



ЖИТОМИРСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

РОЗПОРЯДЖЕННЯ

голови обласної державної адміністрації

18.11.2020

№ 621

Про затвердження Порядку організації та здійснення внутрішнього контролю в Житомирській обласній державній адміністрації, її структурних підрозділах, райдержадміністраціях, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери управління облдержадміністрації

Відповідно до положень статті 26 Бюджетного кодексу України, статей 6, 13, 16, 39, 41 Закону України «Про місцеві державні адміністрації», п. 4, 5 6, 7, 8, 9 Основних засад здійснення внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 12.12.2018 №1062, Методичних рекомендацій з організації внутрішнього контролю, затверджених наказом Міністерства фінансів України від 14.09.2012 №995, та з метою вжиття комплексу заходів для забезпечення дотримання законності та ефективності використання бюджетних коштів, досягнення результатів відповідно до встановленої мети, завдань, планів і вимог щодо діяльності облдержадміністрації, її структурних підрозділів, райдержадміністрацій, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери управління облдержадміністрації.

1. Затвердити Порядок організації та здійснення внутрішнього контролю в Житомирській обласній державній адміністрації, її структурних підрозділах, райдержадміністраціях, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери управління облдержадміністрації (далі - Порядок), що додається.

2. Головам райдержадміністрацій, керівникам структурних підрозділів, апарату облдержадміністрації, підприємств, установ, організацій, що належать до сфери управління облдержадміністрації, забезпечити організацію та здійснення внутрішнього контролю в очолюваних установах, згідно з цим Порядком.

3. Визначити, що Управління внутрішнього аудиту Житомирської обласної державної адміністрації надає допомогу структурним підрозділам облдержадміністрації у запровадженні внутрішнього контролю, управлінської підзвітності та діяльності з управління ризиками в облдержадміністрації шляхом здійснення роз'яснювальної роботи з організації внутрішнього контролю, запровадження принципів управлінської підзвітності та здійснення діяльності з управління ризиками (їх ідентифікації, оцінки, визначення способів реагування на ризики, формування заходів контролю з метою зменшення впливу ризиків для досягнення мети, цілей діяльності облдержадміністрації).

4. Контроль за виконанням розпорядження залишаю за собою.

Голова



Віталій БУНЕЧКО

ЗАТВЕРДЖЕНО

Розпорядження голови  
Житомирської обласної  
державної адміністрації

*18 листопада 2010р. № 621*

## ПОРЯДОК

**організації та здійснення внутрішнього контролю в Житомирській обласній державній адміністрації, її структурних підрозділах, райдержадміністраціях, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери управління облдержадміністрації**

### I. Загальні положення

1. Порядок організації та здійснення внутрішнього контролю в Житомирській обласній державній адміністрації, її структурних підрозділах, райдержадміністраціях, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери управління облдержадміністрації (далі – Порядок), розроблено з метою:

удосконалення функціонування внутрішнього контролю в апараті, структурних підрозділах облдержадміністрації, райдержадміністраціях, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери управління облдержадміністрації (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 розвитку 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 цього Порядку охоплює питання планування діяльності, матеріально-технічного, фінансового та інших видів забезпечення установи, питання управління матеріальними, інформаційними ресурсами та нематеріальними активами, персоналом, адміністративно-господарськими процесами тощо.

2. У Порядку наведені нижче терміни вживаються у такому значенні:

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

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

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

4) 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;

5) керівництво – голова облдержадміністрації, перший заступник та заступники голови облдержадміністрації, керівник апарату облдержадміністрації (його заступник), керівники структурних підрозділів облдержадміністрації (їх заступники), голови райдержадміністрацій, їх заступники та керівники апаратів і структурних підрозділів райдержадміністрацій (їх заступники), керівники (їх заступники) підприємств, установ і організацій, що належать до сфери управління облдержадміністрації;

6) 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;

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

8) процес – це завершена, з точки зору змісту, хронологічної і логічної черговості, послідовність операцій, необхідних для виконання визначених положенням функцій та завдань, покладених на установу зі створення економічно значущого об'єкта (надання бюджетної послуги);

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

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

11) суб'єкти внутрішнього контролю – облдержадміністрація, райдержадміністрації їх апарати та структурні підрозділи, допоміжні органи створені в них, керівники (їх заступники) та працівники адміністрацій, їх апаратів та структурних підрозділів, керівники (їх заступники) підприємств, установ і організацій, що належать до сфери управління облдержадміністрації, в межах своєї відповідальності;

12) функції – основні напрями діяльності суб'єкта внутрішнього контролю, в яких відображаються та конкретизуються її завдання, визначаються її 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.

