельности традиционных этических норм, несмотря на те вызовы, которые создает использование, например, ИИ.

Однако, как отмечают Е.С. Селиванова и А.С. Конопий, этическое регламентирование использования ИИ характеризуется добровольностью, гибкостью и «мягкостью». Рекомендательные принципы и правила в отношении ИИ содержатся в Кодексе этики в сфере искусственного интеллекта, подписанном 26 октября 2021 г. представителями Альянса в сфере искусственного интеллекта, в «Руководящих принципах в сфере роботов общего назначения», «Белой книге этики в сфере искусственного интеллекта», а также в «Декларации об ответственной разработке и использовании сервисов в сфере генеративного искусственного интеллекта». К основным принципам этического регулирования ИИ можно отнести: человекоцентричность, ответственность, риск-ориентированный подход, прозрачность, недопущение дискриминации, исключение возможностей причинения вреда жизни и здоровью [3, с. 51].

Однако, когда речь идет о последнем принципе, то возникает существенная проблема – контроля и ответственности. Технические особенности систем ИИ затрудняют поиск элемента системы ИИ, в котором произошел сбой, из-за него, например, алгоритмом было принято неверное решение, а также установление виновного в причинении вреда лица и являются причиной явления, которое в науке получило название «разрыв подотчетности». Невозможность даже в рамках технической экспертизы установить причину сбоя системы ИИ и виновного в причинении вреда лица породило такое правовое явление, как «разрыв ответственности» [3, с. 53]. Это обусловлено двумя фундаментальными проблемами, возникающими при использовании ИИ. Во-первых, «черный ящик» систем ИИ создает проблемы с ответственностью персонала. Если врачи

не могут понять, как искусственный интеллект генерирует результаты, могут ли они нести ответственность за эти результаты? Как подчеркивают И. Майер с соавторами, без специальных технических знаний медицинского персонала может возникнуть эпистемологическая проблема поведения – врачи могут некритично относиться к результатам ИИ, чтобы свести к минимуму личную вину. Во-вторых, «проблема множества рук» затрудняет распределение ответственности между разработчиками технологий и оборудования и врачами (которые принимают окончательные решения) за ошибки. Эти две проблемы потенциально порождают «разрыв в ответственности» – ситуации, когда ни один человек не может быть привлечен к ответственности. Авторы отмечают, что в большинстве публикаций ответственность рассматривается индивидуально, в то время как в некоторых статьях отстаиваются коллективные взгляды. Это противоречие между индивидуальной и коллективной ответственностью остается нерешенным, что представляет собой серьезную проблему для всей системы здравоохранения в условиях внедрения новых технологий, в частности ИИ. Обратной стороной такой неопределенности может быть то, что врачи будут «перестраховываться» и вообще перестанут принимать потенциально рискованные решения, что негативно скажется на качестве медицины. Для разрешения этой проблемы авторы предлагают отказаться от традиционной индивидуальной ответственности и использовать коллективные подходы, при которых ответственность распределяется между разработчиками, медицинскими учреждениями и лицами, осуществляющими уход (сиделки, медсестры). При этом они признают наличие серьезных проблем: как обеспечить то, чтобы каждый из них признавал свою ответственность, и как воплотить коллективную подотчетность в четкие правовые нормы. Также открытым остается вопрос о полном списке ответственных лиц [8].

В этой и других публикациях поднимается вопрос о правосубъектности ИИ, его признании в качестве «морального агента», противники чего утверждают, что алгоритмы не соответствуют ключевым критериям «морального агента» – у них нет сознания, способности к самоидентификации, понимания собственных целей и моральных убеждений. На сегодняшний день техническая реализация универсального морального агента столкнется с такими проблемами, как отсутствие общеприемлемых моральных норм, сложность алгоритмизации нравственных решений человека и трудности программной загрузки моральных правил в киберфизи-

ческие системы. При этом возможны два гипотетических сценария развития – создание «человекоподобных» систем ИИ с имитацией телесности и сложной психики и разработка абсолютного «морального арбитра», превосходящего человека. Однако ни то, ни другое в ближайшей перспективе невозможно, поэтому автор предлагает ограничиться применением ИИ для строго определенных задач, где риски минимальны, а польза экспериментально подтверждена. При этом участие алгоритмов в морально значимых решениях должно оставаться обратимым – с возможностью пересмотра человеком [1, с. 89].

