УКРАЇНА

ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

РОЗПОРЯДЖЕННЯ

"05" квітня 2019 р. № 331-р

Про затвердження Інструкції з організації внутрішнього контролю в обласній державній адміністрації

Керуючись частиною першою статті 41 Закону України "Про місцеві державні адміністрації", відповідно до статті 26 Бюджетного кодексу України, Основних засад здійснення внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 12 грудня 2018 року №1062, враховуючи Методичні рекомендації з організації внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів у своїх закладах та у підвідомчих бюджетних установах, затверджені наказом Міністерства фінансів України від 14 вересня 2012 року №995 (із змінами), з метою забезпечення дотримання законності та ефективності використання бюджетних коштів, досягнення результатів відповідно до поставленої мети, завдань, планів щодо діяльності обласної державної адміністрації, удосконалення функціонування внутрішнього контролю та системи управління:

1. Затвердити Інструкцію з організації внутрішнього контролю в обласній державній адміністрації та План заходів впровадження внутрішнього контролю (що додається).

2. Керівнику апарату обласної державної адміністрації, керівникам структурних підрозділів обласної державної адміністрації, установ та організацій, що належать до сфери їх управління забезпечити виконання вимог цієї Інструкції.

3. Головам районних державних адміністрацій забезпечити організацію та здійснення внутрішнього контролю у відповідних районних державних адміністраціях.

4. Контроль за виконанням цього розпорядження залишаю за собою.

В.о. голови обласної державної адміністрації **М.В.ПАВЛЮК**

ЗАТВЕРДЖЕНО
Розпорядження обласної
державної адміністрації
від 05.04.2019 № 331-р

ІНСТРУКЦІЯ
з організації внутрішнього контролю в обласній державній адміністрації

І. Загальні положення

1.1 Інструкція з організації внутрішнього контролю в облдержадміністрації (далі – Інструкція) розроблена з метою:

удосконалення функціонування внутрішнього контролю у Чернівецькій обласній державній адміністрації, її апараті, структурних підрозділах облдержадміністрації та райдержадміністраціях (далі – установа);

побудови в установі ризик-орієнтованої системи внутрішнього контролю, спрямованої на запобігання негативним явищам у процесі управлінської діяльності та всебічного забезпечення досягнення цілей, а не реагування на порушення та недоліки, які вже відбулися або мали місце;

забезпечення досягнення результатів відповідно до визначених цілей та завдань установи;

законного, ефективного та результативного використання бюджетних коштів, майна, ресурсів та нематеріальних активів;

запобігання виникненню помилок, недоліків і прорахунків у діяльності посадових осіб установи.

Сфера застосування інструкції охоплює питання планування діяльності, матеріально-технічного, фінансового та інших видів забезпечення установи, питання управління персоналом, матеріальними, інформаційними ресурсами та нематеріальними активами, адміністративно-господарськими та іншими процесами.

1.2 В Інструкції наведені нижче терміни, які вживаються у такому значенні:

адміністративний регламент – обов'язковий для виконання порядок дій в установі, спрямований на здійснення повноважень у процесі виконання функцій держави;

ідентифікація ризиків – визначення ризиків за категоріями (зовнішні та внутрішні) та видами (законодавчі, операційно-технологічні, програмно-технічні, кадрові, фінансово-господарські, репутаційні);

інформація – будь-які відомості та/або дані, які можуть бути збережені на матеріальних носіях або відображені в електронному вигляді;

інформаційний потік – це рух (шляхи та процеси передачі) інформації для забезпечення взаємозв'язку (обміну інформацією) між окремими структурними підрозділами та працівниками в середині установи, а також, між установою та зовнішнім середовищем;

керівництво – голова облдержадміністрації, його заступники, керівник апарату облдержадміністрації, керівники структурних підрозділів

облдержадміністрації, голови райдержадміністрацій, його заступники та керівники апарату;

об'єкти внутрішнього контролю – адміністративні, фінансово-господарські, технологічні та інші процеси, здійснення яких забезпечується структурними підрозділами та працівниками установи в межах визначених повноважень та відповідальності;

операції – окремі частини процесу, які здійснюються у визначеній послідовності при виконанні завдань, функцій суб'єктами внутрішнього контролю;

процес – це послідовність операцій, необхідних для виконання визначених положенням функцій та завдань, покладених на установу;

ризик – це ймовірність настання події, що матиме негативний вплив на здатність установи реалізовувати завдання і функції та досягати визначеної мети, стратегічних та інших цілей діяльності установи;

робоча група – група посадових осіб установи з найвищим рівнем компетенції у відповідній сфері (напрямку діяльності), які здатні ідентифікувати ризики та оцінити ймовірність їх виникнення та вплив на досягнення визначених цілей;

суб'єкти внутрішнього контролю – облдержадміністрація, її апарат та самостійні структурні підрозділи облдержадміністрації, райдержадміністрація, їх керівники та працівники в межах своєї відповідальності;

функції – основні напрямки діяльності суб'єкта внутрішнього контролю, в яких відображаються та конкретизуються їх завдання, визначаються їх сутність та призначення;

Терміни «бюджетні установи», «внутрішній аудит», «внутрішній контроль», «розпорядник бюджетних коштів», «управління бюджетними коштами» вживаються у значенні, що застосовується у Бюджетному кодексі України.

Інструкція розроблена з урахуванням вимог:

Бюджетного кодексу України;

Основних засад здійснення внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 12 грудня 2018 року № 1062;

Стратегії реформування системи управління державними фінансами на 2017-2020 роки, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 08 лютого 2017 року № 142-р;

розпорядження Кабінету Міністрів України від 24 червня 2016 року № 474-р "Деякі питання реформування державного управління України";

Методичних рекомендацій з організації внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів у своїх закладах та у підвідомчих бюджетних установах, затверджених наказом Міністерства фінансів України від 14 вересня 2012 року № 995 (із змінами).

1.3 Система внутрішнього контролю – впроваджена керівником установи політика, правила і заходи, які забезпечують функціонування, взаємозв'язок та підтримку всіх елементів внутрішнього контролю і спрямована на досягнення визначених мети, стратегічних та інших цілей, завдань, планів і вимог щодо діяльності установи.

Внутрішній контроль це цілісний процес, який здійснюється керівництвом та працівниками установи для забезпечення:

досягнення визначених цілей у найбільш ефективний, результативний та економний спосіб;

додержання вимог законодавства при виконанні покладених на установу завдань;

упередження потенційних подій, які негативно впливають на досягнення цілей;

контролю з боку керівництва установи за організацією діяльності суб'єктів внутрішнього контролю, за розподілом повноважень та відповідальності між ними при виконанні функцій, процесів, операцій;

достовірності, повноти, об'єктивності та своєчасності надання керівництву установи інформації для прийняття відповідних управлінських рішень;

ведення фінансово-господарської діяльності відповідно до вимог законодавства;

дієвого управління інформаційними потоками (отриманням, передачею, зберіганням інформації) та забезпечення інформаційної безпеки.

