ЛУБЕНСЬКА МІСЬКА РАДА
ЛУБЕНСЬКОГО РАЙОНУ
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ

РІШЕННЯ

28 квітня 2021 року № 76

Про затвердження Порядку організації системи внутрішнього контролю та управління ризиками у виконавчих органах Лубенської міської ради Лубенського району Полтавської області, підприємствах, установах та організаціях комунальної форми власності

Відповідно до статті 26 Бюджетного кодексу України, Основних засад здійснення внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 12.12.2018 № 1062 (зі змінами), Методичних рекомендацій з організації внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів у своїх закладах та у підвідомчих бюджетних установах, затверджених наказом Міністерства фінансів України від 14.09.2012 № 995 (зі змінами), Посібника зі стандартів внутрішнього контролю для державного сектору, розробленого Комітетом з внутрішнього контролю Міжнародної організації вищих контролюючих органів (INTOSAI), Концептуальних основ управління ризиками організацій (ERM COSO) та рішення Національного агентства з питань запобігання корупції від 02.12.2016 № 126 «Про затвердження Методології оцінювання корупційних ризиків у діяльності органів влади»,

виконавчий комітет Лубенської міської ради
вирішив:

1. Затвердити Порядок організації системи внутрішнього контролю та управління ризиками у виконавчих органах Лубенської міської ради Лубенського району Полтавської області, підприємствах, установах та організаціях комунальної форми власності (додається).

2. Структурним підрозділам виконавчого комітету Лубенської міської ради (юридичним особам публічного права та без права юридичної особи), комунальним підприємствам (в т.ч. не комерційним), установам, організаціям та закладам комунальної форми власності, засновником яких є Лубенська

міська рада, в процесі діяльності застосовувати систему внутрішнього контролю відповідно до вимог Порядку організації системи внутрішнього контролю та управління ризиками у виконавчих органах Лубенської міської ради Лубенського району Полтавської області, підприємствах, установах та організаціях комунальної форми власності.

3. Координацію забезпечення організації системи внутрішнього контролю і управління ризиками та контроль за виконанням цього рішення покласти на керуючого справами виконавчого комітету Білокінь Ю.М.

Лубенський міський голова Олександр ГРИЦАЄНКО

Додаток до рішення виконавчого
комітету Лубенської міської ради
Лубенського району Полтавської
області від 28.04.2021 року № 76

ПОРЯДОК ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ВНУТРІШНЬОГО КОНТРОЛЮ ТА УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ У ВИКОНАВЧИХ ОРГАНАХ ЛУБЕНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЛУБЕНСЬКОГО РАЙОНУ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ, ПІДПРИЄМСТВАХ, УСТАНОВАХ ТА ОРГАНІЗАЦІЯХ КОМУНАЛЬНОЇ ФОРМИ ВЛАСНОСТІ

І. Загальні положення

1.1. Цей Порядок організації системи внутрішнього контролю та управління ризиками у виконавчих органах Лубенської міської ради Лубенського району Полтавської області, підприємствах, установах та організаціях комунальної форми власності (далі – Порядок) розроблено відповідно до статті 26 Бюджетного кодексу України, Основних засад здійснення внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 12.12.2018 № 1062 (зі змінами), Методичних рекомендацій з організації внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів у своїх закладах та у підвідомчих бюджетних установах, затверджених наказом Міністерства фінансів України від 14.09.2012 № 995 (зі змінами), Посібника зі стандартів внутрішнього контролю для державного сектору, розробленого Комітетом з внутрішнього контролю Міжнародної організації вищих контролюючих органів (INTOSAI), Концептуальних основ управління ризиками організацій (ERM COSO) та рішення Національного агентства з питань запобігання корупції від 02.12.2016 № 126 «Про затвердження Методології оцінювання корупційних ризиків у діяльності органів влади».

1.2. Даний Порядок розроблено для застосування у виконавчих органах Лубенської міської ради Лубенського району Полтавської області, підприємствах, установах, закладах та організаціях комунальної форми власності (юридичних осіб публічного права та без права юридичної особи), засновником яких є Лубенська міська рада.

1.3. Внутрішній контроль ґрунтується на принципах:

безперервності - політики, правила та заходи, спрямовані на досягнення визначеної мети (місії), стратегічних та інших цілей, завдань, планів і вимог щодо діяльності установи, мінімізацію впливу ризиків, застосовуються постійно для своєчасного реагування на зміни, які стосуються діяльності установи;

об’єктивності - прийняття управлінських рішень на підставі 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 працівників установи, надання їм відповідних прав та ресурсів, необхідних для виконання посадових обов'язків;

відповідальності - керівництво та працівники установи несуть відповідальність за свої рішення, дії та виконання завдань у рамках посадових обов'язків;

превентивності - своєчасне здійснення заходів контролю для запобігання виникненню відхилень від установлених 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 про управління фінансовими та іншими ресурсами;

відкритості - запровадження механізмів зворотного зв'язку та забезпечення необхідного ступеня прозорості під час проведення оцінки системи внутрішнього контролю.

1.4. У цьому Порядку наведені нижче терміни та поняття вживаються у такому значенні:

Вище керівництво:

- для Організацій - відокремлених (самостійних) структурних підрозділів з правом юридичної особи публічного права виконавчого комітету міської ради (в т.ч. головних розпорядників коштів), комунальних (в т.ч. не комерційних) підприємств: *Лубенський міський голова, перший заступник міського голови, заступники міського голови згідно з розподілом обов'язків; секретар міської ради;*

- для структурних підрозділів (відділи, сектори, тощо) виконавчого комітету без права юридичної особи публічного права виконавчого комітету міської ради: *Лубенський міський голова, перший заступник міського голови, заступники міського голови згідно з розподілом обов'язків, секретар міської ради;*

- для установ та закладів (в т.ч. освітніх, комунальних, тощо), що підпорядковані відокремленим структурним підрозділам виконавчого комітету міської ради, структурних підрозділів у складі комунальних підприємств та закладів (в т.ч. не комерційних): *керівництво відповідних органів управління (головних розпорядників, тощо), підприємств.*

Власник процесів – особа, яка наділена відповідними повноваженнями та має у своєму розпорядженні ресурси (кадрові, фінансові, технічні тощо), планує, управляє ходом процесу, несе відповідальність за його результат і ефективність, забезпечує взаємодію всіх учасників процесу. Здебільшого, це *Керівники* - начальники управлінь (за наявності), відділів, директори підприємств, тощо безпосередньо підпорядковані міському голові. Власники

процесів визначаються Матрицею відповідальності, наведеною в додатку 2 до цього Порядку.

Властивий ризик – це вірогідність настання ризику з припущенням, що до нього не застосовувалися заходи внутрішнього контролю Організації. Властивий ризик притаманний кожній Організації та полягає в тому, що в результаті її діяльності можуть бути допущені помилки та невідповідності.

Внутрішні зацікавлені сторони – це учасники системи внутрішнього контролю (далі – СВК), які безпосередньо задіяні в процесах та мають безпосередній вплив на події та процеси Організації.

Внутрішній аудитор – це структурний підрозділ внутрішнього аудиту, що згідно з розпорядженням міського голови у відповідності до затвердженого рішенням виконавчого комітету Лубенської міської ради порядку, здійснює аудит ефективності СВК.

Внутрішній контроль – комплекс заходів, що застосовуються Керівником та персоналом Організації на постійній основі для забезпечення дотримання законності та ефективності управління та використання фінансових ресурсів (в тому числі бюджетних коштів), об'єктів комунальної власності територіальної громади та інших активів, достовірності фінансової звітності, досягнення результатів відповідно до встановленої мети, завдань, планів і вимог щодо діяльності Організації, а також підприємств, установ та організацій, що належать до сфери її управління.

Залишковий ризик – це ризик, що залишається від властивого ризику після впровадження Організацією заходів контролю. Фактично завжди існує деякий рівень залишкового ризику.

Заходи контролю – сукупність запроваджених в установі управлінських дій, які здійснюються Керівником та працівниками Організації для впливу на ризики з метою досягнення Організацією визначених мети (місії), стратегічних та інших цілей, завдань, планів і вимог щодо діяльності Організації.

Зовнішні зацікавлені сторони – це суб'єкти, в інтересах яких функціонує Організація, суб'єкти, від яких безпосередньо чи опосередковано залежна Організація під час здійснення своєї діяльності, а також суб'єкти вертикального підпорядкування та горизонтальних взаємовідносин тощо. До зовнішніх зацікавлених сторін відносяться, наприклад, органи державної та місцевої влади, підприємства, установи та організації, що належать до сфери управління Організації, інші підприємства, установи та організації, що належать до комунальної власності територіальної громади, громадські організації, засоби масової інформації, постачальники товарів, робіт, послуг тощо.

ІАС СВК – Інформаційно-аналітична система «Система внутрішнього контролю».

Комісія з оцінки ризиків – дорадчий орган, що створюється Керівником Організації для забезпечення процесу управління ризиками.

Координатор – уповноважена особа, визначена розпорядженням Лубенського міського голови або рішенням виконавчого комітету міської

ради (як правило - керуючий справами виконавчого комітету), діяльність якої спрямована на забезпечення організації СВК та управління ризиками в Організаціях та їх структурних підрозділах, виконавчому комітеті, підприємствах, установах та організаціях Лубенської міської ради на достатньому рівні ефективності, та дотримання ними вимог цього Порядку.

Корупційний ризик (корупційна складова ризику) – ймовірність того, що відбудеться подія корупційного правопорушення чи правопорушення, пов'язаного з корупцією, яка негативно вплине на досягнення визначених цілей та завдань Організації.

Моніторинг – відстеження стану організації та функціонування системи внутрішнього контролю в цілому та/або окремих його елементів.

Операції – окремі частини процесу, які здійснюються учасниками СВК у визначеній послідовності при його виконанні.