Юридическая ответственность за вред здоровью в медицине

В медицине моральная ответственность является основой врачебного долга, поэтому к данной сфере в полной мере применимы указанные предложения, тем более что за ошибки, вольно или невольно совершаемые врачом, он несет не моральную, а юридическую ответственность. И здесь как раз возникают основные проблемы, поскольку, как было показано, эта ответственность «размывается» под давлением активного внедрения нейросетей, что формирует дискуссию о том, кто же отвечает за врачебные ошибки, совершенные при использовании ИИ. И вопрос этот осложняется разнообразием ситуаций, когда врач сталкивается с дилеммой – опираться ли ему на помощь алгоритмов или нет. Так, Р. Ногароли предлагает шесть гипотетических ситуаций и возникающих при этом вопросов [7, p. 15].

Может ли врач быть привлечен к ответственности, если бы теоретически можно было избежать неблагоприятного исхода, проведя диагностику с помощью искусственного интеллекта? Этот вопрос касается стандартов оказания медицинской помощи. Если рекомендации ИИ считаются профессиональным стандартом, несоблюдение их может рассматриваться как халатность. Однако для этого необходимо определить, налагают ли рекомендации ИИ обязанность следовать им. Этот вопрос зависит от того, квалифицируются ли с юридической точки зрения системы ИИ как медицинские устройства, инструменты или что-то иное.

Как следует оценивать поведение врача, если лечение, основанное на диагнозе, сгенерированном искусственным интеллектом, привело к смерти пациента из-за ошибки алгоритма? Это вопрос о степени доверия. В какой степени врачи могут полагаться на рекомендации алгоритмов? В исследовании автора говорится,

что слепое доверие без независимого профессионального суждения может представлять собой халатность. Однако ответ зависит от опыта врача и надежности системы.

В какой степени врачи должны критически оценивать алгоритмические рекомендации, прежде чем использовать их при принятии клинических решений? Этот вопрос касается обязанности врача выносить независимые суждения. Концепция дополненного интеллекта предполагает, что врачи должны критически оценивать рекомендации ИИ, а не принимать их безусловно. Тогда возникает вопрос о том, как хорошо врачи должны понимать системы ИИ, чтобы правильно их оценивать.

Входит ли в обязанности врача оценка того, следует ли использовать искусственный интеллект в каждой конкретной ситуации? Этот вопрос в первую очередь касается решения о применении искусственного интеллекта. Если врач решает использовать искусственный интеллект и следует его рекомендациям, должен ли он нести ответственность за это решение? И наоборот, если врач решает не использовать ИИ, а пациенту причиняется вред, должен ли врач нести ответственность за неиспользование имеющихся технологий?

Когда ИИ становится лишь одним из многих клинических инструментов, как врачи должны использовать его? Это вопрос о том, в какой момент ИИ станет нормой в клинической практике и как это должно быть отражено в стандартах оказания медицинской помощи.

Каким этическим принципам должны следовать врачи при использовании искусственного интеллекта и каковы последствия их несоблюдения? Помимо юридической ответственности, у врачей есть профессиональные обязательства перед пациентами, в том числе обязанность раскрытия перед пациентом информации об использовании ИИ.

В научной литературе существуют разные точки зрения относительно распределения ответственности между различными субъектами. Так, И.Р. Хмелевской и Н.А. Калашников предлагают распределять ответственность следующим образом: разработчик алгоритмов отвечает за техническую исправность, качество кода, репрезентативность обучающих данных и прозрачность работы ИИ; врач несет ответственность за клиническое решение (он должен критически оценивать выводы ИИ, а не слепо им следовать), а медицинская организация отвечает за то, как интегрировала технологию в работу (за выбор надежного партнера, фиксацию гаран-

тий в договорах, внутренний контроль и соблюдение процедур валидации) [5, с. 13]. В свою очередь Е.П. Третьякова предлагает привлекать к ответственности разработчика ИИ как лица, которое писало код и формировало алгоритмы работы по аналогии с ответственностью производителей медицинских изделий [4, с. 57–58].

Помимо этого, И. Майер с соавторами обращают внимание на то, что в условиях развития носимых устройств и телемедицины сам пациент также оказывается в силе лиц, несущих ответственность за состояние своего здоровья (начиная от соблюдения предписаний врача и заканчивая контролем исправности соответствующих устройств) [8].