1.4 Внутрішній контроль в установі будується на принципах:

безперервності – застосовуються постійно для своєчасного реагування на зміни, які стосуються діяльності установи;

законності – дотримання суб'єктами внутрішнього контролю вимог законодавства, а також визначених функцій, процесів, операцій;

об'єктивності – прийняття управлінських рішень на основі повної та достовірної інформації, що ґрунтується на документальних та фактичних даних і виключає вплив суб'єктивних факторів;

делегування повноважень – розподіл повноважень та чітке визначення обов'язків керівництва та інших працівників установи, надання їм відповідних прав та ресурсів, необхідних для виконання посадових обов'язків;

відповідальності - відповідальність керівництва та працівників установи за свої рішення, дії та виконання завдань у рамках посадових обов'язків та делегованих повноважень;

превентивності – завчасне здійснення заходів контролю для запобігання виникненню відхилень від встановлених норм;

розмежування внутрішнього контролю та внутрішнього аудиту – внутрішній аудит здійснюється для оцінки функціонування системи внутрішнього контролю в установі, надання рекомендацій щодо її поліпшення без безпосереднього здійснення заходів з організації внутрішнього контролю, управління ризиками і прийняття управлінських рішень;

відкритості - забезпечення необхідного ступеня прозорості при проведенні оцінки системи внутрішнього контролю.

1.5 Управлінська відповідальність і підзвітність керівника та працівників установи ґрунтується на вимогах законодавства і стосується всієї діяльності установи, зокрема щодо:

визначення мети, стратегічних цілей, завдань, заходів та очікуваних результатів діяльності з урахуванням наявних ресурсів на плановий та наступні за ним два бюджетні періоди;

формування бюджетних запитів, порядків використання бюджетних коштів, складання та виконання кошторису установи, паспортів бюджетних програм;

управління бюджетними коштами (прийняття рішення щодо делегування повноважень на виконання бюджетної програми розпорядникам бюджетних коштів нижчого рівня та/або одержувачам бюджетних коштів, здійснення внутрішнього контролю за повнотою надходжень, взяттям бюджетних зобов'язань розпорядниками бюджетних коштів нижчого рівня та одержувачами бюджетних коштів і витрачанням ними бюджетних коштів, оцінки ефективності бюджетних програм тощо);

організації та ведення бухгалтерського обліку, складання та подання звітності;

надання адміністративних послуг;

здійснення контрольних функцій;

здійснення закупівель товарів, робіт і послуг;

управління об'єктами державної власності;

проведення правової роботи та роботи з персоналом;

проведення діяльності з протидії та запобігання корупції;

забезпечення режиму секретності та інформаційної безпеки, захисту інформації в інформаційних, телекомунікаційних та інформаційно-телекомунікаційних системах;

організації документообігу, в тому числі електронного документообігу, та управлінні інформаційними потоками;

взаємодії із засобами масової інформації та громадськістю;

інших питань, пов'язаних з функціонуванням установи.

1.6 Внутрішній контроль здійснюється у процесі діяльності установи і поділяється на:

попередній контроль, що передує прийняттю управлінського рішення чи здійсненню фінансово-господарської операції;

поточний контроль, що здійснюється в процесі виконання управлінського рішення чи проведення фінансово-господарської операції;

подальший контроль, що здійснюється після виконання управлінського рішення чи фінансово-господарської операції.

1.7 Організація та здійснення внутрішнього контролю в установі відбувається шляхом:

розроблення та затвердження керівництвом установи ряду внутрішніх документів (розпоряджень, наказів, правил, регламентів, положень, посадових інструкцій, тощо), спрямованих на належне функціонування елементів внутрішнього контролю: забезпечення здійснення управління ризиками, вжиття заходів контролю, налагодження комунікації та обміну інформацією в установі та здійснення моніторингу, тощо;

запровадження чітких систем (порядків) планування діяльності, контролю за їх виконанням та звітування про виконання планів, завдань і функцій, оцінки досягнутих результатів діяльності установи;

виконання керівництвом та працівниками установи планів, завдань і функцій, визначених законодавством та затвердженими керівником установи внутрішніх документів, інформування керівництва установи про ризики, що

виникають під час виконання покладених на них завдань і функцій, вжиття заходів контролю, здійснення моніторингу, обміну інформацією.

1.8 Структура внутрішнього контролю в установі складається з наступних компонентів:

внутрішнє середовище;

управління ризиками;

здійснення заходів контролю;

здійснення інформаційного та комунікаційного обміну;

здійснення моніторингу.

ІІ. Внутрішнє середовище

Внутрішніми документами установи повинні бути врегульовані наступні питання щодо внутрішнього середовища:

встановлення мети та стратегічних цілей діяльності установи;

визначення організаційної структури, повноважень, відповідальності та підзвітності керівництва і працівників установи;

відповідальності і контролю керівництва за дотриманням законодавства, бюджетної дисципліни та внутрішніх порядків і процедур установи;

встановлення переліку завдань та функцій, їх розподіл та закріплення за виконавцями (співвиконавцями);

планування діяльності;

забезпечення додержання працівниками вимог законодавства у сфері запобігання і виявлення корупції, правил етичної поведінки державного службовця;

формування та подання керівництву установи звітності про результати діяльності (порядки запровадження управлінської відповідальності та підзвітності, включаючи показники, досягнуті під час виконання поставлених завдань та заходів, рівня, форми та строки звітування).

2.1 Внутрішнє середовище (середовище внутрішнього контролю) – це процеси, операції, регламенти, структури та розподіл повноважень щодо їх виконання, правила та принципи управління людськими ресурсами, спрямовані на забезпечення виконання установою завдань і функцій та досягнення встановлених мети, стратегічних та інших цілей, планів і вимог щодо діяльності установи.

Внутрішнє середовище є основою для усіх інших елементів внутрішнього контролю та містить такі аспекти:

організаційну структуру з наявністю чіткого опису мети, функцій, завдань діяльності організації; затверджену структуру організації; функціональний розподіл повноважень та відповідальності; внутрішні положення про структурні підрозділи, посадові інструкції, у яких визначено обов'язки та відповідальність кожного працівника; кваліфікаційні вимоги до посад; внутрішні регламенти проведення процедур, операцій; напрямів і форм звітування кожного структурного підрозділу установи тощо;

прийняті в установі принципи та правила управління персоналом: внутрішні документи організації, що регулюють питання роботи із персоналом; методи, які використовуються для підбору працівників, їх навчання, оцінки,

заохочення і просування по службі; здійснення добору кадрів, з відповідною освітою та досвідом; розподіл управлінських обов'язків; наявність взаємозв'язку між кадровою політикою установи та системою внутрішнього контролю;

рівень порядності, етичних цінностей: наявність в установі внутрішніх документів, що регулюють питання поведінки персоналу та етики взаємовідносин (Кодекс етики); відношенням керівництва та персоналу до питань дотримання вимог таких документів; наявності фактів порушень прийнятих норм етики та реагування керівництва установи на такі факти. Професійна компетентність персоналу та яким чином в установі підтримується рівень компетентності персоналу, а саме: наявність в установі формалізованих (визначених внутрішніми документами) вимог щодо підтримки та підвищення фахових знань та навичок персоналу та фактичного виконання таких вимог;

визначені процедури внутрішнього контролю, зокрема: наявність в установі інструкції (інших внутрішніх регламентів) з внутрішнього контролю; якості цих документів; а також видів та заходів контролю, що фактично виконуються організацією; слабких і сильних сторін існуючих заходів контролю та можливого їх вдосконалення. Наявність формалізованих (затверджених) та обов'язкових до виконання на всіх рівнях діяльності установи внутрішніх документів, що регламентують систему внутрішнього контролю, які слугують методологічним посібником управлінцям усіх рівнів та внутрішнім аудиторам у їх щоденній роботі;

загальне відношення керівництва установи та персоналу до процесу управління ризиками. Наявність в установі затверджених внутрішніх регламентів з питань визначення (індетифікації) ризиків, способів управління ними, а також ініціювання керівництвом процесу перегляду механізму управління ризиками та заходів реагування на них.