Організація – самостійні структурні підрозділи виконавчого комітету (юридичні особи публічного права), комунальні підприємства (в т.ч. не комерційні), установи чи організації комунальної форми власності, засновником яких є Лубенська міська рада.

Порядок – порядок організації системи внутрішнього контролю та управління ризиками у виконавчому комітеті Лубенської міської ради, її структурних підрозділах (юридичні особи публічного права та без права юридичної особи), комунальних підприємствах (в т.ч. не комерційних), установах, організаціях та закладах комунальної форми власності, засновником яких є Лубенська міська рада.

Політика – комплекс заходів стосовно визначеної діяльності з єдиними підходами, визначеними нормативно-правовими та іншими розпорядчими документами.

Процес – сукупність взаємопов'язаних операцій, яка забезпечує виконання відповідної функції Організації та досягнення визначених цілей.

Регламент процесу – це документ, що описує послідовність здійснення операцій, визначає учасників процесу та порядок їх взаємодії, відповідальність, і порядок ухвалення рішення, а також межу процесу (вхід та вихід).

Ризик – це можливість настання події, яка в разі виникнення матиме вплив на здатність Організації виконувати її завдання, досягати визначеної мети та цілей діяльності Організації, матиме позитивний або негативний вплив на репутацію Організації, призведе до доходів або збитків.

Ризик-апетит (схильність до ризику) – величина ризику, який Організація готова прийняти перш ніж вжити відповідні заходи.

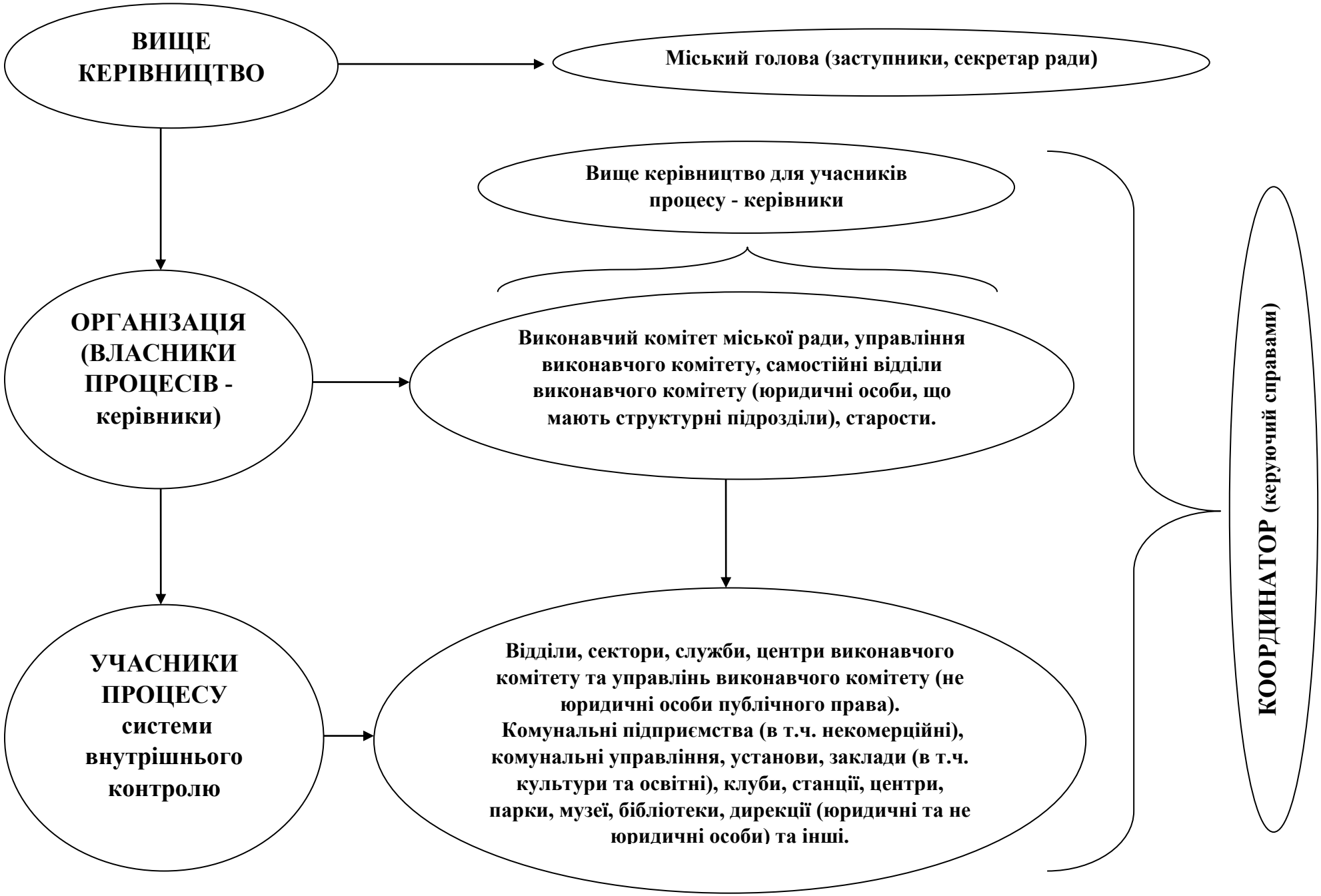
Сервіс АСКОД Онлайн - продукт інтегрований з системою електронного документообігу АСКОД, який забезпечує юридично значущий електронний документообіг з контрагентами та іншими зовнішніми суб'єктами. Призначений для автоматизації процесів документообігу між юридичними та фізичними особами та передбачає ознайомлення, погодження, підписання, надсилання, отримання та зберігання документів у хмарному середовищі.

Система внутрішнього контролю (СВК) – впроваджені Керівником Організації політики, 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.
Уповноважений з питань внутрішнього контролю – працівник, якого визначено Керівником Організації відповідальним за координацію заходів, які забезпечують функціонування СВК Організації, та має достатні повноваження для виконання своїх функцій і обов'язків стосовно СВК. Діяльність Уповноваженого з питань внутрішнього контролю спрямована на забезпечення організації СВК та управління ризиками в Організації на достатньому рівні ефективності, дотримання вимог цього Порядку та комунікацію з іншими учасниками СВК Організації. У разі, якщо Керівником не визначено відповідальну за координацію заходів особу, уповноваженою особою з питань внутрішнього контролю автоматично вважається сам Керівник.
Учасники СВК: Вище керівництво; Власники процесів; Внутрішній аудитор; Інші співробітники Організації; Керівник Організації; Комісія з оцінки ризиків; Уповноважений з питань внутрішнього контролю.
Учасники процесу – суб'єкти (в т.ч. без права юридичної особи), діяльність яких відноситься до процесу або які є замовниками процесу.
Функція (функція Організації) – основний вид діяльності Організації спрямований на виконання завдань та досягнення мети відповідно до статутних та інших розпорядчих документів.

1.5. Даний Порядок застосовується з метою уніфікації підходів та заходів з організації СВК та управління ризиками у Лубенській територіальній громаді, а також визначення базового рівня вимог щодо організації СВК та управління ризиками для Організацій.

1.6. Система внутрішнього контролю та управління ризиками допомагає Керівництву Організації в досягненні завдань, показників ефективності, а також в запобіганні неефективного використання ресурсів. Процес управління ризиками дозволяє: забезпечити відповідність процесу складання фінансової та бюджетної звітності, достовірність та прозорість такої звітності, забезпечити дотримання законодавчих та нормативних актів, уникнути заподіяння шкоди репутації Організації та пов'язаних з цим наслідків. Таким чином, процес управління ризиками сприяє досягненню Керівництвом Організації своїх цілей і при цьому запобігає виникненню або зменшує вплив помилок та невизначеності.

1.7. Схема системи внутрішнього контролю Лубенської міської ради:


ВИЩЕ КЕРІВНИЦТВО
Міський голова (заступники, секретар ради)
Вище керівництво для учасників процесу - керівники
ОРГАНІЗАЦІЯ (ВЛАСНИКИ ПРОЦЕСІВ - керівники)
Виконавчий комітет міської ради, управління виконавчого комітету, самостійні відділи виконавчого комітету (юридичні особи, що мають структурні підрозділи), старости.
УЧАСНИКИ ПРОЦЕСУ системи внутрішнього контролю
Відділи, сектори, служби, центри виконавчого комітету та управлінь виконавчого комітету (не юридичні особи публічного права).
Комунальні підприємства (в т.ч. некомерційні), комунальні управління, установи, заклади (в т.ч. культури та освітні), клуби, станції, центри, парки, музеї, бібліотеки, дирекції (юридичні та не юридичні особи) та інші.
КООРДИНАТОР (керуючий справами)

ІІ. Структура внутрішнього контролю

2.1. Система внутрішнього контролю в Організації складається з таких елементів:

2.1.1. *Внутрішнє середовище* – це існуючі в Організації процеси, операції, регламенти, структури та розподіл повноважень щодо їх виконання, правила, принципи управління людськими ресурсами, спрямовані на забезпечення виконання Організацією завдань і функцій та досягнення встановлених мети (місії), стратегічних та інших цілей, планів і вимог щодо діяльності Організації.

2.1.2. *Управління ризиками* – діяльність Вищого керівництва, Керівника та працівників Організації з визначення цілей, ідентифікації ризиків, проведення їх оцінки, визначення способів реагування на ідентифіковані та оцінені ризики, здійснення перегляду ідентифікованих та оцінених ризиків для виявлення нових та таких, що зазнали змін.

2.1.3. *Заходи контролю* – сукупність запроваджених в Організації управлінських дій, які здійснюються Керівником та працівниками Організації для впливу на ризики з метою досягнення установою визначених мети (місії), стратегічних та інших цілей, завдань, планів і вимог щодо діяльності установи.