Р. Ногароли также отмечает данную динамику распределения ответственности между врачом и пациентом, подробно анализируя ее истоки. Так, на заре человеческой цивилизации врачами были жрецы, пациент полностью подчинялся духовному авторитету целителя и ни о какой его автономии или «согласии» речи не шло. Затем, по мере развития технического прогресса, врач, использующий новые технологии, стал выступать в роли эксперта, а пациент остался пассивным получателем помощи и технических знаний. Поворотным моментом стали нацистские медицинские эксперименты и Нюрнбергский кодекс (1947), который установил фундаментальные принципы этического проведения исследований с участием людей, подчеркнув необходимость добровольного, осознанного и просвещенного согласия. Впоследствии появились международные правозащитные движения и основополагающие документы, положившие начало первым официальным дискуссиям о медицинской этике и требовании согласия пациента на медицинское лечение, гуманизировавшие сферу медицинской помощи. В результате сформировалась «коллегиальная модель» взаимоотношений врача и пациента, при которой ответственность за принятие решений разделяется между пациентом и врачом. 1990-е годы ознаменовались появлением контрактной модели взаимоотношений между врачом и пациентом, обусловленной появлением и широким распространением Интернета, а затем – систем искусственного интеллекта в области медицины. Теперь обсуждение вопросов, связанных с информированным согласием, стало более подробным. Врачи должны не только сообщать о диагнозе и вариантах лечения, но и объяснять и уточнять информацию, с которой пациент мог столкнуться в Интернете. Этот процесс партнерских отношений должен гарантировать, что согласие действительно основано на ясной и точной информации, а пациент полностью сохраняет

автономию воли. Автор приводит примеры того, как суды во всем мире все чаще признают права пациентов контролировать медицинские решения, включая решения о лечении, что автоматически приводит к тому, что пациент принимает на себя часть ответственности за его результаты. Это привело к формированию принципиально новой модели отношений между врачом и пациентом – контрактной, которая направлена на то, чтобы более справедливо определять роли обеих сторон, способствуя развитию информированных отношений, основанных на широком участии пациента в лечении, и одновременно устанавливая новый стандарт автономии пациентов и принятия решений в сфере здравоохранения [7, p. 20–23].

Таким образом, в нынешней парадигме неоправданно возлагать все риски неблагоприятного исхода лечения исключительно на врача, который, по мнению автора, не обязан добиваться определенного результата (например излечения), а обязан проявлять усердие и внимательность, действуя в соответствии с преобладающими стандартами знаний в своей области, которые он должен поддерживать и постоянно обновлять, в том числе в области новых технологий, таких как ИИ.

В Бразилии вина является краеугольным камнем медицинской ответственности. В отношении врача это означает, что профессионал не обязан гарантировать излечение, но должен проявлять должную осмотрительность и осторожность при лечении пациента. Это отражает присущую медицинской практике неопределенность и признание того факта, что результаты не могут быть гарантированы. При этом ключевую роль играет причинно-следственная связь между врачебной ошибкой или халатностью и причиненным вредом. Однако бремя доказывания лежит на истце, который должен продемонстрировать причинно-следственную связь и доказать, что ему не был оказан наилучший возможный уход, и это привело к причинению вреда. Единственным исключением является позаимствованный из французской правовой доктрины принцип упущенного шанса, согласно которому компенсация может быть присуждена, когда снижение вероятности выживания или выздоровления пациента, связанное с медицинской халатностью, представляет собой ощутимый ущерб, даже если прямая причинно-следственная связь между актом халатности и конечным ущербом не может быть окончательно установлена. Таким образом, упущенный шанс рассматривается как самостоятельная форма ущерба, не связанная с конечным результатом.

Следует отметить, что в Бразилии допускается множественная причинно-следственная связь (ст. 945 Гражданского кодекса Бразилии), когда вина за неудачное лечение лежит как на враче, так и на пациенте. В этом случае ответственность за ущерб будет разделена между ними, и компенсация может быть уменьшена.

