

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ НЕЙРОХІРУРГІЇ ІМ. АКАД. А.П.
РОМОДАНОВА НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

ЗАТВЕРДЖЕНО

вченою радою Державної установи
«Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова
НАМН України»

протокол № _ від «___» _____ 2026 р.

Введено в дію

наказом директора Державної установи
«Інститут нейрохірургії ім. акад.
А.П. Ромоданова НАМН України»

№ __ від «___» _____ 2026 р.

ПОЛОЖЕННЯ

**про використання штучного інтелекту у науковій діяльності та освітньому
процесі Державної установи «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова
НАМН України»**

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Це Положення визначає засади, порядок, умови, обмеження та вимоги до використання технологій штучного інтелекту (далі – ШІ) у науковій, клінічно-дослідницькій, освітній та іншій діяльності Державної установи «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України» (далі – Інститут).

1.2. Положення є внутрішнім нормативним актом Інституту та застосовується з урахуванням Конституції України, законів України «Про освіту», «Про вищу освіту», «Про академічну доброчесність», «Про наукову і науково-технічну діяльність», «Про авторське право і суміжні права», «Про захист персональних даних», інших нормативно-правових актів України, актів НАМН України, внутрішніх нормативних документів Інституту та міжнародних договорів України.

1.3. Положення враховує Рекомендації щодо відповідального впровадження та використання технологій штучного інтелекту в закладах вищої освіти, розроблені МОН України та Міністерством цифрової трансформації України.

1.4. Положення поширюється на працівників Інституту, аспірантів, докторантів, лікарів-резидентів, здобувачів освіти, стажерів, наукових керівників, викладачів, кураторів резидентури та інших осіб, які виконують наукові, клінічно-дослідницькі, освітні або службові завдання в Інституті.

1.5. У разі суперечності між цим Положенням та законодавством України застосовуються норми законодавства України.

1.6. Зміни до цього Положення затверджуються Вченою радою Інституту та вводяться в дію наказом директора Інституту.

2. МЕТА, ЗАВДАННЯ ТА ПРИНЦИПИ

2.1. Метою Положення є:

- 1) забезпечення академічної доброчесності;
- 2) забезпечення законного та відповідального використання ШІ;
- 3) захист персональних даних, лікарської таємниці та інформації з обмеженим доступом;
- 4) запобігання фабрикації, фальсифікації, академічному плагіату, приписуванню авторства та іншим порушенням академічної доброчесності;
- 5) забезпечення людського контролю за результатами використання ШІ;
- 6) забезпечення достовірності наукових, освітніх та клінічно-дослідницьких результатів;
- 7) визначення єдиного порядку розгляду випадків неналежного використання ШІ.

2.2. Використання ШІ в Інституті ґрунтується на принципах:

- 1) законності;

- 2) академічної доброчесності;
- 3) презумпції академічної доброчесності;
- 4) людського контролю;
- 5) персональної відповідальності;
- 6) конфіденційності;
- 7) захисту персональних даних;
- 8) наукової обґрунтованості;
- 9) перевірюваності та відтворюваності;
- 10) прозорості використання ІІІ;
- 11) пропорційності заходів реагування;
- 12) неупередженості та права особи бути почутою.

2.3. Особа не може вважатися такою, що допустила порушення цього Положення, виключно на підставі припущення, автоматичного результату детектора ІІІ, стилістичної оцінки тексту, факту використання ІІІ або інших непрямих ознак.

2.4. Факт порушення академічної доброчесності встановлюється виключно уповноваженим органом у порядку, визначеному законодавством та цим Положенням.

2.5. Обов'язок доказування факту порушення покладається на сторону, яка стверджує про наявність такого порушення.

2.6. Усі сумніви щодо достатності доказів наявності порушення тлумачаться з дотриманням принципу презумпції академічної доброчесності та права особи на справедливий розгляд.