2.1.4. *Інформація та комунікація (інформаційний та комунікаційний обмін)* – створення інформації, здійснення її збору, документування, проведення аналізу, передача інформації та користування нею Вищим керівництвом, Керівником і працівниками Організації для виконання і оцінювання результатів виконання завдань та функцій.

2.1.5. *Моніторинг* – відстеження стану організації та функціонування системи внутрішнього контролю в цілому та/або окремих його елементів.

2.2. Елементи внутрішнього контролю взаємопов’язані, стосуються всієї діяльності та фінансових і не фінансових процесів в Організації. Керівник Організації забезпечує належне функціонування та зв’язок усіх елементів внутрішнього контролю.

ІІІ. Внутрішнє середовище

3.1. Внутрішнє середовище визначає сприйняття внутрішнього контролю співробітниками Організації.

Внутрішнє середовище є основою для всіх інших компонентів системи внутрішнього контролю, визначаючи їх характер та структуру.

3.2. Внутрішнє середовище включає наступні елементи: *політика управління ризиками; ризик-апетит; порядність та етичні цінності; компетенція працівників організації; організаційна структура; делегування повноважень та відповідальність; політика управління людськими ресурсами.*

3.2.1. *Політика управління ризиками* – це набір правил та норм, який визначає єдиний підхід для всіх структурних підрозділів Організації до управління ризиками. Вона проявляється через затверджені нормативно-правові акти, доручення, накази, розпорядження, положення, регламенти, посадові інструкції, усні комунікації, що стосуються усієї сфери управління Організацією.

Порядок виконання в Організації процесів та операцій визначається Регламентами процесів. Порядок складання Регламентів процесів наведено у додатку 1 до цього Порядку.

Регламенти розробляються з метою:

- уніфікації виконання однотипних процесів та операцій;
- уникнення дублювання виконання процесів та операцій;
- чіткого визначення обов'язків та відповідальності кожного виконавця при виконанні процесів та операцій.

До реалізації процесу можуть залучатися різні структурні підрозділи, що працюють з метою досягнення спільної мети. Такий процес визначає порядок діяльності усіх цих підрозділів та взаємодії між ними для досягнення цієї мети. Тому підхід до визначення й побудови процесів відрізняється від традиційного управління через організаційну структуру та положення про структурні підрозділи, коли основна увага зосереджується на роботі всередині підрозділу, а менше уваги приділяється організації взаємодії між ними.

Розподіл процесів між відповідальними особами (Власниками процесів) здійснюється на основі Матриці відповідальності за формою, визначеною додатком 2 до цього Порядку, що затверджується Керівником Організації. Якщо до участі у процесі залучаються різні підрозділи Організації, то Власником процесу призначається особа, яка відповідальна за процес в цілому, незалежно від його приналежності до того чи іншого підрозділу.

Перелік процесів визначається та затверджується Керівником Організації самостійно за формою, що наведена у додатку 3 до цього Порядку. Керівник Організації відповідальний за повноту переліку процесів та забезпечення їх актуалізації.

Процеси групуються за наступними видами:

- управління – це процеси, які забезпечують управління та розвиток Організації в цілому (стратегічне та оперативне управління, фінансовий менеджмент тощо);
- оперативні – це процеси, які орієнтовані на виконання функцій Організації (зазвичай є цінними для зовнішніх сторін);
- допоміжні – це процеси, які забезпечують безперервну діяльність Організації або підтримують основні процеси (бухгалтерський облік, інформаційне забезпечення, управління персоналом, юридичне забезпечення тощо).

Регламент процесу має бути розроблений для кожного процесу в Організації. Власники процесів є відповідальними за розробку та внесення змін в Регламенти процесів. Регламенти процесів затверджуються

Керівником Організації. Винятком є технологічні картки та Регламенти процесів, що затверджені рішеннями міської ради, виконавчого комітету або розпорядчими документами Вищого керівництва. У такому разі Регламент процесу складається і затверджується Керівником Організації лише в тій частині, що не охоплена затвердженим документом відповідно до Порядку складання Регламенту процесів (наприклад: блок-схема, технологічна карта, тощо).

Якщо відповідні правила і процедури контролю не задокументовані Регламентом процесу або іншим розпорядчим документом, то вважається, що в цьому сегменті контроль відсутній.

Посадові інструкції та накази (розпорядження) про розподіл обов'язків всіх працівників Організації та її підрозділів мають бути узгодженими з цим Порядком та Регламентами процесів відповідно до участі таких працівників в процесах Організації та СВК в цілому.

Регламенти процесів вносяться до ІАС СВК наступним чином:

а. Уповноважений з питань внутрішнього контролю створює в ІАС СВК перелік процесів та вносить інформацію про Власників процесів відповідно до Матриці відповідальності;
б. Власники процесів вносять в ІАС СВК відповідну інформацію про власні процеси: регламент, опис тощо.

Відповідальним в Організації за повноту та відповідність наповнення ІАС СВК є Уповноважений з питань внутрішнього контролю.

Перелік процесів та Регламенти процесів можуть бути змінені протягом року. Підставами для таких змін можуть бути:

- прийняття нових та/або внесення змін до діючих нормативно-правових актів законодавства, які змінюють порядок виконання функцій, процесів, операцій;
- запровадження нового або внесення змін до діючого прикладного програмного забезпечення, яке змінює порядок виконання функцій, процесів, операцій;
- результати внутрішнього аудиту СВК (у разі його проведення);
- затвердження Плану заходів з реагування на ризики та заходів їх моніторингу, що передбачають розробку нових та/або внесення змін до діючих Регламентів процесів, тощо.

У разі необхідності, за розпорядженням Лубенського міського голови чи особи, що його заміщує, внутрішній аудитор у плановому чи позаплановому форматі здійснює внутрішній аудит ефективності СВК Організації чи її підрозділу відповідно до вимог Порядку планування і проведення внутрішніх аудитів та інших контрольних заходів, затвердженого рішенням виконавчого комітету Лубенської міської ради.

За результатами внутрішнього аудиту СВК протягом **15 робочих** днів після отримання пропозицій, Керівником Організації забезпечується внесення відповідальними виконавцями необхідних змін до документації СВК та її затвердження, зокрема: *перелік процесів; матриця відповідальності; регламенти процесів; інша документація СВК.*

3.2.2. *Ризик-апетит* є відображенням політики управління ризиками. Він визначається відповідно від специфіки діяльності Організації. Визначений ризик-апетит враховується при плануванні діяльності Організації та здійсненні операційної діяльності. Ризик-апетит виражається в кількісному або якісному вимірі. Відповідальними за визначення ризик-апетиту є Вище керівництво Організації. Ризик-апетит визначається розпорядчим документом, крім того, ризик-апетит може бути визначений нормативно-правовими документами.

Прикладом визначення ризик-апетиту є:

- обмеження Керівника Організації на здійснення господарських операцій що перевищує визначену суму без погодження з Вищим керівництвом;
- обмеження кількості проєктів, що знаходяться на незавершеній стадії;
- обмеження на ініціювання проектів без наявності гарантій на фінансування визначеної частини проєкту;
- обмеження на придбання автомобілів вище визначеної вартості тощо.

3.2.3. Керівники усіх рівнів та працівники Організації повинні проявляти особисту та професійну сумлінність, дотримуватись етичних цінностей та стандартів етичної поведінки.

Вимоги щодо етичної поведінки посадових осіб та службовців визначено Законом України «Про запобігання корупції» від 14.10.2014 № 1700-VII (зі змінами), наказом Національного агентства України з питань державної служби «Про затвердження Загальних правил етичної поведінки державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування» від 05.08.2016 № 158.

3.2.4. *Компетентність працівників* - це спеціальні (професійні) знання, уміння і навички, необхідні для ефективного виконання співробітниками своїх посадових обов'язків.

Організація повинна здійснювати заходи для забезпечення необхідної компетентності працівників та оцінювати результативність запроваджених заходів.

Керівники та працівники зобов'язані підтримувати рівень компетентності, який дозволяє їм розуміти важливість підтримання в належному стані системи внутрішнього контролю, а також для виконання своїх обов'язків належним чином та досягнення загальних цілей Організації.

3.2.5. Керівник Організації має забезпечувати структуру Організації відповідно до її потреб (завдань, мети, функцій тощо), розподіл функціональних повноважень і відповідальності, встановлення рівнів підзвітності тощо.

Організаційна структура Організації визначається наступними розпорядчими документами: структура, штатний розпис, розподіл функціональних обов'язків, положення про структурні підрозділи, посадові інструкції працівників тощо.

3.2.6. Керівник Організації забезпечує розподіл і делегування відповідальності та повноважень для працівників. Керівник Організації

забезпечує доведення визначених повноважень та відповідальності до працівників. Повноваження та відповідальність працівників повинні бути чітко сформульованими та зрозумілими. Повноваження та відповідальність мають бути закріплені в посадових інструкціях (розподілу обов'язків тощо) працівників Організації.

Делегування повноважень – передача керівником відповідальності за прийняття відповідних рішень підлеглими працівниками на найбільш доцільному рівні організаційної структури.

Наділення таких працівників більш широкими повноваженнями передбачає наявність у них вищого рівня компетентності та відповідальності. Проте, в даному випадку необхідно здійснювати ефективні процедури контролю за результатами прийняття рішень працівниками зі сторони керівництва.

В деяких випадках делегування повноважень може бути обмеженим нормативно-правовими актами.

3.2.7. *Політика управління людськими ресурсами* визначається внутрішніми документами Організації, що стосуються питань роботи із персоналом, його навчання та підвищення кваліфікації, оцінки, заохочення і просування по службі тощо.

Керівник Організації забезпечує визначення ключових показників результативності та ефективності для працівників та посадових осіб. Визначення ключових показників результативності та ефективності працівників та посадових осіб здійснюється відповідно до нормативних актів, чинних на момент визначення показників.

Керівник Організації зобов'язаний забезпечити безперервний розвиток персоналу.