Переходя к вопросам ответственности за вред, причиненный использованием ИИ, автор опирается на трехуровневую систему классификации степени вовлеченности врачей в процесс принятия решений с помощью ИИ. Так, первый уровень – базовый, при которой ИИ генерирует прогнозы, требующие проверки и утверждения врачом. Эти системы помогают выполнять рутинные задачи, такие как сортировка пациентов или организация данных. На втором уровне нейросеть представляет выводы и варианты диагноза, а также указывает на то, что, возможно, потребуется медицинское вмешательство. Однако врач по-прежнему сам должен интерпретировать эти выводы и самостоятельно принимать решения. Наконец, на третьем уровне автономии ИИ самостоятельно генерирует прогнозы и итоговые выводы, а специалист только контролирует его работу и при необходимости может вмешаться. Эта классификация крайне важна для последующего юридического анализа, поскольку ответственность врача, очевидно, может различаться в зависимости от уровня автономности ИИ. При этом автор обращает внимание на то, что ИИ – это «автоматизированная система принятия решений», т.е. техническая система, обладающая определенной функцией, а не «моральный агент». Данный подход важен, поскольку не позволяет метафизическим спорам о машинном сознании отвлекать внимание от практических юридических вопросов. Так, она подчеркивает, что и Американская медицинская ассоциация, и ВОЗ оперируют концепцией дополненного интеллекта, что имеет важное юридическое значение. Если исходить из того, что ИИ – это только инструмент, который помогает человеку принимать решения, а не заменяет его, то становится очевидно, что врачи не смогут уклониться от юридической ответственности, сославшись на то, что они просто следовали алгоритмическим инструкциям. Концепция дополненного интеллекта предполагает, что врачи несут полную ответственность и должны применять профессиональное суждение при оценке рекомендаций ИИ.

Далее, на основе анализа судебной практики Бразилии автор показывает, что главной проблемой в оценке вреда здоровью пациента является установление факта халатности, поскольку не каждый неблагоприятный исход в индивидуальном или коллек-

тивном здравоохранении приравнивается к врачебной ошибке. Автор предлагает подробный анализ бразильского гражданского права, обладающего определенной спецификой. В частности, в бразильском договорном праве концепция добросовестности играет центральную роль в формировании не только основных обязательств, установленных в контрактном соглашении, но и дополнительных, подразумеваемых обязанностей, известных как вспомогательные обязательства. Эти обязанности непосредственно вытекают из принципа объективной добросовестности, который закреплен в Гражданском кодексе Бразилии (ст. 422). В отличие от некоторых других правовых систем, где добросовестность может в первую очередь служить субъективным стандартом, отражающим намерения или честность сторон, в Бразилии объективная добросовестность стала нормативным стандартом. Это налагает на все договаривающиеся стороны обязанность соблюдать этические нормы и сотрудничать при заключении и исполнении контракта, а также после его окончания [7, p. 31–34].

Дополнительные обязанности, вытекающие из объективной добросовестности, включают в себя такие обязанности, как предоставление информации, сотрудничество и лояльность. Если в России это всего лишь элементы принципа добросовестности, то в Бразилии это полноценные обязанности сторон отношений, которые существуют независимо от условий контракта и подлежат исполнению в соответствии с законодательством Бразилии.

Применительно к вопросу об использовании современных технологий, включая ИИ, при лечении Р. Ногароли обращается к Кодексу защиты прав потребителей Бразилии, который устанавливает обязанность по предоставлению четкой и адекватной информации об услугах и связанных с ними рисках [7, p. 39–51]. В развитие этого положения Федеральный медицинский совет Бразилии издал несколько нормативных актов, включая рекомендацию № 1/2016, в которой рассматривается процесс получения бесплатного и информированного согласия при оказании медицинской помощи. Эта рекомендация указывает врачам на необходимость четкого информирования пациентов об их диагнозе, вариантах лечения, рисках, преимуществах и потенциальных последствиях каждого подхода. Здесь важно знать, что согласно преобладающему в Бразилии юридическому и доктринальному пониманию, обязанность врача информировать пациента выходит за рамки простого дополнительного договорного обязательства, но рассматривается как элемент основной обязанности врача уважать

право пациента на самоопределение при принятии медицинских решений. Высший суд Бразилии постановил, что право на информацию служит для обеспечения того, чтобы потребители могли делать осознанный выбор, тем самым согласовывая свои ожидания с реальными возможностями лица, оказывающего услугу. Это означает, что согласие пациента признается только тогда, когда оно основано на адекватной информации (является одновременно полной, понятной и полезной). Историческим решением, вынесенным в 2018 г. Высшим судом Бразилии, было установлено, что общее согласие (бланкетное согласие) или согласие, полученное с помощью стандартных форм, является недействительным. Это постановление представляет собой важную веху в судебной практике Бразилии, подчеркивая, что информация, предоставляемая пациентам, должна быть адаптирована к конкретным обстоятельствам каждого дела и индивидуальным потребностям каждого пациента.