3. СТАТУС ІІІ

3.1. ІІІ є допоміжним інструментом та не замінює науковця, лікаря, викладача, наукового керівника, куратора резидентури або іншу відповідальну особу.

3.2. Система ІІІ:

- 1) не є автором або співавтором наукової чи навчальної роботи;
- 2) не має правосуб'єктності;
- 3) не підписує документи;
- 4) не несе професійної, наукової, етичної чи юридичної відповідальності;
- 5) не приймає самостійно клінічних, наукових, освітніх, кадрових, дисциплінарних або адміністративних рішень.

3.3. Відповідальність за кінцевий результат використання ІІІ несе фізична особа, яка використала відповідний інструмент або затвердила його результат.

4. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

- 4.1. Штучний інтелект – технологія, що забезпечує виконання інформаційною системою завдань, які зазвичай потребують людського інтелекту.
- 4.2. Генеративний ШІ – система ШІ, здатна створювати текст, зображення, аудіо, відео, програмний код, структуровані дані або інші результати на підставі введених даних чи інструкцій.
- 4.3. Інструмент ШІ – програмний сервіс, модель, платформа або інформаційна система, що використовує технології ШІ.
- 4.4. Результат, створений із використанням ШІ – результат, підготовка якого повністю або частково здійснювалася із застосуванням ШІ.
- 4.5. Верифікація – перевірка достовірності, точності, повноти та відповідності результату ШІ першоджерелам, фактичним даним, методології та професійним стандартам.
- 4.6. Галюцинація ШІ – недостовірна, вигадана або помилкова відповідь системи ШІ, подана у формі правдоподібного твердження.
- 4.7. Анонімізація – оброблення інформації, унаслідок якого неможливо прямо або опосередковано ідентифікувати фізичну особу.
- 4.8. Псевдонімізація – оброблення даних шляхом заміни ідентифікаторів кодами або іншими позначеннями, за яких повторна ідентифікація особи можлива за наявності додаткової інформації.
- 4.9. Чутливі дані – персональні дані, медична інформація, лікарська таємниця, результати обстежень, генетичні та патоморфологічні дані, операційні дані, службова, комерційна, конфіденційна та інша інформація з обмеженим доступом.
- 4.10. Журнал використання ШІ – документована інформація про використаний інструмент ШІ, версію, дату, мету, характер використання, істотні запити та результати перевірки.

5. КЛАСИФІКАЦІЯ ВИКОРИСТАННЯ ШІ

5.1. Допоміжним є використання ШІ, яке не замінює власну інтелектуальну, наукову, клінічну або освітню діяльність особи, зокрема:

- 1) виправлення мовних і стилістичних помилок;
- 2) мовне редагування авторського тексту;
- 3) переклад;
- 4) структурування матеріалу;
- 5) допомога у програмуванні;
- 6) допомога у статистичному аналізі;
- 7) створення навчальних питань;
- 8) формування пошукових стратегій;
- 9) пошук потенційних джерел за умови перевірки кожного джерела.

5.2. Змістовним є використання ІІІ, за якого він бере участь у створенні або істотній зміні:

- 1) наукової гіпотези;
- 2) теоретичного або аналітичного обґрунтування;
- 3) клінічної інтерпретації;
- 4) істотних частин дисертації, статті або звіту;
- 5) висновків дослідження;
- 6) алгоритму, статистичної моделі або коду, що впливає на результати дослідження.

5.3. Змістовне використання ІІІ підлягає декларуванню, документуванню та верифікації.

6. ВИКОРИСТАННЯ ІІІ У НАУКОВІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

6.1. Дозволяється використання ІІІ для:

- 1) мовного та стилістичного редагування;
- 2) перекладу;
- 3) підготовки анотацій;
- 4) структурування таблиць і даних;
- 5) програмування;
- 6) статистичного аналізу;
- 7) формування пошукових стратегій;
- 8) пошуку потенційних джерел;
- 9) підготовки анкет, чек-листів і навчальних матеріалів;
- 10) виявлення внутрішніх суперечностей у підготовленому авторському тексті.