Допустимі межі ризиків, прийнятні для установи. Тобто, які ризики керівництво установи може в цілому прийняти або не прийняти чи ризики, до яких керівництво є толерантним.

Інші аспекти внутрішнього середовища, що визначаються власними (унікальними) сферами діяльності, процесами, операціями, що вимагають особливої уваги. Важливо, щоб в описі внутрішнього середовища зазначались аспекти, що мають безпосереднє відношення до діючої системи внутрішнього контролю та цілей і завдань установи.

Внутрішнє середовище складається з суб'єктів внутрішнього контролю та об'єктів внутрішнього контролю, до яких належать функції, процеси та операції, що здійснюються суб'єктами внутрішнього контролю для досягнення встановлених цілей в межах визначених повноважень та відповідальності.

Внутрішнє середовище визначає розподіл повноважень і відповідальності між суб'єктами внутрішнього контролю.

2.2 Повноваження суб'єктів внутрішнього контролю.

Керівник установи організовує та забезпечує ефективне функціонування системи внутрішнього контролю в установі.

Заступники керівника установи, керівники (заступники керівників) її структурних підрозділів, у межах визначених повноважень організовують внутрішній контроль та забезпечують дотримання принципів, визначених пунктом 4 розділу І цієї Інструкції.

Установа, структурні підрозділи установи, що утворені в них, виконують відповідні функції, процеси та операції в межах повноважень та відповідальності, визначених положенням про установу або про її структурні підрозділи, затвердженими у встановленому порядку.

Працівники установи виконують функції, процеси та операції в межах повноважень та відповідальності, визначених посадовими інструкціями, затвердженими у встановленому порядку.

В межах структурного підрозділу установи при організації внутрішнього контролю керівники структурних підрозділів установи визначають відповідального працівника за забезпечення:

документування ризиків та способів реагування на них;

впровадження на практиці ефективних способів реагування на ризики;

перегляду на регулярній основі оцінки ризиків і врахування відповідних змін та обставин (далі – відповідальний працівник в структурному підрозділі).

Для впровадження системи внутрішнього контролю в установі може створюватися робоча група з забезпечення ефективного впровадження та функціонування внутрішнього контролю (далі – робоча група).

Організаційні та функціональні засади, що визначають внутрішнє середовище в установі, ґрунтуються на:

затверджених нормативних документах, які визначають організаційну структуру установи (функціональний розподіл між керівництвом установи всіх рівнів повноважень та відповідальності, положення про суб'єкти внутрішнього контролю, посадові інструкції працівників тощо), кадрову політику, документообіг, облікову політику;

адміністративних регламентах, які встановлюють порядок виконання суб'єктами внутрішнього контролю визначених законодавством функцій.

Адміністративні регламенти, технологічні картки та блок-схеми процесів і операцій, а також усі інші аспекти внутрішнього середовища не мають бути сталими документами, для підтримки ефективності діючої системи внутрішнього контролю, вони підлягають перегляду та доопрацювання відповідними підрозділами/працівниками установи з урахуванням зовнішніх та внутрішніх змін, що впливають на середовище контролю.

Методика складання адміністративних регламентів в системі установи визначається Рекомендаціями щодо складання адміністративних регламентів (додаток 1).

Затверджені у встановленому порядку адміністративні регламенти визначають правила, порядок і послідовність виконання працівниками установи операцій за відповідними процесами та регламентують взаємодію з іншими пов'язаними учасниками відповідного процесу.

Підстави для розробки нових та/або внесення змін до діючих адміністративних регламентів:

1) прийняття нових та/або внесення змін до діючих актів законодавства, які змінюють порядок виконання функцій, процесів, операцій:

у разі прийняття нових та/або внесення змін до діючих нормативно-правових актів суб'єкти внутрішнього контролю, відповідно до наданих їм повноважень, протягом місяця з дня набуття чинності такими нормативно-

правовими актами розробляють та надають на розгляд відповідальній особі в установі та робочій групі нові або з внесеними змінами діючі адміністративні регламенти;

2) запровадження нового або внесення змін до діючого прикладного програмного забезпечення, яке змінює порядок виконання функцій, процесів, операцій:

суб'єкти внутрішнього контролю, які є користувачами такого прикладного програмного забезпечення, протягом місяця з дня його введення у експлуатацію, розробляють та надають на розгляд відповідальній особі в установі (робочій групі) нові або з внесеними змінами діючі адміністративні регламенти.

На підставі отриманих пропозицій відповідальна особа в установі готує відповідний проект наказу керівника установи, який затверджується у встановленому порядку.

2.3 Визначення цілей.

В межах законодавчо встановлених завдань та наданих повноважень, суб'єкти внутрішнього контролю визначають:

мету діяльності, стратегічні та операційні цілі (завдання);

функції та операції.

Мета діяльності установи визначає його основне призначення. Визначення мети має бути стислим, охоплювати сукупність цілей та легко сприйматись.

Стратегічні цілі визначаються відповідно до мети установи.

Стратегічні цілі – це кінцеві (очікувані) результати розвитку сфери діяльності, на досягнення яких спрямована робота установи. Стратегічні цілі – це цілі, встановлені адміністративними регламентами, яких необхідно досягти за результатами реалізації відповідного процесу.

Операційні цілі (завдання) – конкретні, обмежені у часі і вимірювальні показники і спрямовані на досягнення відповідної стратегічної цілі. Це цілі, які щорічно визначаються в плані заходів щодо управління ризиками. Операційні цілі (завдання) визначають шляхи досягнення стратегічних цілей установи.

Операційні цілі (завдання) повинні відповідати вимогам:

конкретності, що полягає у чіткому визначенні кінцевого результату реалізації операційної цілі, тобто ціль повинна бути чітко визначена і достатньо деталізована;

вимірюваності, що полягає у визначенні операційних цілей, виходячи з можливості здійснення оцінки їх досягнення за кількісними та якісними показниками. Щоб ціль була вимірюваною, вона повинна відображати показники результатів виконання завдань;

досяжності, що передбачає визначення операційних цілей в межах наявних ресурсів (людських, фінансових, матеріальних тощо). Визначення таких цілей, які організація може реально досягти;

реалістичності, що полягає у визначенні суб'єктами внутрішнього контролю лише тих операційних цілей, що знаходиться в межах їх повноважень та відповідальності;

визначеності у часі, що передбачає планування чітких термінів реалізації операційної цілі та дати її досягнення. Визначення кінцевої дати досягнення цілей, підвищує мотивацію та терміновість виконання завдань.

В межах кожної цілі (незалежно від рівня) визначаються ризики і способи реагування на них, які напряму залежать від визначених цілей та змінюються відповідно їх змінам.

ІІІ. Управління ризиками

3.1 Ідентифікація ризиків – це діяльність суб'єктів внутрішнього контролю з визначення та опису ймовірних подій, які матимуть негативний вплив на здатність установи виконувати визначені актами законодавства та внутрішніми організаційно-розпорядчими документами завдання і функції або відповідних процесів.

Ідентифікація ризиків здійснюється керівником кожного структурного підрозділу установи (в межах повноважень – відповідальним працівником в структурному підрозділі) за кожним основним процесом та операцією, відповідно до функціональних повноважень.