Політика в області навчання і підвищення кваліфікації сприяє досягненню очікуваного рівня якості роботи і поведінки співробітників, оскільки вона інформує працівників про майбутні зміни та включає такі види діяльності, як участь в тренінгах і семінарах, навчання на конкретних прикладах («case-study»). Преміювання співробітників сприяє мотивації і прагненню до високих показників діяльності. Однак, система преміювання повинна бути в межах чинного законодавства, прозорою, зрозумілою та контрольованою для уникнення викривлення результатів.

Застосування дисциплінарних стягнень може призвести до того, що співробітники, швидше за все, будуть намагатися не допускати порушення встановлених правил поведінки.

Оскільки проблеми і ризики, пов'язані з діяльністю Організації, постійно змінюються і стають більш складними (як правило, у зв'язку з технологічним прогресом і зростанням конкуренції), то вкрай важливо, щоб співробітники мали необхідні можливості для вирішення нових завдань, що постають перед ними. Освіта і тренінги в формі занять, самоосвіти або навчання в процесі роботи при вирішенні завдань повинні допомагати персоналу ефективно діяти в мінливому середовищі діяльності Організації. Прийому в Організацію компетентних співробітників і надання їм разового навчання недостатньо, тому процес навчання повинен бути безперервним.

IV. Управління ризиками

4.1. Управління ризиками поділяється на такі компоненти:
- визначення цілей;
- ідентифікація ризиків;
- оцінка ризиків;
- реагування на ризики.

Оскільки ризиків повністю уникнути неможливо, для відповідного реагування на ризики існує необхідність їх визначення та оцінки.

4.2. Визначення цілей.

4.2.1. Передумовою управління ризиками є визначення цілей Організації, що пов'язані між собою на різних рівнях та внутрішньо послідовні. Необхідно, щоб цілі були сформульовані до того, як Керівник Організації зможе виявити і оцінити ризики щодо досягнення цих цілей, а також вжити необхідних заходів з управління ризиками.

4.2.2. Передбачено чотири категорії цілей:
- стратегічні цілі;
- операційні цілі;
- цілі в області підготовки звітності;
- цілі дотримання законодавства.

4.2.2.1. *Стратегічні цілі* – це цілі високого рівня, які відповідають функціям Організації та спрямовані на виконання завдань та досягнення мети відповідно до статутних та інших розпорядчих документів. Формування стратегічних цілей відбувається з урахуванням загальної стратегії, визначеної відповідними розпорядчими документами міської ради та її виконавчого комітету.

Керівник Організації повинен визначити ризики, пов'язані із вибором стратегічних цілей, та розглянути їх наслідки.

Дії Керівника Організації повинні бути спрямовані на те, щоб організаційна структура, кадрові ресурси, процеси та інфраструктура були узгоджені таким чином, аби сприяти успішній реалізації стратегічних цілей і дозволили Організації залишатися в прийнятних межах ризику.

4.2.2.2. *Операційні цілі* – цілі нижчого порядку, що більш детально розкривають стратегічні цілі та спрямовані на конкретний результат. Операційні цілі визначають бажані показники ефективності і показують, наскільки раціонально Організація здійснює свою діяльність.

4.2.2.3. *Цілі підготовки звітності* – цілі, пов'язані із забезпеченням достовірності. Вони охоплюють внутрішню і зовнішню звітність як фінансового, так і не фінансового характеру.

4.2.2.4. *Цілі дотримання законодавства* – цілі, пов'язані із дотриманням відповідних законодавчих і нормативних актів.

4.2.3. Цілі, що відносяться до однієї категорії, можуть перетинатися із цілями іншої категорії або впливати на їх досягнення.

4.2.4. Визначення операційних цілей повинно здійснюватися за технологією SMART:
Specific – конкретна;
Measurable – вимірювана;
Achievable – досяжна;
Relevant – важлива, відповідна, актуальна;
Time-bound – обмежена в часі.
4.2.5. Керівник Організації відповідальний за визначення, затвердження, перегляд та досягнення цілей Організації та її структурних підрозділів.

До **31 січня** кожного року Керівник Організації:

- проводить аналіз досягнення цілей;
- аналізує необхідність коригування стратегічних цілей;
- планує та затверджує цілі Організації та її структурних підрозділів на наступний рік за формою, що наведена в додатку 4 до цього Порядку;
- звітує Вищому керівництву про досягнення та затвердження цілей Організації.

4.2.6. Керівник Організації призначає осіб відповідальних за досягнення визначених цілей Організації. Такими особами можуть бути його заступники, начальники відділів, завідувачі секторів тощо які безпосередньо підпорядковані Керівнику.
4.2.7. Цілі Організації не повинні конфліктувати між собою (наприклад: для центру надання адміністративних послуг ціль «Зменшення черги очікування» вірогідно буде суперечити цілі «Економія коштів за рахунок скорочення чисельності персоналу»).

4.3. Ідентифікація (визначення) ризиків.
Управління ризиками направлене на визначення подій, які можуть виникати в результаті дій внутрішніх або зовнішніх факторів, що здійснюють вплив на здатність Організації досягати свої цілі. Події можуть здійснювати негативний, позитивний або змішаний вплив на Організацію.
4.3.1. Визначення ризиків відбувається **щорічно** після затвердження цілей Організації, але **не пізніше 31 січня**. За ініціативою Вищого керівництва, Комісії з оцінки ризиків, Уповноваженого з питань внутрішнього контролю, Координатора або за власною ініціативою Керівника Організації перелік ризиків може бути переглянуто достроково. Ризики обов'язково переглядаються при наявності змін у внутрішньому та зовнішньому середовищі Організації, а також при затвердженні нових та переглянутих завдань та функцій, які покладені на Організацію.
4.3.2. Визначення ризиків на рівні Організації включає наступні кроки:

- підготовка до проведення оцінки ризиків;
- розуміння Організації, її зовнішнього та внутрішнього середовища;
- визначення ризиків;
- опис ризиків.

4.3.3. Підготовка до проведення оцінки ризиків складається з таких елементів:

- із формування Комісії з оцінки ризиків;
- із забезпечення достатнього рівня повноважень Комісії з оцінки ризиків;
- із забезпечення належного кваліфікаційного рівня членів Комісії з оцінки ризиків.

4.3.3.1. Формування Комісії з оцінки ризиків.

Керівник Організації визначає склад Комісії з оцінки ризиків, яка є відповідальною за визначення, оцінку ризиків та розробку Плану заходів з реагування на ризики за формою, наведеною в додатку 11 цього Порядку. Склад комісії, завдання, повноваження та терміни звітування про результати її роботи затверджуються наказом (розпорядженням) Керівника Організації.

Комісія повинна складатися щонайменше із 3-х членів в залежності від організаційної структури Організації. До складу Комісії з оцінки ризиків в обов'язковому порядку залучається Уповноважений з питань внутрішнього контролю, представник Керівника Організації та уповноважена особа з питань запобігання та протидії корупції (за наявності).

4.3.3.2. Забезпечення достатнього рівня повноважень Комісії з оцінки ризиків.

На різних етапах роботи Комісія з оцінки ризиків має право залучати, за необхідності, працівників Організації, які можуть надати корисну інформацію для більш об'єктивної та якісної оцінки ризиків та розробки Плану заходів з реагування на ризики. Комісія з оцінки ризиків також уповноважена запитувати від працівників Організації будь-які документи або інформацію, яка є необхідною для виконання завдання.

4.3.3.3. Забезпечення належного кваліфікаційного рівня членів Комісії з оцінки ризиків. Члени Комісії з оцінки ризиків мають бути обізнані з методикою проведення оцінки ризиків. Керівник Організації відповідальний за забезпечення належного кваліфікаційного рівня членів Комісії з оцінки ризиків.

4.3.4. Розуміння Організації та її середовища дозволяє виявити ризики, які загрожують функціонуванню Організації. Це передбачає аналіз зовнішніх та внутрішніх зацікавлених сторін, а також внутрішнього та зовнішнього середовища Організації.

4.3.5. Аналіз зовнішніх та внутрішніх зацікавлених сторін. Комісія з оцінки ризиків повинна визначити внутрішні та зовнішні по відношенню до Організації зацікавлені сторони (третя сторона), їхні інтереси та взаємозв'язки, які можуть впливати на появу ризиків або можуть сприяти зменшенню ризиків. Результатом даного аналізу є складений Перелік вимог та очікувань зацікавлених сторін за формою, що наведена в додатку 5 до цього Порядку.

4.3.6. Аналіз та розуміння внутрішнього середовища Організації. Зміна умов середовища зумовлює зміну ризиків, тому необхідно регулярно проводити оцінку внутрішнього середовища. Оцінка внутрішнього середовища проводиться за допомогою моделі SWOT-аналіз.

SWOT-аналіз – інструмент для всебічного розуміння ситуації всередині Організації. Метод використовує 4 ключові елементи: сильні та слабкі сторони, можливості та загрози.

Насамперед проводиться вивчення сильних та слабких сторін Організації. На даному етапі позиції Організації оцінюють за такими критеріями як фізичні ресурси, людські ресурси, внутрішні процеси тощо.

Після того як розглянуто та оцінено внутрішнє середовище здійснюється аналіз зовнішніх можливостей та загроз, що прямо та опосередковано здійснюють вплив на Організацію. Оскільки Організація не здатна впливати на ці процеси, проте вона повинна обов'язково їх враховувати в своїй діяльності. До зовнішнього середовища належать відносини з зацікавленими сторонами, економічні та соціальні тенденції, політичні обмеження тощо.

Результатом проведення аналізу середовища Організації є Опис зовнішнього та внутрішнього середовища Організації (SWOT-аналіз), наведений у додатку 6 до цього Порядку.