6.2. Автор зобов'язаний перевіряти:

- 1) факти;
- 2) цифри;
- 3) джерела;
- 4) цитати;
- 5) бібліографічні дані;
- 6) статистичні розрахунки;
- 7) висновки;
- 8) відповідність результатів методології дослідження.

6.3. Забороняється:

- 1) видавати результат ІІІ за власний результат без декларування та належної перевірки;
- 2) доручати ІІІ повне виконання дисертації, статті, звіту про НДР або іншої кваліфікаційної роботи;
- 3) фабрикувати дані, клінічні випадки, зображення, статистичні результати або джерела;
- 4) фальсифікувати результати;
- 5) створювати або змінювати медичні зображення таким чином, що це змінює

фактичний зміст результату дослідження;

6) використовувати ШІ для приховування плагіату;

7) подавати вигадані джерела або нормативні положення;

8) включати до наукової роботи неперевірені твердження ШІ.

7. ВИКОРИСТАННЯ ШІ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ

7.1. Аспіранти, докторанти, лікарі-резиденти та інші здобувачі освіти можуть використовувати ШІ для самопідготовки, пояснення термінів, перекладу, структурування матеріалу, підготовки питань для самоперевірки, симуляційних клінічних кейсів без персональних даних та пошуку міжнародних рекомендацій із перевіркою за першоджерелом.

7.2. ШІ не може замінювати самостійне формування наукової позиції, аналіз результатів, обґрунтування висновків або здатність особи захистити виконану роботу.

7.3. Під час контрольних заходів використання ШІ забороняється, якщо інше прямо не встановлено умовами завдання.

7.4. Робота, підготовлена із використанням ШІ, допускається до оцінювання за умови декларування використання ШІ, наявності авторського внеску та здатності здобувача пояснити зміст, джерела, методи та висновки.

7.5. Автоматичний показник використання ШІ не може бути єдиною підставою для встановлення порушення академічної доброчесності.

8. ЗАХИСТ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ, МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ТА DATA GOVERNANCE

8.1. Оброблення інформації за допомогою ШІ здійснюється відповідно до законодавства України про захист персональних даних, лікарську таємницю, інформацію з обмеженим доступом та інших вимог законодавства.

8.2. Забороняється передавати до відкритих, публічних, неконтрольованих, хмарних або комерційних систем ШІ персональні дані, медичну інформацію, лікарську таємницю або іншу інформацію з обмеженим доступом, якщо відсутні належна правова підстава, дозвіл та організаційно-технічні заходи захисту.

8.3. До інформації, яку заборонено передавати до несанкціонованих систем ШІ, належать, зокрема:

1) ПІБ пацієнта;

2) дата народження;

3) номер медичної карти;

4) контактні дані;

5) діагноз та інші відомості про стан здоров'я;

6) результати КТ, МРТ, МР-ангіографії, УЗД, лабораторних та інших досліджень;

7) фотографії;

- 8) відео- та аудіозаписи;
- 9) операційні журнали;
- 10) генетичні та патоморфологічні дані;
- 11) медична документація;
- 12) будь-яка сукупність даних, за якою особу можна ідентифікувати.

8.4. Перед використанням даних у системі ІІІ відповідальна особа забезпечує оцінку:

- 1) правової підстави оброблення;
- 2) мети оброблення;
- 3) необхідності використання ІІІ;
- 4) обсягу даних;
- 5) ризику ідентифікації;
- 6) умов зберігання та передачі даних;
- 7) можливості повторного використання даних постачальником системи ІІІ;
- 8) можливості видалення даних.

8.5. Для наукових та освітніх цілей допускається використання лише даних, які належним чином анонімізовані або використання яких має іншу передбачену законом правову підставу.

8.6. Псевдонімізація не є тотожною анонімізацією. Дані, за якими особу можна встановити із використанням додаткового ключа, вважаються персональними даними.