3. Порядок розроблено 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.

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).

Для організації внутрішнього контролю можуть бути використані кращі міжнародні практики побудови системи внутрішнього контролю в межах, що не суперечать законодавству України, зокрема:

ДСТУ ISO 31000:2014 Менеджмент ризиків. Принципи та керівні вказівки, затверджений наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 30 грудня 2014 року № 1494;

рекомендований Європейською комісією Посібник зі стандартів внутрішнього контролю для державного сектору, розроблений Комітетом з внутрішнього контролю Міжнародної організації вищих контролюючих органів (INTOSAI);

інші акти законодавства України та міжнародних стандартів у цій сфері.

4. Система внутрішнього контролю – впроваджені керівником установи політика, правила і заходи, які забезпечують функціонування, взаємозв'язок та підтримку всіх елементів внутрішнього контролю і спрямовані на досягнення визначених мети (місії), стратегічних та інших цілей, завдань, планів і вимог щодо діяльності установи.

Внутрішній контроль (фінансове управління і контроль) слід розуміти не як окрему подію чи обставину, а як цілісний процес, який здійснюється керівництвом та працівниками установи.

Внутрішній контроль – це діяльність, що здійснюється суб'єктами внутрішнього контролю згідно з внутрішніми регламентами, запровадженими керівництвом 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, передаванням, зберіганням інформації) та забезпечення інформаційної безпеки.

5. Внутрішній контроль в установі будується на принципах:

1) безперервності – політики, правил та заходів, спрямованих на досягнення визначеної мети (місії), стратегічних та інших цілей діяльності установи, мінімізацію впливу ризиків, застосовуються постійно для своєчасного реагування на зміни, які стосуються діяльності установи;

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

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

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

5) методологічної єдності – єдність норм, правил та процедур при організації внутрішнього контролю, які дозволяють визначити якість та ефективність виконання суб'єктами внутрішнього контролю функцій, процесів та операцій, а також забезпечення максимального охоплення стандартизованими контрольними процедурами всіх аспектів їх діяльності;

6) відповідальності – керівництво та працівники установи несуть відповідальність за свої рішення, дії та виконання завдань у межах посадових обов'язків;

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

8) 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 про управління фінансовими та іншими ресурсами;

9) відкритості – запровадження механізмів зворотного зв'язку та забезпечення необхідного ступеня прозорості при проведенні оцінки системи внутрішнього контролю.

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

1) визначення мети (місії), стратегічних цілей, завдань, заходів та очікуваних результатів діяльності з урахуванням наявних ресурсів в плані діяльності установи на плановий та наступні за плановим два бюджетні періоди;

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

3) 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;

4) організації та ведення бухгалтерського обліку, складання та подання звітності;

5) надання адміністративних послуг;

6) здійснення контрольних функцій;

7) здійснення закупівель товарів, робіт і послуг;

8) управління об'єктами державної власності;

9) проведення правової роботи та роботи з персоналом;

10) проведення діяльності з протидії та запобігання корупції;

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

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

- 13) взаємодії із засобами масової інформації та громадськістю;
- 14) інших питань, пов'язаних з функціонуванням установи.

7. Внутрішній контроль здійснюється у процесі діяльності установи і поділяється на:

- 1) попередній контроль, що передуює прийняттю управлінського рішення чи здійсненню фінансово-господарської операції;
- 2) поточний контроль, що здійснюється в процесі виконання управлінського рішення чи проведення фінансово-господарської операції;
- 3) подальший контроль, що здійснюється після виконання управлінського рішення чи фінансово-господарської операції.

8. Організація та здійснення внутрішнього контролю в установі відбувається шляхом:

- 1) 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 й обміну інформацією в установі та здійснення моніторингу, тощо;
- 2) запровадження чітких систем (порядків) планування діяльності, контролю за їх виконанням та звітування про виконання планів, завдань і функцій, оцінки досягнутих результатів та, за необхідності, своєчасного коригування планів діяльності установи;
- 3) 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.