4.3.7. Визначення ризиків відбувається шляхом збору та аналізу відповідних джерел інформації. Ключовими джерелами збору інформації (у разі наявності таких) є:

- цілі Організації;
- SWOT-аналіз та Аналіз зовнішніх та внутрішніх зацікавлених сторін;
- скарги та зауваження зацікавлених сторін щодо діяльності Організації;
- звіти Організації Вищому керівництву, відповідні коментарі та резолюції;
- звіти контролюючим органам, відповідні коментарі та резолюції;
- звіт Внутрішнього аудитора щодо ефективності СВК Організації (у разі проведення внутрішнього аудиту);
- результати перевірок контролюючих органів;
- інші результати періодичного моніторингу (внутрішні та зовнішні аудити;
- звіти по процесах та інтерв'ю з власниками процесів та іншими працівниками;
- перелік виявлених недоліків та відхилень;
- аналіз здійсненних заходів щодо зменшення ризиків в попередніх періодах;
- результати судових процесів в яких Організація є одною з сторін;
- аналіз нормативно-правових та інших розпорядчих документів, що регламентують діяльність Організації;
- аналіз повідомлень у засобах масової інформації та соціальних мережах про діяльність Організації;
- інші джерела.

За результатами аналізу Комісією з оцінки ризиків заповнюється Анкета аналізу джерел інформації для визначення ризиків, що складається за формою, наведеною в додатку 7 до цього Порядку, та підписується всіма членами комісії.

4.3.8. Для оцінки ризику та визначення заходів реагування необхідно надати опис ризиків: чинників (причин) виникнення ризику, наслідків та джерел інформації. Крім того, необхідно визначити наявність корупційної складової ризику (корупційний ризик).
Опис чинників відбувається шляхом вибору відповідної категорії та детального опису можливих факторів та обставин. Категорії чинників (причин) ризику:

- нормативно-правові – ризики ймовірність яких пов'язана із відсутністю, суперечністю або нечіткою регламентацію виконання операції у відповідних нормативно-правових актах, законодавчими змінами тощо;
- операційно-технологічні – 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, 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, ймовірність виникнення яких пов'язана із неналежною професійною підготовкою працівників Організації, неналежного виконання ними посадових інструкцій тощо;
- фінансово-господарські – ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із фінансово-господарським станом Організації, зокрема, неналежним ресурсним, матеріальним забезпеченням тощо;
- інші ризики.

Результатом даного етапу є складений Комісією з оцінки ризиків Опис визначених ризиків, наведений в додатку 8 до цього Порядку та затверджений Керівником Організації.
Опис ризиків має бути доведено до Власників процесів, їх керівників та інших працівників Організації в частині що їх стосується.
У разі змін до Опису визначених ризиків додається обґрунтування щодо виключених/внесених ризиків за підписом Керівника Організації.

4.4. Оцінка ризиків.
4.4.1. Ризики аналізуються з урахуванням ймовірності їх виникнення та впливу з метою визначення відповідних дій.
4.4.2. При здійсненні оцінки ризиків аналізується властивий та залишковий ризик. Оцінка властивого ризику здійснюється для аналізу ефективності існуючих заходів контролю. Для прийняття рішень щодо управління ризиками та документування (в тому числі в ІАС СВК) використовується залишковий ризик.
4.4.3. Комісія з оцінки ризиків оцінює ризики за допомогою Матриці ризиків, наведеної в додатку 9 до цього Порядку, за ступенем ймовірності виникнення та рівня їх впливу на здатність Організацією досягати своїх

цілей. Результати оцінки ризиків оформлюються за формою, яка наведена в додатку 10 до цього Порядку, та затверджуються Керівником Організації.

4.4.4. Ймовірність виникнення ризику – це можливість того, що дана подія відбудеться. При оцінці ймовірності виникнення ризику та ступеня його впливу слід використовувати суб'єктивні оцінки та дані попередніх періодів про події, які виникали. Оцінка ймовірності виникнення ризику визначається відповідно до частоти випадків настання подій з урахуванням часових меж.

Частота потенційної появи ризику визначається за такими рівнями:

- напевно або майже напевно (високий рівень) – поява події очікуються найближчим часом (до одного року) та може повторюватися регулярно (щомісяця, щотижня, тощо);

- інколи (середній рівень) – протягом останніх трьох років подія виникала один раз та існує ймовірність її вчинення протягом наступних трьох років;

- ніколи (низький рівень) – в попередніх періодах дана подія не виникала, проте існує незначна вірогідність її настання.

Ймовірність виникнення ризику оцінюється за трибальною шкалою:

висока – 3 бали; середня – 2 бали; низька – 1 бал.

4.4.5. Ймовірність впливу визначається відповідно до ймовірного розміру втрат, які Організація визначає самостійно.

Критерії визначення рівня ймовірності ступеня впливу:

високий – очікуються значні втрати;

середній – наявна ймовірність втрат, проте незначна;

низький – не очікуються втрати.

Ступінь впливу оцінюється за трибальною шкалою:

високий – 3 бали; середній – 2 бали; низький –1 бал.

Ризики, внаслідок яких може бути перевищений ризик-апетит, завжди мають максимальний рівень впливу.

4.4.6. За результатами визначення оцінки ймовірності виникнення ризиків та ступеня впливу розраховується пріоритетність (ступінь) ризиків. Визначення пріоритетності здійснюється для більш ефективного розподілу ресурсів Організації та відповідного реагування на ризики.

Кількісне визначення рівня ризику вираховується простим помноженням рівня ймовірності на рівень наслідків. Пріоритетність розподіляється за умовною шкалою:

- високий – 6-9 балів; середній – 3-4 бали; низький –1-2 бали.

4.5. Реагування на ризики.

4.5.1. Після того як ризики визначені та оцінені Керівник організації приймає рішення про способи реагування на ризик.

4.5.2. Способи реагування на ризики розподіляються на такі категорії:

- прийняття ризику – не застосовуються жодні заходи, які б зменшили ймовірність виникнення чи впливу ризику;

- зменшення ризику – застосовуються заходи щодо зменшення ймовірності виникнення чи впливу ризику;

- перерозподіл ризику – зменшення ймовірності виникнення чи впливу ризику за рахунок перенесення чи розподілу ризику;

- уникнення ризику – припинення здійснення діяльності, яка призводить до виникнення ризику.

Зменшення та перерозподіл ризику наблизить залишковий ризик до бажаного рівня допустимого ризику. Якщо залишковий ризик вище допустимого (прийнятного рівня) слід вжити заходів щодо його зменшення.
Прийняття ризику передбачає, що властивий ризик знаходиться в межах допустимого ризику.

4.5.3. Оцінюючи способи реагування на ризики, повинна аналізуватися така інформація:

- чи є запланований захід достатнім для зменшення залишкового ризику до прийнятного рівня;

- чи не перевищують витрати, пов’язані з реагуванням на ризик, вигоду від його зменшення;

- чи не створює відповідь на ризик додаткових ризиків.

4.5.4. За результатами визначення способів реагування на ризики Комісія з оцінки ризиків готує План заходів з реагування на ризики (Заходів контролю) за формою, що наведена в додатку 11 до цього Порядку, який затверджується Керівником Організації.

Якщо строк виконання заходу щодо усунення (зменшення) ризику перевищує один рік, необхідно визначити проміжні показники виконання на термін, що не перевищує один рік.

План заходів з реагування на ризики має бути доведено до Власників процесів, їх керівників та інших працівників Організації в частині що їх стосується.

4.5.5. Зведені результати з визначення, оцінки ризиків та відповідних заходів реагування вносяться Уповноваженим з питань внутрішнього контролю в таблицю Карта ризиків, що наведена в додатку 12 до цього Порядку, в форматі EXCEL.

4.5.6. **Раз на два роки до 31 січня** Організація передає **дворічний** План заходів з реагування на ризики для погодження з Координатором з такими додатками:

Анкета аналізу джерел інформації для визначення ризиків;
Опис зовнішнього та внутрішнього середовища Організації (SWOT-аналіз);
Перелік вимог та очікувань зацікавлених сторін;
Опис визначених ризиків;
Результати оцінки ризиків;
Карта ризиків в форматі EXCEL.

Після одержання дворічного Плану заходів до **1 березня** Координатор призначає дату та час погоджувальної зустрічі, на яку зобов’язані з’явитися уповноважені члени Комісії з оцінки ризиків. Під час погоджувальної зустрічі Координатор обговорює ризики та запропоновані заходи з членами Комісії з оцінки ризиків. За результатами робочої зустрічі Координатор погоджує або надає зауваження до Плану заходів з реагування на ризики та

відповідних додатків. У разі, якщо уповноважені члени Комісії з оцінки ризиків не з'явились, координатор приймає рішення щодо погодження або зауважень самостійно.

4.5.7. **Протягом 5 робочих днів** після отримання зауважень Організація надає оновлений План заходів з реагування на ризики та відповідні додатки з урахуванням зауважень чи обґрунтування щодо їх повного або часткового відхилення. У разі відсутності коментарів на зауваження такі зауваження вважаються відхиленими без надання обґрунтування.

4.5.8. У разі неврахування зауважень та (або) недостатнього обґрунтування щодо причин неврахування Координатор подає відповідну інформацію Вищому керівництву для прийняття відповідних управлінських рішень та Внутрішньому аудитору (для врахування при проведенні внутрішнього аудиту Організації та її СВК).

4.5.9. За ініціативою Вищого керівництва, Координатора або за власною ініціативою Керівника Організації План заходів з реагування на ризики може бути переглянуто достроково.

4.5.10. План заходів з реагування на ризики є необхідним мінімумом для документування Організацією. Керівник Організації має право запроваджувати додаткові заходи з реагування на ризик (заходи контролю) в будь який час без погодження з Координатором.

V. Заходи контролю

5.1. Керівник Організації забезпечує запровадження та підтримку ефективних і належних заходів контролю, які б забезпечили прийнятний рівень ризику.

5.2. Заходи контролю здійснюються Учасниками СВК на всіх рівнях діяльності Організації та щодо усіх функцій і завдань.