Применительно к рассматриваемой теме это означает, что врач обязан информировать пациента о том, что при его диагностике и / или лечении будет использован ИИ конкретного уровня автономности (из перечисленных выше). Пациент должен четко осознавать, что это означает (в какой степени ИИ будет влиять на принимаемое врачом решение) и дать на это согласие [7, p. 225–230].

Следующим важным моментом, отражающим специфику правовой системы Бразилии, является то, что одним из вспомогательных обязательств при оказании медицинской помощи является обязанность врача постоянно поддерживать квалификацию. При этом указанная обязанность врачей неразрывно связана с развитием медицинской науки и быстрыми темпами технического прогресса в здравоохранении. Такие инновации, как искусственный интеллект, роботизированная хирургия и персонализированная медицина, требуют не только технических знаний, но и осознания этических норм и стремления ответственно внедрять эти инструменты в клиническую практику. Бразильские суды все чаще признают, что приверженность устаревшей практике или пренебрежение имеющимися и признанными техническими достижениями могут представлять собой халатность [7, p. 85–88].

С другой стороны, соблюдение обязанностей по оказанию медицинской помощи обеспечивается, когда врачи придерживаются установленных клинических протоколов и руководств в качестве стандартов профессионального поведения. Любое отклонение от этих стандартов, если оно должным образом не обосновано,

создает презумпцию нарушения договорных обязательств, что также признается очевидным доказательством халатности.

Таким образом, возникает дилемма относительно возможности использования ИИ и одновременного соблюдения установленных протоколов. Очевидно, что для ее устранения требуется оперативный пересмотр последних и включение в них проверенных и доказавших свою эффективность и надежность технологий, поскольку слепое следование технологической моде может приводить к опасным последствиям. В частности, автор приводит несколько примеров использования роботизированного оборудования, приведших к негативным последствиям. Так, неисправности в системах Therac–25 в Канаде и Cobalt–60 в Панаме привели к возникновению побочных эффектов при лучевой терапии, вплоть до смертельных исходов. Эти случаи демонстрируют риски, связанные с ошибками в программном обеспечении, недостаточным тестированием продукта до его утверждения на рынке и неадекватными системами отчетности и расследования аварий после выхода на рынок [7, p. 140–151].

В США широкое использование робота–хирурга Da Vinci привело к росту неудачных операций и последующих судебных исков о компенсации причиненного вреда здоровью. При этом основным вопросом, который стал перед судами, был вопрос о том, кто должен нести ответственность за вред, причиненный пациентам – врач или производитель оборудования. В результате производитель дооснастил Da Vinci разработкой dVLogger – своего рода черного ящика, который облегчил выявление критических факторов во время операции. Эта технология может выявить, выдал ли робот предупреждение или сообщение об ошибке, которое хирург проигнорировал (ответственность врача), или выявить неисправности в самом роботе, связанные с дефектом изделия, плохим обслуживанием или неправильной калибровкой или стерилизацией роботизированных инструментов персоналом больницы (ответственность больницы).

Автор также поднимает проблему скрытых рисков, связанных с медицинскими изделиями. Они возникают, когда в продукте, который на момент его разработки считался безопасным, основываясь на имеющихся на тот момент технических и научных знаниях, впоследствии обнаруживаются дефекты, которые невозможно было предвидеть. Эти риски проявляются только с течением времени и развитием новых методов или научных достижений, позволяющих выявлять недостатки, которые до этого невозможно

было обнаружить. В Бразилии вопрос о том, кто должен нести ответственность за такие риски, породил две противоположные правовые доктрины. Одна из точек зрения утверждает, что поставщик, как сторона, получающая прибыль от продукта, должен нести ответственность. Эта точка зрения согласуется с принципом строгой ответственности, согласно которому производители несут ответственность за дефектную продукцию независимо от вины. Сторонники этой идеи утверждают, что возложение ответственности на поставщиков стимулирует их вкладывать средства в строгие меры безопасности и обеспечивает справедливое распределение рисков между сторонами, имеющими неравный доступ к информации и ресурсам. Противники данного подхода апеллируют к тому, что это будет неоправданным бременем, потенциально сдерживая инновации и препятствуя разработке инновационных продуктов. Они опираются на идею о равном распределении рисков, предполагая, что потребители (медицинские организации) должны принимать определенную степень риска, присущую использованию любого продукта [7, p. 217–224].