9. Структура внутрішнього контролю в установі складається з таких компонентів:

- внутрішнє середовище;
- управління ризиками;
- здійснення заходів контролю;
- здійснення інформаційного та комунікаційного обміну;
- здійснення моніторингу.



## II. Внутрішнє середовище

### 1. Загальні положення

Локальними документами установи повинні бути врегульовані такі питання щодо внутрішнього середовища:

встановлення мети (місії) 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;

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

### 2. Внутрішнє середовище

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 (місії), стратегічних та інших цілей, планів і вимог щодо діяльності установи.

Внутрішнє середовище (середовище контролю) є основою для всіх інших елементів внутрішнього контролю та містить такі аспекти:

1) 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 звітування кожного структурного підрозділу установи тощо.

2) Встановлені 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.

3) Рівень порядності, етичних цінностей: наявність в установі внутрішніх документів, що регулюють питання поведінки персоналу та етики взаємовідносин (Кодекс етики); відношення керівництва та персоналу до питань дотримання вимог таких документів; наявність 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.

4) Наявні в установі процедури внутрішнього контролю, зокрема: порядку/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.

5) 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.

6) Загальне відношення керівництва установи та персоналу до процесу управління ризиками: наявність в установі затверджених внутрішніх регламентів з питань визначення ризиків, способів управління ними, періодичності перегляду системи внутрішнього контролю та відповідно ризиків; а також періодичності ініціювання керівництвом процесу перегляду та управління ризиками і фактичний стан оновлення системи ризиків та заходів реагування на них.

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

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

### 3. Повноваження суб'єктів внутрішнього контролю

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

2) Заступники керівника установи у межах визначених повноважень організовують внутрішній контроль та забезпечують дотримання принципів, визначених пунктом 5 розділу I цього Порядку.

3) Установа та допоміжні органи створені в них, виконують відповідні функції, процеси та операції в межах повноважень та відповідальності, визначених положенням про установу, структурні підрозділи установи та допоміжні органи створені в них, затвердженими у встановленому порядку.

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

5) Для здійснення координації та узагальнення інформації щодо впровадження системи внутрішнього контролю та управління ризиками в установі призначається внутрішнім розпорядчим актом відповідальна посадова особа за організацію і здійснення внутрішнього контролю та координацію управління ризиками (далі – відповідальна особа в установі), а також утворюється робоча група (далі – робоча група).

6) До обов'язків відповідальної особи в установі входить:

- 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;

забезпечення організації процесу управління ризиками їх аналіз на основі експертних висновків суб'єктів внутрішнього контролю, зібраних та систематизованих робочою групою;

здійснення координації роботи з розробки нових або внесення змін до діючих адміністративних регламентів;

формування та подання на затвердження керівнику установи Плану заходів щодо управління ризиками;

7) Склад робочої групи, завдання, повноваження та терміни звітування про результати її роботи затверджуються розпорядчим актом керівника установи.

Робоча група повинна складатися щонайменше з 3-х членів в залежності від структури установи. До складу робочої групи в обов'язковому порядку входять посадова особа відповідальна за організацію і здійснення внутрішнього контролю та координацію управління ризиками, уповноважена особа з питань

запобігання та протидії корупції, або юрисконсульт, чи особа з вищою юридичною освітою, та бухгалтер.

#### **4. Організаційні та функціональні засади внутрішнього середовища**

1) 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.

2) 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 повинні постійно переглядатися та доопрацьовуватися відповідними підрозділами/працівниками установи з урахуванням зовнішніх та внутрішніх змін, що впливають на середовище контролю.

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

Затвержені 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.

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

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 15 робочих днів 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;

у разі надходження нормативно-правових актів законодавства інших органів державної влади суб'єкти внутрішнього контролю, які згідно з резолюцією керівництва визначені відповідальними виконавцями вказаних документів, протягом 15 робочих днів з дня їх отримання самостійно

приймають рішення щодо необхідності розробки нових та/або внесення змін до діючих адміністративних регламентів;

2) затвердження у встановленому порядку Плану заходів щодо управління ризиками, що передбачає розробку нових та/або внесення змін до діючих адміністративних регламентів. У цьому випадку суб'єкти внутрішнього контролю, до повноважень яких відноситься виконання заходів контролю, у терміни, визначені відповідним планом, розробляють нові та/або вносять зміни до діючих адміністративних регламентів та надають на розгляд відповідальній особі в установі та робочій групі.