Заходами контролю є політики та процедури, визначені відповідно до розпорядчих документів, що забезпечують належне реагування на ризики в контексті цілей Організації.

5.3. Для забезпечення функціонування заходів контролю для кожного заходу призначається особа відповідальна за його виконання.

Якщо реалізація одного заходу контролю передбачає декілька виконавців, має бути визначений головний виконавець та усі інші виконавці контролю. Для кожного виконавця визначається відповідальність та встановлюється порядок та послідовність реалізації заходу контролю.

Якщо виконання заходу контролю передбачено програмним забезпеченням (автоматизований контроль), відповідальним за такий контроль призначається особа відповідальна за функціонування зазначеного програмного забезпечення.

У разі виявлення проблем, недоліків та відхилень особа відповідальна за виконання заходу контролю зобов'язана невідкладно доводити відповідну інформацію до відома Власника процесу та керівництва Організації.

5.4. Для забезпечення ефективності заходів контролю вони мають бути:

- доцільними (доречними);
- послідовними (застосовуватися у визначеній послідовності та періодичності);
- економними (витрати фінансових, людських, матеріальних ресурсів на проведення заходів контролю не повинні перевищувати отриману вигоду, пов'язану із запровадженням цих заходів);
- повними, обґрунтованими та безпосередньо стосуватись цілей контролю.

5.5. Категорії заходів контролю розподіляються наступним чином:

<u>заходи контролю поділяються:</u>

За часом здійснення: заходи попереднього контролю, поточного, подальшого.

За характером контрольних дій:

- превентивні – спрямовані на обмеження можливості виникнення ризику, помилок, відхилень чи інших небажаних наслідків (підбір кадрів на посади з матеріальною відповідальністю, процедури візування, погодження та затвердження тощо);
- що виявляють – направлені на перевірку результатів після виконання управлінського рішення, операції чи виникнення події, у тому числі ті, що виявляють відхилення чи небажані наслідки (інвентаризація, перевірка дотримання стандартів у різних сферах діяльності, порядку прийому та зберігання матеріальних цінностей на складах тощо);
- директивні – ті, що впливають на поведінку персоналу для забезпечення досягнення конкретного результату (заходи розподілу обов'язків та повноважень, визначення відповідальних осіб за отримання матеріальних цінностей, виконані роботи(послуги), встановлення режиму доступу до матеріальних цінностей, інформаційних ресурсів, графік документообігу тощо);
- коригуючі – призначені для усунення відхилень чи небажаних наслідків, зменшення кількості ризиків помилок чи втрат (ротація персоналу, захист приміщень від несанкціонованого доступу до активів і бухгалтерських записів, санкціонування доступу до комп'ютерних програм та файлів із даними тощо).

За організаційним характером:

- планові – заходи, затверджені планами, графіками проведення контрольних заходів в установі (інвентаризацій, обстежень, оглядів, спостережень);
- позапланові – заходи, що здійснюються за дорученнями ініціаторів призначеними особами в межах їх компетенції та повноважень (у разі виявлення крадіжок, псування матеріальних цінностей, звільнення посадових осіб, відповідальних за їх збереження, тощо).

За способом регулювання:

- нормативно врегульовані (положення, вимоги нормативно-правової бази, рішення, інші розпорядчі документи);
- нормативно не врегульовані (можуть визначатися у кожній установі індивідуально і з різним ступенем деталізації, у залежності від стану внутрішнього середовища і визначених ризиків);

За періодичністю здійснення: постійні, періодичні (періодичний підрахунок і порівняння сум, відображених в облікових регістрах, порівняння результатів, зокрема інвентаризації готівкових коштів, запасів з обліковими записами), епізодичні (у разі необхідності перевірки певних фактів діяльності у визначений термін).

5.6. При виборі заходів контролю враховується:

- взаємозв'язок між заходами контролю та ризиками. В окремих випадках один захід контролю може використовуватися для реагування на два та більше ризики. В інших випадках для реагування на один вид ризику необхідно запровадити декілька заходів контролю.
- рівень залишкового ризику, що залишатиметься після здійснення заходів. Необхідно враховувати, що, запроваджуючи ефективні заходи контролю, Організація може суттєво знизити внутрішні ризики, проте ймовірність виникнення зовнішніх ризиків ніколи не буде нульовою, оскільки вони значною мірою не підконтрольні Організації.

5.7. Здійснення заходів контролю має бути підтверджене документально та/або передбачено у програмному забезпеченні (автоматизований контроль). В іншому випадку вважається що контроль не функціонує.

5.8. З метою об'єктивної оцінки залишкового ризику та ефективного розподілу ресурсів Організація збирає та накопичує інформацію про існуючі заходи контролю.

5.9. Захід контролю вважається існуючим шляхом його часткового або повного впровадження. До моменту впровадження захід вважається запланованим і обліковується у відповідній базі.

5.10. Відповідальним за ведення бази даних про існуючі заходи контролю в Організації є Уповноважений з питань внутрішнього контролю. База даних має містити таку інформацію:

назва та опис;
особа відповідальна за виконання заходу контролю;
періодичність виконання;
очікувані результати;
пов'язані ризики;
чи зменшує контроль корупційний ризик.

5.11. Актуалізація бази даних існуючих контрольних заходів відбувається на основі даних моніторингу (результатів впровадження запланованих заходів з реагування на ризики, проведеного внутрішнього аудиту ефективності СВК, звітів по процесам тощо), нових положень і вимог внутрішніх розпорядчих документів тощо.

VI. Інформація та комунікації

6.1. Інформаційний та комунікаційний обмін у виконавчому комітеті, підприємствах, установах, закладах та організаціях Лубенської територіальної громади передбачає збір, документування, передачу інформації та користування нею учасниками СВК для належного виконання і оцінювання функцій та завдань.

6.2. Для автоматизації окремих елементів СВК, пов'язаних з накопиченням, аналізом інформації та звітуванням, використовується Інформаційно-аналітична система «Система внутрішнього контролю (ІАС СВК) або сервіс АСКОД Онлайн за посиланням https://client.askod.online/registration

6.3. Основними інструментами інформування та комунікацій для управління ризиками та функціонування СВК є сервіс АСКОД Онлайн та ІАС СВК. Крім того, застосування саме вказаних сервісів не є обов'язковим, так, як можуть застосовуватися й інші доречні та більш зручні чи сучасніші інструменти комунікацій.

6.4. Інформація та документація СВК має бути доведена до учасників СВК в частині, що їх стосується.

6.5. Всі рішення Керівника Організації повинні прийматися на основі якісної інформації. Якість інформації повинна оцінюватися за такими критеріями:

- адекватність змісту - ступеню її відповідності реальному об'єктивному стану справ та з належною деталізацією;
- своєчасність інформації – характеризує часовий інтервал між виникненням потреби в інформації та своєчасністю її отриманням;
- актуальність інформації – відповідність інформації реальному моменту часу та точності;
- доступність інформації – доступність інформації працівникам, яким вона необхідна.

6.6. Необхідна інформація повинна фіксуватися та передаватися за формою та в строки, які дозволять працівникам виконувати їх функціональні обов'язки своєчасно та в повному обсязі.

6.7. Основні документи, які використовуються відповідно до цього Порядку:

- Матриця відповідальності, яка складається за формою, що наведена в додатку 2 до цього Порядку. Визначає відповідальних осіб в розрізі процесів (власників процесів);

- Перелік процесів, який складається за формою, що наведена в додатку 3 до цього Порядку (містить перелік всіх процесів Організації);

- Цілі Організації. Документ, що визначає перелік стратегічних та операційних цілей Організації та складається за формою, що наведена в додатку 4 до цього Порядку;

- Перелік вимог та очікувань зацікавлених сторін містить інформацію про аналіз зовнішніх та внутрішніх зацікавлених осіб та складається відповідно до форми, яка наведена в додатку 5 до цього Порядку;

- Опис зовнішнього та внутрішнього середовища Організації (SWOT-аналіз), який складається за формою, що наведена в додатку 6 до цього Порядку (містить інформацію про середовище Організації);

- Анкета аналізу джерел інформації для визначення ризиків містить інформацію про результати аналізу джерел інформації для визначення ризиків та оформлюється відповідно до форми, яка наведена в додатку 7 до цього Порядку;

- Опис визначених ризиків, який складається за формою, що наведена в додатку 8 до цього Порядку (містить інформацію про виявлені ризики та чинники, що спричиняють виникнення ризиків);

- Матриця ризиків, яка наведена в додатку 9 до цього Порядку. Визначає методику оцінки пріоритетності ризиків за критеріями ймовірності виникнення та ступеню впливу ризиків на Організацію;

- Результати оцінки ризиків. Документ, що містить інформацію про результати оцінювання ризиків за пріоритетністю та оформлюється за формою, що наведена в додатку 10 до цього Порядку;

- План заходів з реагування на ризики оформлюється за формою, що наведена в додатку 11 до цього Порядку (містить інформацію про визначені ризики та заплановані заходи щодо їх усунення (зменшення впливу), відповідальних виконавців, строки виконання тощо);

- Карта ризиків оформлюється за формою, що наведена в додатку 12 до цього Порядку (містить зведену інформацію про визначені ризики, їх оцінку, та заплановані заходи з реагування на ризики);

- Звіти по процесах оформлюються за формою, що наведена в додатку 13 до цього Порядку;

- Перелік виявлених недоліків та відхилень оформлюється за формою, що наведена в додатку 14 до цього Порядку;

- Звіти періодичного моніторингу.

6.8. Інші терміни, порядок інформування та форми комунікацій вживаються у значеннях, що застосовуються у актах Законодавства України. Окремі елементи документообігу СВК визначаються Схемою документообігу СВК, що наведена в додатку 15 до цього Порядку.

6.9. Керівник Організації щорічно разом із звітом про результати діяльності Організації, у письмовій формі звітує Вищому керівництву (або Координатору) про стан функціонування СВК.