8.7. Передавання медичних зображень до систем ІІІ допускається лише після перевірки:

- 1) відсутності ідентифікаторів;
- 2) відсутності метаданих, що дають змогу ідентифікувати пацієнта;
- 3) відсутності імен файлів або номерів досліджень, що дозволяють ідентифікацію;
- 4) відповідності мети використання правовій підставі;
- 5) безпеки відповідної інформаційної системи.

8.8. Забороняється використовувати зовнішню систему ІІІ як сховище первинної медичної документації, первинних дослідницьких даних або іншої інформації Інституту, якщо така система не була офіційно погоджена Інститутом.

8.9. Первинні дані дослідження, оригінали медичних зображень, протоколи досліджень та інші джерела доказової інформації зберігаються в інформаційних системах та/або на носіях, визначених Інститутом.

8.10. Результат ІІІ не може замінювати первинне джерело даних.

8.11. Для клінічно-дослідницьких завдань, що передбачають використання ІІІ, відповідальна особа визначає:

- 1) джерело даних;
- 2) категорію даних;
- 3) мету використання;
- 4) допустимий інструмент ІІІ;

- 5) відповідальну особу;
- 6) порядок верифікації;
- 7) порядок документування;
- 8) порядок зберігання результатів;
- 9) порядок контролю доступу.

8.12. Рішення про використання ІІІ в клінічно значущому дослідницькому процесі не звільняє лікаря або дослідника від професійної відповідальності.

8.13. Результат ІІІ не може бути єдиною підставою для встановлення діагнозу, визначення тактики лікування, оперативного втручання, прогнозу або іншого клінічного рішення.

8.14. Використання ІІІ у клінічній практиці здійснюється відповідно до законодавства, локальних клінічних протоколів, стандартів медичної допомоги та рішень уповноважених медичних працівників.

8.15. У разі інциденту, пов'язаного з неправомірним розкриттям даних, помилковим результатом ІІІ, несанкціонованим доступом або іншим порушенням безпеки інформації особа зобов'язана невідкладно повідомити безпосереднього керівника та визначену Інститутом відповідальну особу.

9. ВЕРИФІКАЦІЯ, ВИЯВЛЕННЯ ТА ДОКУМЕНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ІІІ

9.1. Результати використання ІІІ підлягають перевірці особою, яка їх використовує або затверджує.

9.2. Перевірці підлягають:

- 1) фактичні твердження;
- 2) статистичні результати;
- 3) джерела;
- 4) цитати;
- 5) бібліографічні дані;
- 6) методологічні положення;
- 7) клінічні рекомендації;
- 8) медичні інтерпретації;
- 9) програмний код та алгоритми;
- 10) зображення та інші результати, які можуть впливати на науковий висновок.

9.3. Інструменти автоматичного виявлення тексту, створеного ІІІ, можуть використовуватися виключно як допоміжний засіб.

9.4. Результат автоматичного детектора ІІІ не є самостійним доказом порушення академічної доброчесності.

9.5. Інститут не встановлює універсального відсоткового порогу, за якого робота автоматично визнається такою, що порушує академічну доброчесність.

9.6. У разі виникнення обґрунтованих ознак порушення здійснюється перевірка первинних матеріалів, авторського внеску, джерел, робочих файлів, версій документа, статистичних розрахунків, коду, журналу використання ІІІ та інших належних доказів.

9.7. Особі, щодо якої здійснюється перевірка, повідомляються:

- 1) суть твердження про можливе порушення;
- 2) обставини, які стали підставою для перевірки;
- 3) матеріали, що використовуються як докази, у межах, що не порушує права інших осіб та вимоги щодо конфіденційності;
- 4) права особи під час розгляду.

9.8. Особа має право:

- 1) надати письмові та усні пояснення;
- 2) подавати докази;
- 3) подавати документи;
- 4) подавати інформацію про використаний інструмент ІІІ;
- 5) надавати робочі файли та інші матеріали;
- 6) користуватися правом на відвід;
- 7) бути присутньою під час розгляду;
- 8) отримати копію рішення;
- 9) оскаржити рішення у встановленому порядку.