Ідентифікація ризиків (додаток 3) передбачає визначення та класифікацію ризиків за категоріями і видами, а також, систематичний перегляд ідентифікованих ризиків з метою виявлення нових та/або таких, що зазнали змін.

Класифікація ризиків застосовується для визначення джерела конкретного виду ризику та забезпечення застосування відповідних інструментів та методів управління ризиком, які здатні максимально зменшити його негативний вплив на діяльність установи.

Ідентифікація ризиків передбачає:

а) визначення та класифікацію ризиків за категоріями і видами.

За категоріями ризики поділяються на:

зовнішні – це потенційні події, які є зовнішніми по відношенню до установи та ймовірність виникнення яких не пов'язана з виконанням суб'єктами внутрішнього контролю відповідних процесів, операцій;

внутрішні – це потенційні події, ймовірність виникнення яких безпосередньо пов'язана з виконанням суб'єктом внутрішнього контролю відповідних процесів, операцій.

В розрізі категорій ризики поділяються на види. **Вид ризику** характеризує джерело появи ризикової ситуації, а саме:

законодавчі ризики – це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із відсутністю, суперечністю або нечіткою регламентацію виконання операції у відповідних нормативно-правових актах, законодавчими змінами тощо;

операційно-технологічні ризики – це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із порушенням визначеного порядку виконання операції, зокрема термінів та формату подання документів, розподілу повноважень з виконання операції тощо;

програмно-технічні ризики – це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із відсутністю прикладного програмного забезпечення або змін до нього відповідно до діючої нормативно-правової бази, неналежною роботою або відсутністю необхідних технічних засобів тощо;

кадрові ризики – це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із неналежною професійною підготовкою працівників установи, неналежним виконанням ними посадових інструкцій тощо;

фінансово-господарські ризики – це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із фінансово-господарським станом установи, зокрема неналежним ресурсним, матеріальним забезпеченням тощо;

репутаційні ризики - це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із неефективністю менеджменту, наданням неякісних послуг замовникам, не дотриманням взятих на себе зобов'язань, втраченою репутацією керівників та/чи працівників установи, не дотриманням етичних норм у відносинах із зовнішнім середовищем тощо.

б) здійснення систематичного перегляду ідентифікованих ризиків з метою виявлення нових та таких, що зазнали змін:

при перегляді ризиків враховуються зміни в економічному та нормативно-правовому середовищі, внутрішніх і зовнішніх умовах функціонування установи, а також відповідно до нових або переглянутих завдань діяльності у системі установи.

Ідентифікація ризиків може здійснюватися із застосуванням методів визначення ризиків на рівні усієї установи (метод "згори до низу") та на рівні конкретних операцій/ділянки роботи (метод "знизу догори").

Визначення ризиків на рівні усієї установи (метод "згори до низу") здійснюється з метою визначення вразливих до ризиків сфер діяльності, окремих функцій та завдань в установі, а також відповідальною особою в установі, шляхом співбесід, заповнення опитувальників основними відповідальними працівниками на всіх рівнях діяльності установи.

Визначення ризиків на рівні конкретних операцій/ділянки роботи (метод "знизу догори") здійснюється у кожному структурному підрозділі установи його керівниками та працівниками в ході виконуваних ними функцій і завдань та визначення пов'язаних з ними ризиків.

В установі можливе застосування усіх методів.

3.2 Оцінка ризиків – це визначення ступеню ризиків на основі висновків суб'єктів внутрішнього контролю за критеріями ймовірності виникнення ризиків та їх впливу на спроможність суб'єктів внутрішнього контролю досягати визначені стратегічні цілі. Зазначена оцінка здійснюється відповідно до Матриці оцінки ризиків, форма якої наведена у додатку 2 до цієї Інструкції.

Ймовірність виникнення ризику означає вірогідність, можливість виникнення того чи іншого ризику у певний проміжок часу.

За ймовірністю виникнення, ризики оцінюються за критеріями:

низької ймовірності виникнення. Це ризики, виникнення яких може відбутися у виняткових випадках;

середньої ймовірності виникнення. Це ризики, які можуть виникнути рідко, але випадки виникнення вже були;

високої ймовірності виникнення. Це ризики щодо яких існує велика ймовірність їх виникнення.

Вплив ризику представляє собою суттєвість із якою подія/ризик може вплинути на спроможність установи досягати поставлені цілі, у разі виникнення.

За впливом ризики оцінюються за критеріями:

низького рівня, вплив яких є мінімальний та/або невеликої тяжкості на досягнення визначених цілей. До таких ризиків можуть бути віднесені окремі прорахунки у діяльності виконавців, несвоєчасне опрацювання окремих

документів, недостатній рівень професійних знань окремих посадових осіб та інші;

середнього рівня, вплив яких є середньої тяжкості на досягнення визначених цілей. До цієї категорії ризиків може бути віднесено, зокрема, відсутність документації, неналежна якість проведення оформлення результатів інвентаризації, використання майна та ресурсів не за цільовим призначенням та інші;

високого рівня впливу, вплив яких є тяжким та/або особливо тяжким на досягнення визначених цілей. До них, зокрема, належать нормативна неврегульованість (зарегульованість) окремих управлінських процесів, висока ймовірність корупції та шахрайства, неефективність та втрата контролю за управлінськими процесами, відсутність бухгалтерського обліку, висока плинність кадрів, невизначеність відповідальності за виконання окремих функції та інші.

Найважливішими є ризики, які мають найвищу ймовірність і найвищий рівень впливу на спроможність у досягненні стратегічних цілей. Найменш важливими є ризики, які мають нижчу ймовірність і нижчий рівень такого впливу. Концентрація уваги має бути на ризиках з високою ймовірністю і високим рівнем впливу у системі установи. Кінцевим результатом є визначення для кожного ризику числового значення ймовірності і рівня впливу.

Керівництво установи всіх рівнів насамперед інформується щодо сфер діяльності з "високою" ймовірністю виникнення ризиків та їх "високим" ступенем впливу (пріоритетні/ключові) для прийняття рішення щодо вжиття заходів контролю з метою попередження чи обмеження таких ризиків.

Стосовно ризиків із меншими значеннями – рішення щодо способів реагування та вжиття заходів можуть прийматися керівниками структурних підрозділів установи, в межах їх повноважень та компетенції, а у разі потреби, інформування керівництва установи всіх рівнів про прийняті рішення.

3.3 Способи реагування на ризики (управління ними):

Ефективне управління ризиками передбачає:

здійснення аналізу діяльності суб'єктів внутрішнього контролю;

збір, систематизацію та аналіз інформації щодо проведеної суб'єктами внутрішнього контролю ідентифікації та оцінки ризиків;

Визначення способів реагування на ідентифіковані та оцінені ризики полягає у прийняті рішення керівництвом установи щодо зменшення, прийняття, розділення чи уникнення ризику:

Зменшення ризику означає вжиття заходів, які сприяють зменшенню або повному усуненню ймовірності виникнення ризиків та/або їх впливу. Включає низку операційних рішень, що приймаються щоденно.

Прийняття ризику означає, що жодних дій щодо нього не робитиметься. Такі рішення приймаються, якщо: за результатами оцінки ризику видно, що його вплив на діяльність буде мінімальним; витрати на заходи контролю будуть надто високими; суб'єкти внутрішнього контролю нічого не можуть зробити з цього приводу.

Розділення (передача) ризику означає зменшення ймовірності або впливу ризику шляхом поділу цього ризику із іншими зацікавленими сторонами, або перенесення частини ризику.