Звіт про стан функціонування СВК має містити таку інформацію:

- результати внутрішнього аудиту ефективності СВК Організації (у разі його проведення);
- аналіз досягнення цілей;
- обґрунтування про необхідність коригування стратегічних цілей (у разі потреби);
- цілі Організації на наступний рік (операційні цілі) в розрізі стратегічних цілей;
- аналіз впровадження запланованих заходів контролю тощо.

Керівники Організацій щорічно до **31 січня** надсилають Координатору звіти про стан організації та здійснення внутрішнього контролю в Організаціях у розрізі елементів внутрішнього контролю для подання у разі необхідності зведеної звітності Внутрішньому аудитору (на його вимогу).

Внутрішній аудитор використовує дані зведеної звітності при плануванні проведення внутрішнього аудиту враховуючи систему управління ризиками, та з метою внесення змін до стратегічних та операційних планів діяльності з внутрішнього аудиту громади.

VII. Моніторинг

7.1. Моніторинг здійснюється на постійній основі (постійний моніторинг) та (або) шляхом проведення періодичних оцінок з метою оцінки відповідності СВК цілям і завданням Організації, виявлення відхилень та вжиття відповідних заходів (коригувань).

7.2. Постійний моніторинг здійснюється у ході щоденної поточної діяльності Організації та передбачає управлінські, наглядові та інші дії керівників усіх рівнів та працівників організації при виконанні ними своїх обов’язків з метою визначення та коригування відхилень.

Постійний моніторинг оперативно адаптується відповідно до умов, що змінюються, і є невід'ємною частиною поточної діяльності Організації. Постійний моніторинг здійснюється шляхом аналізу подій, невідповідностей та інших можливих наслідків. У разі необхідності вживаються відповідні заходи та здійснюється усунення недоліків. Постійний моніторинг потрібно відрізняти від діяльності, що здійснюється в рамках процесу (наприклад: візування документів є заходом контролю).

Постійний моніторинг здійснюється відповідно до заздалегідь визначених критеріїв – параметрів моніторингу процесів.

Відповідальним за виконання постійного моніторингу є Власник процесу. Для кожного процесу Організації мають бути визначені параметри моніторингу, що визначають критерії оцінки, за якими буде оцінюватись ефективність процесу.

Параметри моніторингу процесу – це набір показників процесу (не менше двох), які мають однозначний зв‘язок із цілями Організації, та відповідати критеріям SMART, що визначені пунктом 4.2.4. цього Порядку. Вони характеризують результативність та ефективність процесу, відповідність виходу процесу вимогам, рівень задоволеності зацікавлених сторін.

Параметри моніторингу поділяються на такі види:

- Показники результату процесу – характеризують результат процесу, те, заради чого створено даний процес. Відповідають на запитання: «Що виробив процес?».

- Показники процесу – характеризують затрати ресурсів на надання послуги (виходу) процесу. Відповідають на запитання: «Якою ціною отримано даний продукт(результат)?».

- Показники задоволеності замовника – характеризують задоволеність замовника результатами процесу. Відповідають на запитання: «Наскільки замовник задоволений тим, що він отримав?», «Наскільки потрібен даний результат?».

Параметри моніторингу процесів щорічно переглядаються та затверджуються окремими розпорядчими документами до **31 січня.**

Після затвердження параметрів моніторингу процесів Уповноважений з питань внутрішнього контролю вносить відповідну інформацію в ІАС СВК.

Результати постійного моніторингу за відповідний період (рік) вносяться Власником процесу в ІАС СВК (розділ Звіту по процесу) постійно протягом року, але не пізніше, ніж **5 робочих днів** від моменту виявлення суттєвих недоліків та відхилень, вжиття відповідних заходів тощо.

На основі внесених даних про постійний моніторинг Власником процесу формується щорічний Звіт по процесу за формою, що наведена в додатку 13 до цього Порядку, який затверджується безпосереднім керівником Власника процесу та вноситься Власником процесу в ІАС СВК до **10 січня** наступного за звітним року.

7.3. Періодичні оцінки дозволяють поглянути на СВК зі сторони, концентруючись на ефективності управління ризиками в цілому. Це також дає можливість оцінити ефективність процедур постійного моніторингу.

Об’єктом періодичної оцінки може бути окрема функція, процес або ефективність СВК в цілому.

7.3.1. Обсяг та періодичність оцінки залежить від рівня ризику, ефективності наявних контролів та постійного моніторингу.

7.3.2. Періодичні оцінки здійснюються працівниками, які не несуть відповідальності за функціонування об’єкту перевірки (оцінки). Основну роль при здійсненні періодичних оцінок покладено на Внутрішнього аудитора (при проведенні аудиту ефективності СВК).

7.3.3. За рішенням Керівника Організації або Вищого керівництва періодичні оцінки також можуть здійснюватися відповідними комісіями,

робочими групами, незалежними аудиторами, залученими фахівцями тощо. Проте зазначені заходи не замінюють собою функцію внутрішнього аудиту.

7.4. Виявлені недоліки та відхилення вносяться в Перелік виявлених недоліків та відхилень у відповідний розділ ІАС СВК за результатами:

- постійного моніторингу - Власником процесу (розділ Звіт по процесу);
- періодичних оцінок - Уповноваженим з питань внутрішнього контролю.

За результатами моніторингу у разі виявлення недоліків та відхилень Керівник Організації приймає рішення про вжиття заходів (коригувань) для підвищення ефективності функціонування СВК та/або усунення недоліків та відхилень. Заходи вжиті або заплановані за результатами моніторингу вносяться в План заходів з реагування на ризики, відповідно пункту 4.5 цього Порядку.

VIII. Фактори, що впливають на ефективність внутрішнього контролю

8.1. Система внутрішнього контролю незалежно від того, наскільки добре вона розроблена та впроваджена, здатна забезпечити лише розумний (а не абсолютний) рівень гарантій досягнення цілей Організації. Далі наведено ряд факторів, що можуть обмежувати ефективність СВК:

- майбутнє не визначено. Ризики відносяться до майбутнього яке є не визначеним ;

- відсутність гарантій. В деяких випадках управління ризиками забезпечує своєчасне інформування Учасників СВК про стан досягнення цілей, проте не гарантує їх досягнення;

- суб'єктивність судження. Рішення приймаються на основі інформації, що доступна на теперішній момент. Згодом може бути виявлено, що рішення потребують перегляду;

- змова. Змова двох або більше осіб може призвести до збоїв системи управління ризиками;

- нехтування та недбалість з боку керівництва. Процес управління ризиками може бути ефективним лише настільки, наскільки ефективні дії людей, відповідальних за його функціонування. Не дотримання етичних цінностей, нехтування та недбале ставлення до службових обов’язків з боку керівництва спонукають до порушень підлеглих працівників;

- співвідношення затрат до вигоди. Керівник має порівнювати затрати та вигоди, що пов’язані з прийнятими рішеннями;

- обмеженість ресурсів. Керівник має приймати рішення, виходячи з наявних (доступних) ресурсів;

- збій системи. Навіть добре спроектована система може дати збій через людський фактор.

Через наявність факторів невизначеності у внутрішніх і зовнішніх умовах існування організації ризик неминучий у разі прийняття будь-якого управлінського рішення. Ступінь ризику буде тим більшим, чим більше невизначеність управлінської й виробничої ситуації. При цьому

невизначеність значною мірою залежить від наявності потрібної та своєчасної інформації, факторів випадковості подій, непередбачених природних, соціальних і політичних подій.

IX. Права та обов'язки Учасників СВК

9.1. Відповідно до ст. 26 Бюджетного кодексу України відповідальність за організацію та функціонування СВК в Організації покладено на її керівника. Проте внутрішній контроль не здійснюється одноосібно. До його функціонування мають бути залучені всі працівники Організації відповідно до розподілу повноважень та відповідальності, а також Вище керівництво.

9.2. Права та обов'язки Вищого керівництва.

9.2.1. Вище керівництво має право:

- отримувати від підпорядкованих Організацій інформацію про стан організації внутрішнього контролю, стан впровадження запланованих заходів контролю, досягнення цілей, параметрів процесів та іншу інформацію, що стосується СВК Організацій;
- надавати Координатору запити про стан організації внутрішнього контролю, стан впровадження запланованих заходів контролю, досягнення цілей, параметрів процесів та іншу інформацію, що стосується СВК підпорядкованих Організацій;
- визначати ризик-апетит Організації.

9.2.2. Вище керівництво зобов'язане:

- контролювати виконання цього Порядку підпорядкованими Організаціями;
- контролювати досягнення цілей Організації;
- контролювати дотримання Керівниками Організації порядності, сумлінності та етичних цінностей.

9.3. Права та обов'язки Керівника Організації.

9.3.1. Керівник Організації має право:

- отримувати інформацію про стан функціонування СВК Організацій від інших учасників СВК Організації в межах їх повноважень та обов'язків;
- розподіляти ресурси Організації для забезпечення ефективного функціонування СВК в межах повноважень, визначених розпорядчими та нормативними документами.