9.9. До прийняття остаточного рішення особа вважається такою, що не допустила порушення академічної доброчесності.

9.10. Висновки про наявність порушення не можуть ґрунтуватися виключно на припущеннях.

10. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ПОРУШЕНЬ, КОМІТЕТ, КОМІСІЯ З БІОЕТИКИ, ВЧЕНА РАДА ТА АПЕЛЯЦІЯ

10.1. Загальні положення

10.1.1. Розгляд можливого порушення цього Положення здійснюється послідовно:

- 1) Комітетом з академічної доброчесності Інституту;
- 2) Комісією з біоетики Інституту – у випадках, визначених цим Положенням;
- 3) Вченою радою Інституту – для прийняття остаточного рішення у межах компетенції Інституту.

10.1.2. Жодна з перелічених стадій не може бути пропущена у випадках, коли її проходження прямо передбачено цим Положенням.

10.1.3. Комітет з академічної доброчесності є уповноваженим колегіальним органом Інституту з питань встановлення фактів порушення академічної доброчесності, пов'язаних із використанням ІІІ, якщо інше не встановлено законом.

- 10.1.4. Комісія з біоетики здійснює оцінку етичних, клінічних, медико-біологічних та пов'язаних із захистом прав пацієнтів аспектів справи.
- 10.1.5. Вчена рада розглядає матеріали Комітету та, у відповідних випадках, висновок Комісії з біоетики і приймає остаточне рішення в межах повноважень Інституту.
- 10.2. Комітет з академічної доброчесності
- 10.2.1. Комітет утворюється рішенням Вченої ради та діє на постійній основі.
- 10.2.2. Персональний склад Комітету затверджується Вченою радою.
- 10.2.3. До складу Комітету можуть входити:
- 1) наукові працівники Інституту;
 - 2) представники адміністрації;
 - 3) працівники, відповідальні за освітню діяльність;
 - 4) фахівці з питань академічної доброчесності;
 - 5) фахівці у сфері права, інформаційної безпеки або захисту даних;
 - 6) інші особи, компетентність яких відповідає предмету діяльності Комітету.
- 10.2.4. Склад Комітету повинен забезпечувати незалежність, неупередженість та відсутність конфлікту інтересів.
- 10.2.5. Голова Комітету організовує його роботу, скликає засідання, визначає порядок денний та підписує протоколи і рішення.
- 10.2.6. Секретар Комітету забезпечує реєстрацію матеріалів, повідомлення учасників, ведення протоколів та зберігання матеріалів справ.
- 10.2.7. Засідання Комітету є правомочним за участю не менш як двох третин його затвердженого складу.
- 10.2.8. Рішення приймається більшістю голосів присутніх членів Комітету.
- 10.2.9. У разі рівного розподілу голосів рішення вважається таким, що не прийняте.
- 10.2.10. Член Комітету не бере участі у розгляді справи, якщо:
- 1) є заявником або особою, щодо якої проводиться розгляд;
 - 2) є автором роботи, яка є предметом перевірки;
 - 3) перебуває у прямій службовій, науковій або іншій залежності від особи;
 - 4) має особистий, майновий або інший інтерес;
 - 5) брав участь у попередньому розгляді справи як заявник, експерт або представник сторони;
 - 6) існують інші обставини, що можуть викликати обґрунтований сумнів у його неупередженості.
- 10.2.11. Заява про відвід подається до початку розгляду справи або невідкладно після того, як особі стало відомо про відповідні обставини.
- 10.2.12. Питання про відвід члена Комітету вирішується Комітетом без участі відповідного члена.

10.2.13. У разі відводу кількох членів Комітету та відсутності кворуму Вчена рада визначає заміну таких членів на час розгляду конкретної справи.