Уникнення ризику означає повне усунення ймовірності виникнення ризиків та/або їх впливу, призупинення (припинення) діяльності (функції, процесу, операції), що призводить до підвищення ризику (вирішення питання доцільності нового методу виконання завдань, надання послуг тощо).

При прийнятті рішення щодо способів реагування на ризик керівництво має звертає увагу на:

оцінку ймовірності та впливу ризику;

витрати, пов'язані з реагуванням на ризик, порівняно з отриманою вигодою від його зменшення;

чи не створює обраний спосіб реагування на ризик додаткових ризиків.

Суб'єкти внутрішнього контролю запроваджують та підтримують ефективні заходи внутрішнього контролю, які б забезпечили прийнятний рівень ризиків.

При здійсненні управління ризиками можуть застосувати способи документування такої діяльності шляхом складання таблиць (матриць) (додаток 4), класифікованих та оцінених за критеріями ймовірності виникнення та впливу ризиків, визначених для конкретних функцій чи завдань, із зазначенням заходів контролю, відповідальних виконавців, термінів та індикаторів виконання таких заходів тощо.

Процес управління ризиками має вертикальну структуру та здійснюється з урахуванням наступного розподілу ризиків між суб'єктами внутрішнього контролю:

ризик, який оцінено в числових значеннях від 1 до 2 потребує прийняття рішень або вжиття заходів контролю на рівні керівників (заступників керівників) структурних підрозділів установи;

ризик, який оцінено в числових значеннях від 3 до 4, потребує прийняття рішень або вжиття заходів контролю на рівні керівника (заступників керівника) установи;

ризик, який оцінено в числових значеннях від 6 до 9, потребує прийняття рішень або вжиття заходів контролю виключно на рівні керівника установи та голови облдержадміністрації.

Суб'єкти внутрішнього контролю відповідно до їх повноважень та відповідальності:

1) визначають перелік ризиків та класифікують кожен ризик у розрізі категорії та виду ризику;

2) здійснюють оцінку ризиків за критеріями ймовірності виникнення ризику і впливу його на спроможність суб'єкта внутрішнього контролю досягати визначені стратегічні цілі (додаток 2).

IV. Заходи контролю

4.1 Заходи контролю – сукупність запроваджених в установі управлінських дій, які здійснюються керівництвом та працівниками установи для впливу на ризики з метою досягнення установою визначених мети, стратегічних та інших цілей, завдань, планів і вимог щодо діяльності установи.

4.2 Заходи контролю здійснюються на всіх рівнях діяльності установи щодо усіх функцій і завдань та включають відповідні правила і процедури, найбільш типовими серед яких є:

1) встановлення процедур авторизації та підтвердження (зокрема, отримання дозволу відповідальних посадових осіб на виконання операцій шляхом візування, погодження, затвердження документів);

2) розмежування обов'язків між працівниками для зниження ризиків допущення помилок чи протиправних дій та своєчасного виявлення таких дій;

3) контроль за доступом до матеріальних та нематеріальних ресурсів, облікових записів, а також закріплення відповідальності за збереження і використання ресурсів, що зменшує ризик їх втрати чи неправильного використання (наприклад, укладання договорів про матеріальну відповідальність, видача довіреностей, встановлення режимів доступу до інформаційних ресурсів тощо);

4) забезпечення захисту інформаційних, телекомунікаційних та інформаційно-телекомунікаційних систем;

5) визначення правил і вимог до здійснення операцій та контролю за законністю їх виконання;

6) контроль за достовірністю проведених операцій, перевірка процесів та операцій до та після їх проведення, звірка облікових даних з фактичними (наприклад, порівняння кількості поставлених товарів з кількістю товарів, що було фактично замовлено);

7) оцінка загальних результатів діяльності установи, окремих функцій та завдань шляхом оцінювання їх ходу та результатів на предмет ефективності та результативності, відповідності нормативно-правовим актам та внутрішнім регламентам, правилам та процедурам установи;

8) систематичний перегляд роботи кожного працівника установи для визначення якості виконання поставлених завдань;

9) інші правила та процедури, в тому числі визначені положенням установи, внутрішніми документами про систему контролю за виконанням документів, правила внутрішнього трудового розпорядку працівників установи тощо.

Більшість заходів контролю здійснюється відповідно до законодавства та інших нормативно-правових актів (наприклад, інвентаризації, подвійний підпис на фінансових документах, правова та антикорупційна експертиза, контроль виконавської дисципліни тощо). Решта заходів контролю, залежно від обраних способів реагування на ризики, запроваджується керівниками структурних підрозділів установи самостійно або за рішенням керівника вищого рівня.

Заходи контролю визначаються в Плані заходів щодо управління ризиками (додаток 4).

Здійснення заходів контролю має бути підтверджено документально.

V. Інформація та комунікація (інформаційний та комунікаційний обмін)

5.1 Інформаційний та комунікаційний обмін – це система збору, документування, передачі інформації та користування нею, яка організовується для надання керівництву установи, можливостей належного (якісного) виконання і оцінювання функцій та завдань.

Ефективна система інформаційного та комунікаційного обміну передбачає надання повної, своєчасної та достовірної інформації:

керівництву установи всіх рівнів щодо виконання завдань і функцій, ідентифікації та оцінки ризиків, стану реалізації заходів контролю та моніторингу, впровадження їх результатів, впровадження рекомендацій за результатами внутрішніх аудитів та обов'язкових вимог за результатами контрольних заходів зовнішніх контролюючих органів, для прийняття ним відповідних управлінських рішень;

працівникам установи для належного забезпечення реалізації ними завдань та функцій, покладених на структурні підрозділи установи.

Для прийняття ефективних управлінських рішень інформація повинна відповідати таким критеріям: **належність** (чи є необхідною/доречною ця інформація?), **своєчасність** (чи потрібна зараз/в певний час ця інформація?), поточність (чи це остання за часом інформація, яка є доступною?), **точність** (чи правильна/точна ця інформація?), доступність (чи може ця інформація бути легко отримана відповідними сторонами?).

5.2 Систему інформаційного та комунікаційного обміну в установі формують:

порядки обміну інформацією, що містять процедури, форми, обсяги, терміни, перелік надавачів та отримувачів інформації;

вимоги до інформації фінансового і нефінансового характеру, збереження інформації графіки документообігу;

графіки складання і подання звітності;

схеми інформаційних потоків, комп'ютеризовані інформаційно-аналітичні системи тощо;

організація та забезпечення доступу до інформації;

загальні питання організації документообігу та роботи з документами;

порядки та графіки складання і подання звітності;

налагодження установою інформаційного та комунікаційного обміну із зовнішніми сторонами (міністерствами, центральними органами виконавчої влади, науковими установами споживачами послуг тощо), а також, оприлюднення інформації на веб-сайті про діяльність установи сприятиме ефективному виконанню завдань і функцій з метою досягнення мети та цілей установи.

Інформаційний та комунікаційний обмін із зовнішніми сторонами здійснюється відповідно до законодавства щодо розгляду звернень громадян, доступу до публічної інформації, інших нормативно-правових актів та з дотриманням законодавства щодо інформації з обмеженим доступом.

VI. Моніторинг

Заходи моніторингу – це діяльність, що здійснюється суб'єктами внутрішнього контролю з оцінки якості функціонування та відстеження результатів впровадження заходів контролю.

6.1 Моніторинг внутрішнього контролю в установі складається з постійного моніторингу та періодичної оцінки.