3) 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 15 робочих днів з дня його введення у експлуатацію, розробляють та надають на розгляд відповідальній особі в установі та робочій групі нові або з внесеними змінами діючі адміністративні регламенти.

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

## **5. Визначення цілей**

1) У межах законодавчо встановлених завдань та наданих повноважень, суб'єкти внутрішнього контролю визначають:

- мету (місію) діяльності;
- стратегічні цілі;
- операційні цілі (завдання);
- функції;
- операції.

2) Мета (місія) діяльності установи визначає його основне призначення. Визначення мети (місії) має бути стислим, охоплювати сукупність цілей та легко сприйматися.

3) Стратегічні цілі визначаються відповідно до мети (місії) установи.

Стратегічні цілі – це кінцеві (очікувані) результати розвитку сфери діяльності, на досягнення яких спрямована робота установи. Кількість стратегічних цілей, як правило, становить не більше п'яти. Стратегічні цілі – це цілі, встановлені адміністративними регламентами, яких необхідно досягти за результатами реалізації відповідного процесу.

4) Операційні цілі (завдання) – конкретні, обмежені у часі і вимірювальні показники і спрямовані на досягнення відповідної стратегічної цілі. Це цілі, які щороку 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.

5) Встановлення мети та стратегічних цілей установою здійснюється відповідно до Методичних рекомендацій щодо розроблення планів діяльності головних розпорядників бюджетних коштів (за бюджетними призначеннями, визначеними законом про Державний бюджет України на відповідний бюджетний період) на плановий та два бюджетні періоди, що настають за плановим, затверджених наказом Міністерства екопомічного розвитку і торгівлі України від 25 липня 2012 року № 869.

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

### **III. Управління ризиками**

#### **1. Ідентифікація ризиків**

1) Ідентифікація ризиків – це діяльність суб'єктів внутрішнього контролю з визначення та опису ймовірних подій, які негативно впливатимуть на їх здатність виконувати відповідні процеси.

2) Ідентифікація ризиків полягає у визначенні ймовірних подій, які матимуть негативний вплив на здатність установи виконувати визначені актами законодавства та внутрішніми організаційно-розпорядчими документами завдання і функції для досягнення мети та стратегічних цілей.

3) 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.

4) 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.

5) 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.

б) Ідентифікація ризиків передбачає:

Визначення та класифікацію ризиків за категоріями і видами.

За категоріями ризику 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.

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

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

операційно-технологічні ризику – це ризику, 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 ризику – це ризику, 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, недотриманням взятих на себе зобов'язань, втраченою репутацією керівників та/чи працівників установи, недотриманням етичних норм у відносинах із зовнішнім середовищем тощо.

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 донизу») та на рівні конкретних операцій/ділянки роботи (метод «знизу догори»).

Визначення ризиків на рівні усієї установи (метод «згори донизу») здійснюється створеною за рішенням керівника установи робочою групою, 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.

Для формування переліку ризиків, згрупованих за категоріями та за видами, можна застосовувати метод «мозкового штурму». При його застосуванні забезпечується всебічний підхід до аналізу середовища з урахуванням думки якомога більшої кількості учасників обговорення.

В установі можливе застосування усіх методів.

## 2. Оцінка ризиків

1) Оцінка ризиків – це визначення ступеню ризиків на основі експертних 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 цього Порядку.

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

3) 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.

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

5) За впливом ризику оцінюються за критеріями:

низького рівня впливу - це ризики, вплив яких є мінімальний та/або невеликої тяжкості на досягнення суб'єктами внутрішнього контролю 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 впливу - це ризики, вплив яких є середньої тяжкості на досягнення суб'єктами внутрішнього контролю 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 - це ризики, вплив яких є тяжким та/або особливо тяжким на досягнення суб'єктами внутрішнього контролю 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 функцій та інші.

6) 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. Балансом має бути концентрація уваги на ризиках з високою ймовірністю і високим рівнем впливу у системі установи. Кінцевим

результатом стане визначення для кожного ризику числового значення ймовірності і рівня впливу.