10.3. Початок провадження

10.3.1. Провадження щодо можливого порушення може бути розпочате на підставі:

- 1) письмової заяви;
- 2) службової записки;
- 3) повідомлення наукового керівника;
- 4) повідомлення викладача;
- 5) повідомлення керівника структурного підрозділу;
- 6) результатів перевірки роботи;
- 7) встановлених фактів порушення вимог щодо захисту даних;
- 8) іншої документально підтвердженої інформації.

10.3.2. Анонімне повідомлення може бути підставою для попередньої перевірки, якщо воно містить конкретні факти, які можуть бути перевірені.

10.3.3. Рішення про відкриття провадження приймається Комітетом протягом 10 робочих днів з дня отримання матеріалів.

10.3.4. Особа, щодо якої відкрито провадження, письмово повідомляється про це протягом 3 робочих днів.

10.4. Розгляд Комітетом

10.4.1. Строк розгляду справи Комітетом не повинен перевищувати 30 календарних днів з дня відкриття провадження.

10.4.2. У разі складності справи строк може бути продовжений головою Комітету не більше ніж на 30 календарних днів із зазначенням підстав.

10.4.3. Особі надається строк не менше 5 робочих днів для подання пояснень та доказів.

10.4.4. Комітет має право:

- 1) витребувати документи;
- 2) отримувати письмові пояснення;
- 3) запрошувати працівників та інших осіб;
- 4) залучати експертів;
- 5) перевіряти джерела та первинні дані;
- 6) перевіряти робочі файли;
- 7) аналізувати журнал використання ІШ;
- 8) використовувати результати перевірки текстових збігів;
- 9) використовувати результати детекторів ІШ лише як допоміжні матеріали.

10.4.5. Комітет не має права вимагати розкриття конфіденційної інформації в обсязі, що не є необхідним для розгляду справи.

10.4.6. За результатами розгляду Комітет приймає одне з таких рішень:

- 1) факт порушення не встановлено;
- 2) матеріали потребують додаткової перевірки;
- 3) факт порушення встановлено;
- 4) матеріали підлягають передачі на розгляд Комісії з біоетики.

10.4.7. Рішення Комітету оформлюється протоколом та висновком.

10.4.8. Висновок Комітету повинен містити:

- 1) дату та місце розгляду;
- 2) склад Комітету;
- 3) відомості про предмет розгляду;
- 4) короткий виклад обставин;
- 5) перелік досліджених матеріалів;
- 6) пояснення особи;
- 7) оцінку доказів;
- 8) встановлені факти;
- 9) мотиви рішення;
- 10) посилання на відповідні норми;
- 11) результати голосування;
- 12) рекомендації щодо подальшого розгляду.

10.5. Комісія з біоетики

10.5.1. Якщо справа стосується:

- 1) медичних даних;
 - 2) клінічних досліджень;
 - 3) пацієнтів;
 - 4) медичних зображень;
 - 5) генетичних або патоморфологічних даних;
 - 6) клінічної інтерпретації;
 - 7) втручання в права та інтереси пацієнта;
 - 8) етичних аспектів використання ІІІ,
- матеріали після розгляду Комітетом передаються до Комісії з біоетики.

10.5.2. Комісія з біоетики не підміняє Комітет у встановленні факту академічного порушення, якщо законом або внутрішнім актом не передбачено інше.

10.5.3. Комісія з біоетики надає висновок щодо:

- 1) дотримання етичних принципів;
- 2) захисту прав та інтересів пацієнтів;
- 3) правомірності використання медичних даних;
- 4) достатності заходів анонімізації;
- 5) клінічних ризиків;
- 6) наслідків використання результату ІІІ;
- 7) необхідності додаткових заходів захисту.

10.5.4. Комісія з біоетики розглядає матеріали протягом 20 робочих днів.

10.5.5. Засідання Комісії є правомочним за участю не менш як двох третин її складу.

10.5.6. Член Комісії з біоетики підлягає відводу за наявності обставин, визначених пунктом 10.2.10 цього Положення.