Постійний моніторинг здійснюється у ході щоденної/поточної діяльності установи та передбачає управлінські, наглядові та інші дії керівництва установи

всіх рівнів та працівників установи при виконанні ними своїх обов'язків з метою визначення та коригування відхилень у заходах контролю.

Моніторинг проводиться постійно та в режимі реального часу, що дозволяє швидко реагувати на зміни умов. Як наслідок, постійний моніторинг є більш ефективним, ніж періодичні оцінки, які здійснюються після того, як відбулася конкретна дія чи подія. Завдяки постійному моніторингу проблеми виявляються швидше, а їх небажані наслідки і вартість коригуючих заходів зазвичай є нижчими порівняно з тими, які виявляються під час періодичних оцінок.

Періодична оцінка передбачає проведення оцінки виконання окремих функцій, завдань на періодичній основі та здійснюються робочою групою, відповідальною особою за здійснення координації впровадження внутрішнього контролю в установі або у разі проведення внутрішнього аудиту здійснюються підрозділом внутрішнього аудиту для більш об'єктивного аналізу результативності системи внутрішнього контролю.

Під час періодичних оцінок системи внутрішнього контролю можуть бути визначені нові ризики, враховані зміни операційних цілей та пов'язаних видів діяльності, перевірені гіпотези щодо причин неефективності (недостатньої ефективності) системи внутрішнього контролю в цілому або її окремих елементів.

6.2 Координацію моніторингу внутрішнього контролю:
на обласному рівні здійснює голова облдержадміністрації;
на рівні установи – керівник установи;
на рівні структурних підрозділів установи – керівники цих підрозділів.

6.3 Контроль за виконанням Плану з заходів з управління ризиками здійснюється суб'єктами внутрішнього контролю, в межах їх повноважень та відповідальності.

Керівник апарату
обласної державної адміністрації **О.І.СТЕЦЕВИЧ**

Додаток 1
до Інструкції з організації
внутрішнього контролю в
облдержадміністрації

РЕКОМЕНДАЦІЇ
щодо складання адміністративних регламентів

І. Загальні положення

1.1 Ці Рекомендації визначають методику складання адміністративних регламентів в установі та є правилами, які регламентують порядок виконання суб'єктами внутрішнього контролю визначених законодавством функцій.

1.2 Адміністративні регламенти формуються окремо за кожною функцією і складаються з наступних розділів:

основні поняття;

блок-схема процесу;

короткий опис процесу.

Також, адміністративний регламент має містити «Технологічну карту» та "Список прийнятих скорочень".

ІІ. Основні поняття

2.1 У розділі "Основні поняття" адміністративних регламентів зазначаються підпункти "Визначення цілей", "Учасники процесу", "Нормативно-правові акти, які регламентують виконання процесу", "Документообіг", "Прикладне програмне забезпечення".

2.2 У підпункті регламенту "Визначення цілей" визначаються стратегічні цілі, які необхідно досягти за результатами реалізації відповідного процесу.

2.3 У підпункті адміністративного регламенту "Учасники процесу" зазначається перелік учасників, діяльність яких відноситься до процесу.

Учасники процесу можуть бути:

внутрішніми учасниками – суб'єкти внутрішнього контролю;

зовнішніми учасниками – органи державної влади, підприємства, установи та організації, з якими суб'єкти внутрішнього контролю взаємодіють з метою реалізації відповідного процесу.

2.4 У підпункті адміністративного регламенту "Нормативно-правові акти, які регламентують виконання процесу" у табличній формі наводиться перелік нормативно-правових актів, з урахуванням яких був розроблений адміністративний регламент, а саме:

№ з/п	Нормативно-правовий акт

2.5 У підпункті адміністративного регламенту "Документообіг" у табличній формі наводиться перелік документів, у тому числі електронних, які

складаються або опрацьовуються при виконанні відповідного процесу, та нормативно-правових актів, які регламентують їх форму і склад показників, а саме:

№ з/п	Документ	Нормативно-правовий акт	Посилання на положення (пункт, стаття) нормативно-правового акту

Перелік документів формується на підставі складених блок-схеми та технологічної карти відповідного процесу.

2.6 У підпункті адміністративного регламенту "Прикладне програмне забезпечення" у табличній формі зазначається перелік прикладного програмного забезпечення, яке застосовується при виконанні відповідного процесу, та опис автоматизованих операцій у рамках виконання такого процесу, а саме:

Найменування прикладного програмного забезпечення	Автоматизовані операції

Перелік автоматизованих операцій формується на підставі складених блок-схеми та технологічної карти відповідного процесу.

III. Блок-схема процесу

3.1 Метою формування блок-схеми процесу є графічне представлення послідовності виконання операцій та взаємозв'язків між різними учасниками відповідного процесу. У разі, якщо виконання функції забезпечується виконанням декількох процесів, відповідні блок-схеми формуються на кожний процес.

3.2 Блок-схема процесу складається відповідно до пункту 3 розділу III Рекомендацій щодо складання адміністративних регламентів і містить інформацію щодо:

операцій, з яких складається процес;

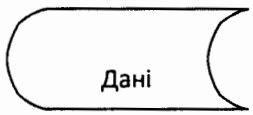
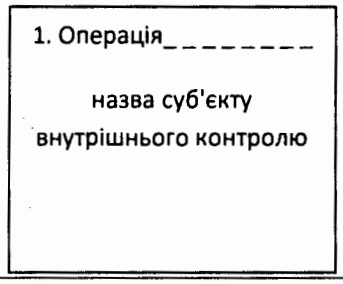
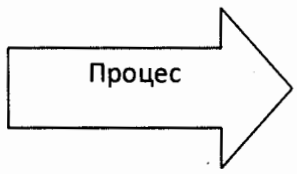
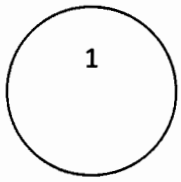
учасників процесу;

потоків документів між учасниками процесу;

послідовності виконання операцій шляхом зазначення їх порядкового номеру;

умов виконання операцій.

3.3 Список позначень, які використовуються при підготовці блок-схеми процесу:

Позначення	Опис позначення
	Документ на паперовому носії, який може бути вхідними даними або результатом виконання операції.
	Дані (документ) в електронному вигляді, які можуть бути вхідними даними або результатом виконання операції.
	Одночасне надання документа у паперовому та електронному вигляді.
	Виконувана операція: реалізація процесу здійснюється шляхом послідовного виконання операцій. Послідовність виконання операцій позначається цифрою і відповідає позначенню операцій у технологічній карті процесу. Операція виконується суб'єктами внутрішнього контролю.
	Умова виконання операції: послідовність виконання операцій може визначатись результатом виконання будь-якої іншої операції.
суб'єкт внутрішнього контролю/зовнішній учасник - - - - - - - - - - - - - -	Суб'єкти внутрішнього контролю або зовнішній учасник процесу, в залежності від того, ким виконується операція.
	Перехід від одного процесу до іншого.
	Точка розриву діаграми для перенесення на наступну сторінку.
----------	Пунктиром виділяються необов'язкові для виконання операції (операції, які виконуються у разі настання певних умов) та/або необов'язкові для надання документи.
	Послідовність виконання операцій.
	Послідовність виконання операцій. Застосовується у разі перетину з іншою стрілкою для позначення незалежної послідовності виконання операцій.