7) 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 понередження 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. Способи реагування на ризики (управління ними)**

1) 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;

розроблення суб'єктами внутрішнього контролю пропозицій до Плану заходів щодо управління ризиками. Враховуючи результати оцінки ризиків, керівництво установи приймає рішення, в якій формі реагувати на ризики.

2) Визначення способів реагування на ідентифіковані та оцінені ризики полягає у прийнятті рішення керівництвом установи щодо зменшення, прийняття, розділення чи уникнення ризику.

Зменшення ризику означає вжиття заходів, які сприяють у зменшенні або у повному усуненні 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 призупинення (припинення) діяльності (функції, процесу, операції), що призводить до підвищення ризику (вирішення питання доцільності нового методу надання послуг, питання продовження певного проєкту).

3) Рішення щодо реагування на ризики приймаються разом із визначенням допустимого рівня ризику, який установа може прийняти, не вживаючи заходів

контролю. Визначення допустимого рівня ризику є суб'єктивним процесом, однак залишається важливим аспектом управління ризиками.

4) При прийнятті рішення щодо способів реагування на ризик керівництво має звертати 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.

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

6) 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.

7) Процес управління ризиками має вертикальну структуру та здійснюється з урахуванням такого 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.

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

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

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

9) Керівники структурних підрозділів установи складають та подають до 10 жовтня робочій групі та відповідальній особі за здійснення координації впровадження внутрішнього контролю в установі інформацію з ідентифікації та оцінки ризиків за формою, наведеною у додатку 3, а також, до 10 жовтня надають робочій групі та відповідальній особі за здійснення координації впровадження внутрішнього контролю в установі пропозиції до Плану з реалізації заходів щодо управління ризиками за формою, наведеною у додатку 4.

10) Робоча група та відповідальна особа в установі переглядають отриману інформацію і, в разі потреби, надають власну оцінку поданих ризиків відповідно до Матриці оцінки ризиків та здійснюють коригування наданих пропозицій до Плану заходів щодо управління ризиками перед затвердженням керівником установи.

Після того як робочою групою та відповідальною особою в установі сформовано План заходів щодо управління ризиками, він погоджується з відповідними суб'єктами внутрішнього контролю та подається на затвердження керівнику установи до 15 жовтня щороку.

#### IV. Заходи контролю

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 (місії), стратегічних та інших цілей, завдань, планів і вимог щодо діяльності установи.

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:

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

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

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);

забезпечення захисту інформаційних, телекомунікаційних та інформаційно-телекомунікаційних систем;

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

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);

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;

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

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.

3. 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.

4. 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)**

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.

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

1) 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;

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

3. 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?).

4. Систему інформаційного та комунікаційного обміну в установі формують:

1) 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;

2) організація та забезпечення доступу до інформації;

3) загальні питання організації документообігу та роботи з документами;

4) порядки та графіки складання і подання звітності;

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

5. 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

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

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

3. 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.

4. 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.

5. 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 Управлінням внутрішнього аудиту Житомирської облдержадміністрації для більш об'єктивного аналізу результативності системи внутрішнього контролю.

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

7. Координацію моніторингу внутрішнього контролю:

на рівні області – голова облдержадміністрації;

на рівні установи – керівник установи;

на рівні підприємства, установи та організації, що належать до сфери управління облдержадміністрації – керівник структурного підрозділу облдержадміністрації, як орган управління.

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

Начальник Управління внутрішнього аудиту  
Житомирської обласної державної адміністрації



Сергій КОЗЯР

**ЗМІСТ**

<b>I. Загальні положення</b>	<b>1</b>
<b>II. Внутрішнє середовище</b>	<b>7</b>
1. Загальні положення	7
2. Внутрішнє середовище	7
3. Повноваження суб'єктів внутрішнього контролю	9
4. Організаційні та функціональні засади внутрішнього середовища	10
5. Визначення цілей	11
<b>III. Управління ризиками</b>	<b>12</b>
1. Ідентифікація ризиків	12
2. Оцінка ризиків	14
3. Способи реагування на ризики (управління ними)	16
<b>IV. Заходи контролю</b>	<b>18</b>
<b>V. Інформація та комунікація (інформаційний та комунікаційний обмін)</b>	<b>19</b>
<b>VI. Моніторинг</b>	<b>20</b>
<b>Зміст</b>	<b>22</b>



## Додаток 1

до Порядку організації та здійснення внутрішнього контролю в Житомирській обласній державній адміністрації, її структурних підрозділах, райдержадміністраціях, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери управління облдержадміністрації (підпункт 4.2 пункту 4 розділу II)

# РЕКОМЕНДАЦІЇ щодо складання адміністративних регламентів

## I. Загальні положення

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

2. Адміністративні регламенти формуються окремо за кожною функцією і складаються з таких розділів:

основні поняття;

блок-схема процесу;

короткий опис процесу.