10.5.7. Висновок Комісії з біоетики оформлюється протоколом та передається Комітету і Вченій раді.

10.6. Вчена рада

10.6.1. Вчена рада розглядає:

- 1) висновок Комітету;
- 2) висновок Комісії з біоетики, якщо її було залучено;
- 3) пояснення особи;
- 4) матеріали перевірки;
- 5) інші документи, що мають значення для справи.

10.6.2. Вчена рада приймає остаточне рішення щодо застосування заходів реагування та академічної відповідальності в межах повноважень Інституту.

10.6.3. Рішення Вченої ради приймається у порядку, встановленому законодавством та внутрішніми нормативними актами Інституту.

10.6.4. Член Вченої ради не бере участі в голосуванні, якщо наявні обставини конфлікту інтересів або інші обставини, що можуть поставити під сумнів його неупередженість.

10.6.5. Відомості про відвід зазначаються у протоколі засідання.

10.6.6. Рішення Вченої ради оформлюється протоколом.

10.7. Презумпція академічної доброчесності

10.7.1. До встановлення факту порушення особа користується презумпцією академічної доброчесності.

10.7.2. Сам факт:

- 1) використання ШІ;
- 2) стилістичної схожості тексту;
- 3) виявлення ознак машинного генерування;
- 4) невідповідності стилю попереднім роботам;
- 5) спрацювання автоматичного детектора ШІ

не є достатньою підставою для висновку про порушення академічної доброчесності.

10.7.3. Усі докази оцінюються в сукупності.

10.7.4. Рішення про встановлення порушення повинно бути мотивованим та ґрунтуватися на належних, допустимих і достатніх доказах.

10.7.5. Особа не зобов'язана доводити відсутність порушення; вона має право надавати пояснення та докази на свій захист.

10.7.6. Відмова особи надати пояснення сама по собі не може розглядатися як доказ порушення.

10.8. Заходи реагування

10.8.1. Залежно від характеру, тяжкості та наслідків встановленого порушення можуть застосовуватися заходи, передбачені законодавством та внутрішніми актами Інституту.

10.8.2. Заходи реагування повинні бути пропорційними встановленому порушенню.

10.8.3. Заходами реагування можуть бути:

- 1) вимога виправити роботу;
- 2) повторне виконання завдання;
- 3) недопуск роботи до оцінювання або захисту;
- 4) скасування результатів оцінювання;
- 5) вилучення неправомірно використаних матеріалів;
- 6) повідомлення відповідного редакційного або наукового органу;
- 7) дисциплінарні заходи у випадках та порядку, передбачених законодавством;
- 8) інші заходи, передбачені законом.

10.8.4. Застосування заходу реагування не звільняє особу від відповідальності за інші правопорушення, якщо такі встановлені.

10.9. Апеляція

10.9.1. Особа має право оскаржити рішення Вченої ради в порядку, визначеному законодавством та внутрішніми нормативними актами Інституту.

10.9.2. Апеляція подається протягом 10 робочих днів з дня отримання рішення, якщо законодавством не встановлено інший строк.

10.9.3. Апеляція повинна містити:

- 1) ПІБ заявника;
- 2) статус або посаду;
- 3) рішення, що оскаржується;
- 4) обставини, з якими заявник не погоджується;
- 5) обґрунтування;
- 6) перелік доказів;
- 7) вимоги заявника.

10.9.4. Апеляція не зупиняє дію рішення, якщо інше не встановлено законодавством або рішенням уповноваженого органу.

10.9.5. Апеляційний розгляд здійснюється неупередженим складом органу, визначеного внутрішнім актом Інституту.

10.9.6. Особа має право надати додаткові пояснення та докази.

10.9.7. За результатами апеляційного розгляду рішення може бути:

- 1) залишено без змін;
- 2) змінено;

- 3) скасовано;
- 4) направлено на новий розгляд.