IV. Короткий опис процесу

4.1 У розділі “Короткий опис процесу” наводиться стисла інформація щодо процесу шляхом послідовного опису операцій із зазначенням посилань на їх номери у відповідній діаграмі, умов виконання, дій учасників процесу та результатів виконання процесу.

4.2 У разі, якщо виконання функції забезпечується виконанням декількох процесів, у цьому розділі наводиться стислий опис кожного процесу.

V. Технологічна карта

Технологічна карта формується в розрізі всіх операцій, з яких складається процес, за встановленою цим пунктом формою. У разі, якщо виконання функції забезпечується виконанням декількох процесів, технологічна карта складається за кожним процесом.

Технологічна карта

Функція: _____
(назва функції)

Процес: _____
(назва процесу)

№ з/п	Операція			Відповідальний виконавець		Вхідний документ				Вихідний документ				Прикладне програмне забезпечення
	Наймену-вання	умова виконання	строк викоиания	назва суб'єкту внутрішнього контролю	стислий опис виконуваної роботи	Наймену-вання документу	назва учасника процесу	формат документу		Наймену-вання документу	назва учасиика процесу	формат документу		
								паперовий	електронний			паперовий	електронний	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.														
2.														

2. Технологічна карта заповнюється з урахуванням наведених нижче вимог:

№ з/п	Назва стовпця	Порядок заповнення
1.	№ з/п	Зазначається порядковий номер операції (порядковий номер операції має відповідати номеру операції у блок-схемі процесу).
Операція		
2.	найменування	Зазначається найменування операції (найменування операції має відповідати найменуванню операції у блок-схемі процесу).
3.	умова виконання	Зазначається перелік умов виконання відповідної операції (наприклад, отримання від учасника процесу певного документу або отримання результату попередньо виконаних операцій).
4.	строк виконання	Зазначається граничний строк виконання операції або варіанти строків виконання у разі настання певних умов.
Відповідальний виконавець		
5.	назва суб'єкту внутрішнього контролю	Зазначається назва суб'єкту внутрішнього контролю, відповідального за виконання операції. У разі виконання операції декількома суб'єктами внутрішнього контролю, зазначається перелік таких суб'єктів з урахуванням послідовності виконання такої операції.
6.	стислий опис виконуваної роботи	Коротко викладається суть виконуваної суб'єктами внутрішнього контролю роботи.
Вхідний документ		
7.	найменування документу	Зазначається перелік вхідних по відношенню до операції документів.
8.	назва учасника процесу	Зазначається назва внутрішнього або зовнішнього учасника процесу від якого має надійти

		відповідний документ.
9.	формат документу: електронний, паперовий	Зазначається формат кожного вхідного по відношенню до операції документу: паперовий або електронний.
Вихідний документ		
10.	найменування документу	Зазначається перелік вихідних по відношенню до операції документів (результатів операції).
11.	назва учасника процесу	Зазначається назва внутрішнього або зовнішнього учасника процесу, якому передається відповідний документ (результат операції).
12.	формат документу: електронний, паперовий	Зазначається формат кожного вхідного по відношенню до операції документу: паперовий або електронний.
13.	Прикладне програмне забезпечення	Зазначається найменування прикладного програмного забезпечення, яке автоматизує виконання операції. У разі, якщо операція не автоматизована, зазначається «не автоматизована».

VI. Список прийнятих скорочень

Список прийнятих скорочень оформлюється у табличній формі та містить розшифровку використовуваних в адміністративному регламенті абревіатур і скорочень:

Абревіатура/скорочення	Розшифровка

Додаток 2
до Інструкції з організації
внутрішнього контролю в
облдержадміністрації

Матриця оцінки ризиків

	За впливом ризиків на спроможність суб'єктів внутрішнього контролю досягати постановлені цілі		За ймовірністю виникнення ризику		
ВПЛИВ	Критерій ризику	Числове значення	Низька ймовірність	Середня ймовірність	Висока ймовірність
			1	2	3
	Високий рівень впливу	3	3* (1 x 3)	6* (2 x 3)	9* (3 x 3)
	Середній рівень впливу	2	2* (1 x 2)	4* (2 x 2)	6* (3 x 2)
	Низький рівень впливу	1	1* (1 x 1)	2* (2 x 1)	3* (3 x 1)
	ЙМОВІРНІСТЬ				

* - сумарне числове значення (ЧЗ)

Додаток 3
до Інструкції з організації
внутрішнього контролю в
облдержадміністрації

Інформація про ідентифікацію та оцінку ризиків

проведена _____

(назва суб'єкту внутрішнього контролю)

Назва процесу*	**Зовнішні ризики**			**Внутрішні ризики**				
	Законодавчі	**Операційно-технологічні**	**Програмно-технічні**	**Законодавчі**	**Операційно-технологічні**	**Програмно-технічні**	**Кадрові**	**Фінансово-господарські**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
процес	Червона зона**							
	Назва ризику (ЧЗ)**	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)
	Жовта зона**							
	Назва ризику (ЧЗ)**	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)
	Зелена зона**							
	Назва ризику (ЧЗ)**	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)

.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
процес	Червона зона							
	Назва ризику (ЧЗ)**	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)
	Жовта зона							
	Назва ризику (ЧЗ)**	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)
	Зелена зона							
	Назва ризику (ЧЗ)**	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)

Керівник суб'єкту внутрішнього контролю _____ _____

(підпис) (прізвище, ініціали)

* - назва процесу, які відповідають відповідному адміністративному регламенту, складеному та затвердженому у відповідності до вимог додатку 1 до цих Рекомендацій;

** - віднесення ризиків до червоної, жовтої та зеленої зони здійснюється згідно з числовими значеннями (ЧЗ - сумарне числове значення) ризиків, що присвоєні ризикам згідно з Матрицею оцінки ризиків (додаток 2 до цих Рекомендацій).

Додаток 4
до Інструкції з організації
внутрішнього контролю в
облдержадміністрації

ЗАТВЕРДЖЕНО

_____
(Керівник установи)

_____ _____
(підпис) (прізвище, ініціали)

"_____" _____ **20 ___ року**

ПЛАН
заходів щодо управління ризиками на 20___ рік

Назва ризику	**Назва заходу контролю**	**Відповідальні виконавці**	**Термін виконання заходу**	Очікувані результати від впровадження заходів контролю (операційна ціль**)	**Заходи моніторингу** (стану впровадження з зазначенням конкретних результатів)
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Назва функції*					
Назва процесу*					
Назва ризику (ризиків)***					Назва заходу моніторингу****

Відповідальна особа за здійснення координації
впровадження внутрішнього контролю в установі _____
(підпис)

* - наводиться назва функції та процесу, в рамках яких запроваджуються заходи контролю для удосконалення внутрішнього контролю в установі;
** - визначаються за принципами, встановленими пунктом 1.5 Інструкції з організації внутрішнього контролю в установі;
*** - назва ризиків повинна відповідати назві, визначеній додатком 3 до цієї Інструкції;
**** - назва заходу моніторингу щодо стану впровадження результатів реалізації заходів контролю.