Однако, как подчеркивает автор, в правовой системе Бразилии нашла отражение первая точка зрения – что это ответственность производителя [Ibid]. Этот подход основан на ст. 931 Гражданского кодекса Бразилии, в которой говорится, что индивидуальные предприниматели и компании несут ответственность, независимо от их вины, за ущерб, причиненный продуктами, выпущенными в обращение, – принцип, закрепленный в Бразильском Кодексе защиты прав потребителей, который отдает приоритет безопасности и благополучию потребителей, а также концепции «дефекта», которая означает, что необходимость последующей модернизации оборудования соответствует общим требованиям безопасности, т.е. стандартам безопасности, ожидаемым в отношении конкретных технологий. Степень осторожности, требуемая от поставщиков, варьируется в зависимости от конкретных обстоятельств, при этом требуемый уровень безопасности возрастает пропорционально риску, связанному с предоставлением продуктов или услуг. Соответственно, выводя медицинское изделие на рынок, производитель принимает на себя риски – как предсказуемые, так и непредвиденные, – связанные с его использованием.

Заключение

Интеграция ИИ в медицинскую практику представляет собой одну из наиболее серьезных проблем для правовых систем в XXI веке. Внедрение ИИ в здравоохранении порождает серьезные юридические вопросы, полноценные ответы на которые ни одна правовая система мира сегодня не дает. Можно выделить следующие основные проблемы: «разрыв в ответственности», неадекватность модели индивидуальной ответственности врача, трансформация роли пациента в лечении и содержании понятия «информированное согласие», и, наконец, трудности установления причинно-следственной связи в случае причинения вреда.

Очевидно, что ИИ должен оставаться инструментом, не превращаясь в морального агента. Это означает, что окончательное решение в любой ситуации должен принимать человек – врач, обладающий достаточными знаниями не только в медицине, но и в технологиях, чтобы адекватно оценивать рекомендации ИИ. При этом пациент должен владеть полной и достоверной информацией не только о своем заболевании и методах его лечения, но и о том, в какой и момент и в каком объеме будут использованы технические средства, такие как ИИ, кто их производитель и каковы их уровень надежности, ограничения и риски. Только тогда согласие пациента будет, действительно, «информированным».

При этом позитивным представляется опыт Бразилии, где такие вспомогательные обязательства, как обязанность информировать или поддерживать достаточный уровень квалификации врача, рассматриваются не как элементы принципа добросовестности (как в России), а как прямые обязанности поставщика услуг. Наконец, следует уделить особе внимание внедрению в законодательство и практику принципа подотчетности, который включает в себя как предварительные (внедрение передовой практики, технических стандартов и протоколов безопасности), так и последующие (непрерывный мониторинг надежности после внедрения технологии) механизмы обеспечения безопасного внедрения инновационных технологий в медицинскую практику.

Список литературы

1. Игнатьев А.Г. Этико-философские проблемы проектирования искусственного морального агента // Этическая мысль. – 2024. – Т. 24, № 1. – С. 87–100.

2. Новая парадигма ответственности: Биоэтические и правовые вызовы искусственного интеллекта в здравоохранении / Сёмин А.Н., Гусманов Р.У., Соколов В.М., Стовба Е.В., Стовба А.В. // Russian Journal of Management. – 2026 – Т. 14, № 2. – URL: https://rusjm.ru/ru/nauka/article/116698/view (date of access 12.07.2026).
3. Селиванова Е.С., Конопий А.С. Юридически значимые признаки искусственного интеллекта и их влияние на правовой статус решений, принимаемых интеллектуальными системами // Право и управление. XXI век. – 2025. – Т. 21, № 3. – С. 49–61.
4. Третьякова Е.П. Использование искусственного интеллекта в здравоохранении: распределение ответственности и рисков // Цифровое право. – 2021. – № 2 (4). – С. 51–60.
5. Хмелевской И.Р., Калашников Н.А. Вопросы ответственности за действия искусственного интеллекта в сфере здравоохранения // Вестник Челябинского государственного университета. Серия Право. – 2024. – Т. 9, № 4. – С. 10–13.
6. Kartskhiya A.A. Prospects for Digital Healthcare // Legal Issues in the Digital Age. – 2026 – Т. 7, № 1 – С. 96–120.
7. Nogaroli R. Medical Liability and Artificial Intelligence Brazilian and European Legal Approaches. – Springer Nature Switzerland, 2025. – 256 p.
8. The Impact of Digital Health Technologies on Moral Responsibility: a Scoping Review / E. Meier, T. Rig, M.P. Schijven, M. van den Hoven, M.A. R. Bak // Medicine, Health Care and Philosophy. – 2025. – Vol. 28. – P. 17–31.