10.9.8. Особа має право на судовий захист відповідно до законодавства України.

10.10. Протоколювання та зберігання матеріалів

10.10.1. Засідання Комітету, Комісії з біоетики та Вченої ради з питань, що розглядаються відповідно до цього Положення, оформлюються протоколом.

10.10.2. Протокол містить:

- 1) дату, час та місце засідання;
- 2) склад присутніх;
- 3) інформацію про кворум;
- 4) порядок денний;
- 5) інформацію про відводи;
- 6) основні виступи та пояснення;
- 7) результати розгляду доказів;
- 8) результати голосування;
- 9) прийняте рішення.

10.10.3. Протокол підписується головою та секретарем відповідного органу.

10.10.4. Матеріали справ зберігаються відповідно до номенклатури справ Інституту, законодавства про архівну справу та вимог щодо захисту персональних даних.

11. МОНІТОРИНГ ТА ПЕРЕГЛЯД ПОЛОЖЕННЯ

11.1. Положення переглядається не рідше одного разу на два роки, а також у разі:

- 1) зміни законодавства;
- 2) зміни державної політики у сфері ІШ;
- 3) зміни вимог до академічної доброчесності;
- 4) виникнення нових технологічних ризиків;
- 5) інцидентів із захистом даних;
- 6) зміни організаційної структури Інституту.

11.2. Комітет з академічної доброчесності щорічно готує для Вченої ради інформацію про:

- 1) випадки використання ІШ;
- 2) виявлені порушення;
- 3) результати розгляду справ;
- 4) апеляції;
- 5) типові ризики;
- 6) пропозиції щодо удосконалення Положення.

11.3. Інформація подається без розкриття персональних даних, якщо інше не передбачено законом.

12. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

12.1. Положення набирає чинності з дня введення його в дію наказом директора Інституту.

12.2. Контроль за виконанням Положення здійснюється директором Інституту та визначеними ним посадовими особами в межах їх повноважень.

12.3. Вчена рада затверджує:

- 1) це Положення;
- 2) склад Комітету з академічної доброчесності;
- 3) зміни до Положення;
- 4) інші внутрішні акти з питань академічної доброчесності в межах компетенції.

12.4. Директор Інституту забезпечує організаційні умови для виконання цього Положення.

12.5. Невід'ємною частиною Положення є Додаток 1 «Декларація про використання штучного інтелекту».

ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ

Я, _____,
(ПІБ)

посада/статус _____,

під час підготовки _____
(назва роботи, документа, проєкту)

використовував(ла) / не використовував(ла) інструменти штучного інтелекту.

У разі використання зазначаю:

Назва системи ШІ: _____

Версія/модель: _____

Дата використання: _____

Характер використання:

- ☐ пошук/уточнення інформації;
- ☐ переклад;
- ☐ мовне редагування;
- ☐ структуризація матеріалу;
- ☐ генерування тексту;
- ☐ аналіз інформації;
- ☐ аналіз/обробка даних;
- ☐ статистичний аналіз;
- ☐ програмування;
- ☐ створення зображень/схем;
- ☐ інше: _____.

Підтверджую, що:

1. перевіряв(ла) достовірність інформації, отриманої за допомогою ШІ;
2. перевіряв(ла) наукові джерела, посилання та бібліографічні дані;
3. не використовував(ла) ШІ для фабрикації або фальсифікації даних;
4. не використовував(ла) ШІ для приховування академічного плагіату або іншого порушення академічної доброчесності;
5. результати дослідження, аналіз, висновки та інші істотні складові роботи перевірені мною особисто;
6. контент, створений або запропонований ШІ, у разі його використання, був критично оцінений, перевірений та відповідно доопрацьований;
7. не передавав(ла) до систем ШІ персональні дані, медичну інформацію, лікарську таємницю або іншу інформацію з обмеженим доступом без належної правової підстави;
8. усвідомлюю особисту відповідальність за достовірність та кінцевий результат роботи.

Дата _____

Підпис _____