ЗАТВЕРДЖЕНО
Розпорядження обласної
державної адміністрації
від 05.04.2019 № 331-р

План впровадження внутрішнього контролю у системі обласної державної адміністрації на 2019 рік

№ п/п	Заходи	Виконавці	Терміни виконання
1.	Підготувати та затвердити Інструкцію з організації внутрішнього контролю в обласній державній адміністрації.	Юридичний відділ апарату ОДА, сектор внутрішнього аудиту апарату ОДА	квітень 2019
2.	Підготувати та провести семінар з питань впровадження внутрішнього контролю для керівників підрозділів апарату обласної державної адміністрації, керівників її самостійних структурних підрозділів, керівників апарату райдержадміністрацій.	Сектор внутрішнього аудиту апарату ОДА	квітень 2019
3.	Визначити відповідальних осіб (в структурних підрозділах ОДА, РДА та апараті ОДА та РДА (далі – установа)) за здійснення координації впровадження внутрішнього контролю в установі (далі – відповідальна особа за СВК в установі). Внести зміни у відповідні внутрішньо організаційно-розпорядчі документи (посадові інструкції) щодо закріплення виконання функцій з СВК в установах. В разі потреби в установі може створюватися робоча група з забезпечення ефективного впровадження та функціонування внутрішнього контролю (далі – робоча група установи).	Керівник апарату ОДА керівники структурних підрозділів ОДА, керівники апарату РДА	квітень 2019
4.	В підрозділах установи, при організації внутрішнього контролю керівники підрозділів визначають відповідального працівника за забезпечення: документування ризиків та способів реагування на них; впровадження на практиці ефективних способів реагування на ризики; перегляду на регулярній основі оцінки ризиків (далі – відповідальний працівник в структурному підрозділі)	Керівник апарату ОДА та РДА, керівники структурних підрозділів ОДА, Керівники підрозділів апарату та структурних підрозділів ОДА	квітень 2019

5.	Визначити стратегічні цілі по кожному процесу (функції) на відповідність меті установи.	Сектор внутрішнього аудиту апарату ОДА, керівники підрозділів апарату ОДА, керівники структурних підрозділів ОДА, керівники апарату РДА, робочі групи установ, відповідальна особа за СВК в установі, відповідальні працівники в підрозділах апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА	травень 2019
6.	Визначити операційні цілі на відповідність принципам: - *конкретності*, що полягає в чіткому визначенні кінцевого результату реалізації операційної цілі; - *вимірюваності*, що полягає у визначеності операційних цілей, виходячи з можливості здійснення оцінки їх досягнення за кількісними та якісними показниками; - *досяжності*, який передбачає визначення операційних цілей в межах наявних ресурсів (людських, фінансових матеріальних тощо); - *реалістичності*, що полягає у визначенні суб'єктами внутрішнього контролю лише тих операційних цілей, що знаходяться в межах їх повноважень та відповідальності; - *визначеності в часі*, що передбачає планування чітких термінів реалізації операційної цілі.	Робочі групи установ, відповідальна особа за СВК в установі, відповідальні працівники в підрозділах апарату ОДА, РДА та структурних підрозділів ОДА	травень 2019
7.	Здійснити інвентаризацію існуючих завдань, процесів (функцій), закріплених за установою в загальному та в розрізі кожного структурного підрозділу установи, що дасть змогу: - встановити відповідність існуючої організаційної структури установи меті діяльності установи та законодавчо визначеним завданням; - виявити завдання, процеси (функції), які дублюються між відділами для усунення дублювання в подальшому.	Керівники структурних підрозділів ОДА, керівники підрозділів апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА, робочі групи установ, відповідальна особа за СВК в установ, відповідальні працівники в підрозділах апарату та структурних підрозділів ОДА	травень 2019

8.	Проаналізувати внутрішньо-організаційні документи установи. Звірити закріплення усіх завдань, процесів (функцій) у внутрішніх регламентах (інструкціях, порядках тощо), з метою: а) повного відображення реально закріплених завдань, процесів (функцій), що практично виконуються в конкретному структурному підрозділі установи та конкретним працівником; б) і навпаки – виявлення завдань, процесів (функцій), які прописані у внутрішніх документах, але насправді не здійснюються, ні на рівні працівників, ні в загальному по структурному підрозділу.	Керівники структурних підрозділів ОДА, керівники підрозділів апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА, робочі групи установ, відповідальна особа за СВК в установі, відповідальні працівники в підрозділах апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА	травень 2019
9.	Здійснити розподіл обов'язків та встановити відповідальних виконавців (співвиконавців) за виконання завдань, процесів (функцій).	Керівники структурних підрозділів ОДА, керівники підрозділів апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА, робочі групи установ, відповідальна особа за СВК в установі, відповідальні працівники в підрозділах апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА	травень 2019
10.	Вибрати значущі процеси і функції по яких буде проводитися застосування СВК.	Керівники структурних підрозділів ОДА, керівники підрозділів апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА, робочі групи установ, відповідальна особа за СВК в установі, відповідальні працівники в підрозділах апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА	травень 2019
11.	Скласти адміністративні регламенти значущих процесів (функцій).	Керівники підрозділів апарату та структурних підрозділів ОДА, робочі групи установ, відповідальна особа за СВК в установі, відповідальні працівники в підрозділах апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА	червень 2019

12.	Скласти технологічні карти на кожну функцію (процес).	Керівники підрозділів апарату та структурних підрозділів ОДА, робочі групи установ, відповідальна особа за СВК в установі, відповідальні працівники в підрозділах апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА	червень 2019
13.	Скласти блок-схеми процесів за кожною функцією (процесом)	Керівники підрозділів апарату та структурних підрозділів ОДА, робочі групи установ, відповідальна особа за СВК в установі, відповідальні працівники в підрозділах апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА	червень 2019
14.	Визначити ризики, які впливають на досягнення мети та стратегічних цілей діяльності установи.	Керівники підрозділів апарату та структурних підрозділів ОДА, робочі групи установ, відповідальна особа за СВК в установі, відповідальні працівники в підрозділах апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА	червень 2019
15.	Здійснити оцінку ризиків по усім значущим функціям (процесам) в установі.	Керівники підрозділів апарату та структурних підрозділів ОДА, робочі групи установ, відповідальна особа за СВК в установі, відповідальні працівники в підрозділах апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА	червень 2019
16.	Визначити способи реагування на ризики в установі.	Керівники підрозділів апарату та структурних підрозділів ОДА, робочі групи установ, відповідальна особа за СВК в установі, відповідальні працівники в підрозділах апарату та	червень 2019

		структурних підрозділів ОДА та РДА	
17.	Задокументувати процес управління ризиками в установі. Підготувати Інформацію з ідентифікації та оцінки ризиків.	Керівники підрозділів апарату та структурних підрозділів ОДА, робочі групи установ, відповідальна особа за СВК в установі, відповідальні працівники в підрозділах апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА	червень 2019
18.	Підготувати та погодити проект Плану заходів з управління ризиками в установі	Керівники підрозділів апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА, робочі групи установ, відповідальна особа за СВК в установі, відповідальні працівники в підрозділах апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА	червень-липень 2019
19.	Затвердити План заходів з управління ризиками в установі керівником установи	Керівник апарату ОДА та РДА, керівники структурних підрозділів ОДА та РДА	червень-липень 2019
20.	Подати копії Інформації про ідентифікацію та оцінку ризиків в установі, затвердженого керівником установи Плану заходів щодо управління ризиками до підрозділу внутрішнього аудиту апарату облдержадміністрації.	Керівники підрозділів апарату та структурних підрозділів ОДА та РДА	до 15 липня 2019 року
21.	Узагальнення отриманої інформації, її аналіз та подання голові обласної державної адміністрації.	Сектор внутрішнього аудиту апарату ОДА	до 01 серпня 2019

Керівник апарату облдержадміністрації **О.І.Стецевич**