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

## II. Основні поняття

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. У підпункті адміністративного регламенту «Визначення цілей» визначаються стратегічні цілі, які необхідно досягти за результатами реалізації відповідного процесу.

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.

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

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 нормативно-правового акта

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

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.




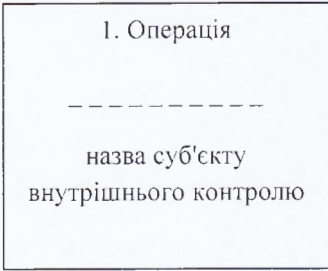
### III. Блок-схема процесу


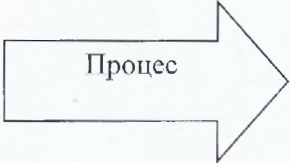
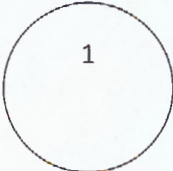


1. Метою формування блок-схеми процесу є графічне представлення послідовності виконання операцій та взаємозв'язків між різними учасниками відповідного процесу. У разі, якщо виконання функції забезпечується виконанням декількох процесів, відповідні блок-схеми формуються на кожний процес.

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. 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 визначатися результатом виконання будь-якої іншої операції
<p>суб'єкт внутрішнього контролю/зовнішній учасник</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	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
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	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

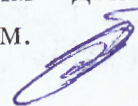
#### IV. Короткий опис процесу

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.

2. У разі, якщо здійснення функцій забезпечується виконанням декількома процесами, у цьому розділі наводиться стислий опис кожного процесу.

#### V. Технологічна карта

1. Технологічна карта формується в розрізі всіх операцій, з яких складається процес, за встановленою формою (додається). У разі, якщо здійснення функцій забезпечується виконанням декількома процесами, технологічна карта складається за кожним процесом.

 / Кожар С.П.



## 2. Технологічна карта зановноється 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 документа 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'єкта внутрішнього контролю	Зазначається назва суб'єкта 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 документа	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 документа: електронний, паперовий	Зазначається формат кожного вхідного по відношенню до операції документа: паперовий або електронний
Вихідний документ		
10.	Найменування документа	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 документа: електронний, паперовий	Зазначається формат кожного вхідного по відношенню до операції документа: 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

 / Козар С.П.

Додаток 2

до Порядку організації та здійснення внутрішнього контролю в Житомирській обласній державній адміністрації, її структурних підрозділах, райдержадміністраціях, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери управління облдержадміністрації (підпункт 3.8 пункту 3 розділу III)

Матриця оцінки ризиків

В П Л И В	Критерій ризику	Числове значення	За ймовірністю виникнення ризику		
			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)
	Й М О В І Р Н І С Т Ь				

\* - сумарне числове значення (ЧЗ)





.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
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)	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)	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)	Назва ризику (ЧЗ)	Назва ризику (ЧЗ)
Процес									


Керівник суб'єкта внутрішнього контролю \_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали)

\* - назва процесу, які відповідають відповідному адміністративному регламенту, складеному та затвердженому у відповідності з вимогами додатка 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).

 / Козуб С.А.

Додаток 4

до Порядку організації та здійснення внутрішнього контролю в Житомирській обласній державній адміністрації, її структурних підрозділах, райдержадміністраціях, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери управління облдержадміністрації (підпункт 3.6 пункту 3 розділу III)

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 (стан впровадження із 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 5 розділу I цього Порядку;

\*\*\* - назва ризиків повинна відповідати назві, визначеній додатком 3 до цього Порядку;

\*\*\*\* - назва заходу моніторингу щодо стану впровадження результатів реалізації заходів контролю.

 / Козар (С.П.)