9.3.2. Керівник Організації зобов'язаний:

- забезпечувати ефективне функціонування внутрішнього середовища Організації;
- видавати внутрішні документи (накази, розпорядження, посадові інструкції), спрямовані на належне функціонування системи внутрішнього контролю;
- подавати приклад порядності, сумлінності та дотримання етичних цінностей;

- підтримувати рівень власної компетентності, який дозволяє їм розуміти важливість підтримання в належному стані систему внутрішнього контролю, а також для виконання своїх обов'язків належним чином та досягнення загальних цілей Організації;

- здійснювати заходи для забезпечення необхідної компетентності працівників;

- організовувати структуру Організації відповідно до її потреб (функцій, завдань тощо);

- забезпечувати функціональну незалежність осіб/підрозділів відповідальних за внутрішній аудит в Організації;

- забезпечувати встановлення відповідальності та повноважень для працівників, гарантувати, що вони доведені до працівників та зрозумілі ними;

- забезпечувати проведення аналізу розподілу та делегування повноважень;

- забезпечувати безперервний розвиток та навчання персоналу;

- доводити до відома працівників Порядок організації системи внутрішнього контролю;

- забезпечувати визначення показників результативності та ефективності для працівників;

- забезпечувати повноту Переліку процесів Організації та його актуалізацію;

- затверджувати Перелік процесів Організації;

- затверджувати Матрицю відповідальності;

- затверджувати Регламенти процесів та зміни до них;

- визначати, затверджувати та переглядати цілі Організації;

- визначати, затверджувати та переглядати параметри процесів;

- здійснювати оцінку досягнення цілей Організації;

- звітувати Вищому керівництву про досягнення цілей Організації;

- забезпечувати умови для встановлення ризиків, які можуть здійснювати вплив, та оцінки їх впливу на здатність Організації досягти свої цілі;

- приймати рішення щодо впровадження процесу оцінки ризиків;

- створювати Комісію з оцінки ризиків, визначати голову комісії та її персональний склад, а також затверджувати положення про неї;

- призначати Уповноваженого з питань внутрішнього контролю;

- забезпечувати навчання Учасників СВК для виконання ними відповідних обов'язків та повноважень на належному професійному рівні;

- забезпечувати достатній рівень повноважень Учасників СВК;

- затверджувати Опис визначених ризиків, який складено за формою, що наведена в додатку 8 до цього Порядку;

- затверджувати Результати оцінки ризиків, які складено за формою, що наведена в додатку 10 до цього Порядку;

- затверджувати План заходів з реагування на ризики, який складено за формою, що наведена в додатку 11 до цього Порядку;

- запроваджувати та підтримувати ефективні заходи внутрішнього контролю;

- надавати працівникам чіткі вказівки щодо необхідності управління ризиками;

- забезпечувати здійснення періодичного моніторингу.

9.4. Права та обов'язки Уповноваженого з питань внутрішнього контролю.

9.4.1. Уповноважений з питань внутрішнього контролю має право:

- доступу до документів, інформації та баз даних, які стосуються СВК; проводити анкетування, опитування та інтерв'ювання працівників Організації;

- одержувати від працівників Організації пояснення, звіти, первинні та зведені документи, у яких відображається інформація про операції, процеси та інші документи, що стосуються СВК Організації;

- отримувати від Власників процесів та інших учасників СВК Організації інформацію про стан організації внутрішнього контролю, стан впровадження запланованих заходів контролю, досягнення цілей, параметрів процесів та іншу інформацію, що стосується СВК Організації;

- надавати Власникам процесів та іншим учасникам СВК Організації рекомендації щодо вдосконалення та організації СВК;

- інформувати Керівника Організації та Координатора про недотримання Власниками процесів та іншими учасникам СВК Організації вимог цього Положення або неврахування ними наданих рекомендацій;

- використовувати інформаційні електронні бази даних, інші системи інформації, засоби електронного зберігання й обробки інформації з питань, що стосуються СВК.

9.4.2. Уповноважений з питань внутрішнього контролю зобов'язаний:

- забезпечувати внесення в ІАС СВК актуальної інформації про перелік процесів та призначати Власників процесів відповідно до Матриці відповідальності протягом 5 робочих днів після затвердження;

- розміщувати в ІАС СВК результати періодичних оцінок (моніторингу) протягом 5 робочих днів після затвердження;

- вносити зведену інформацію про визначення, оцінки ризиків та відповідних заходів реагування в таблицю Карти ризиків в форматі EXCEL за формою, що наведена в додатку 12 до цього Порядку, та надавати її Координатору для опрацювання;

- забезпечувати ведення бази даних впроваджених заходів контролю в Організації.

9.5. Права та обов'язки Комісії з оцінки ризиків:

9.5.1. Комісія з оцінки ризиків має право:

- доступу до документів, інформації та баз даних, які стосуються СВК; проводити анкетування, опитування та інтерв'ювання працівників Організації;

- отримувати від Власників процесів та інших учасників СВК Організації інформацію про стан організації внутрішнього контролю, стан впровадження запланованих заходів контролю, досягнення цілей, параметрів процесів та іншу інформацію, що стосується СВК Організації;

- використовувати інформаційні електронні бази даних, інші системи інформації, засоби електронного зберігання й обробки інформації з питань, що стосуються СВК.

9.5.2. Комісія з оцінки ризиків зобов'язана:

- здійснювати аналіз внутрішніх та зовнішніх зацікавлених сторін, відповідні результати заносити в Перелік вимог та очікувань зацікавлених сторін за формою, що наведена в додатку 5 до цього Порядку;

- здійснювати аналіз внутрішнього та зовнішнього середовища Організації, відповідні результати заносити в Опис зовнішнього та внутрішнього середовища Організації (SWOT-аналіз) сторін за формою, що наведена в додатку 6 до цього Порядку;

- здійснювати визначення ризиків шляхом аналізу відповідних джерел інформації, відповідні результати заносити в Анкету аналізу джерел інформації для визначення ризиків за формою, що наведена в додатку 7 до цього Порядку;

- складати Опис визначених ризиків за формою, що наведена в додатку 8 до цього Порядку;

- здійснювати оцінку ризиків та оформлення відповідних результатів за формою, що наведена в додатку 10 до цього Порядку;

- складати План заходів з реагування на ризики за формою, що наведена в додатку 11 до цього Порядку;

- подавати План заходів з реагування на ризики для погодження з Координатором з наступними додатками: Анкета аналізу джерел інформації для визначення ризиків, Опис визначених ризиків, Результати оцінки ризиків.

9.6. Права та обов'язки Внутрішнього аудитора визначені Положенням про підрозділ внутрішнього аудиту, Порядком планування і проведення внутрішніх аудитів та інших контрольних заходів, посадовими інструкціями працівників підрозділу внутрішнього аудиту, інших власних розпорядчих документів з питань внутрішнього аудиту.

9.7. Права та обов'язки Власників процесів.

9.7.1. Власники процесів мають право розподіляти ресурси (кадрові, фінансові, технічні тощо), що відносяться до функціонування процесу в межах повноважень, визначених Регламентом процесу та іншими розпорядчими та нормативними документами.

9.7.2. Власники процесів зобов'язані:

- складати Регламенти процесів відповідно до Порядку складання Регламентів процесів в виконавчому комітеті, підприємствах, установах, закладах та організаціях Лубенської територіальної громади, який наведено

в додатку 1 до цього Порядку, ініціювати та здійснювати їх оновлення та актуалізацію;

- вносити в ІАС СВК відповідну інформацію про власні процеси: регламент, опис тощо;

- доводити до відома Вищого керівництва інформацію про виявлені проблеми, недоліки та відхилення шляхом внесення інформації у відповідний розділ ІАС СВК та іншими засобами комунікації;

- здійснювати постійний моніторинг;

- вносити результати постійного моніторингу в Звіт по процесу за формою, що наведено в додатку 13 до цього Порядку.

9.8. Права та обов'язки Інших співробітників Організації.

Права та обов'язки Інших співробітників Організації поширюються на всіх учасників СВК Організації.

9.8.1. Інші співробітники Організації мають право:

- ознайомлюватися з документацією СВК, що має відношення до виконання його посадових обов'язків;

- отримувати достатній рівень професійного навчання;

- надавати пропозиції щодо удосконалення СВК, в тому числі щодо коригування процесів;

- звертатися до Уповноваженого з питань внутрішнього контролю за роз'ясненням щодо вимог цього Порядку.

9.8.2. Інші співробітники Організації зобов'язані:

- виконувати функції, процеси та операції в межах повноважень і відповідальності, визначених Регламентами процесів, посадовими інструкціями, іншими розпорядчими та нормативними документами;

- дотримуватися вимог етичної поведінки;

- підтримувати належний рівень компетентності;

- сприяти обміну інформацією і комунікаціями в рамках процесу управління ризиками.

9.9. Права та обов'язки Координатора.

9.9.1. Координатор має право:

- залучати фахівців структурних підрозділів та зовнішніх фахівців для аналізу ризиків та заходів контролю Організацій, проведення навчання учасників СВК тощо;

- надавати Керівнику Організацій та іншим учасникам СВК рекомендації щодо вдосконалення та організації СВК;

- отримувати від Організацій інформацію про стан організації внутрішнього контролю, стан впровадження запланованих заходів контролю, досягнення цілей, параметрів процесів та іншу інформацію, що стосується СВК Організацій;

- інформувати міського голову, Внутрішнього аудитора (для врахування при проведенні внутрішнього аудиту Організації) про

недотримання Організаціями вимог цього Положення або неврахування Керівником Організації наданих рекомендацій;

- розробляти та вносити зміни до форм звітування, ІАС СВК та іншого документообігу, що стосується СВК.

9.9.2. Координатор зобов’язаний:

- здійснювати загальний контроль за дотриманням вимог цього Положення;

- призначати дату та час зустрічі для погодження Опис визначених ризиків, Результати оцінки ризиків та Плану заходів з реагування на ризики; розглядати Опис визначених Організацією ризиків та надавати відповідні погодження та/або зауваження;

- розглядати Результати оцінки ризиків та надавати відповідні погодження та/або зауваження;

- розглядати План заходів з реагування на ризики та надавати відповідні погодження та/або зауваження;

- інформувати Лубенського міського голову, Внутрішнього аудитора (для врахування при проведенні внутрішнього аудиту Організації) про стан організації внутрішнього контролю у виконавчому комітеті, підприємствах, установах, закладах і організаціях комунальної форми власності Лубенської територіальної громади.

Керуючий справами
виконавчого комітету Юлія БІЛОКІНЬ

Додаток 1

ПОРЯДОК СКЛАДАННЯ РЕГЛАМЕНТІВ ПРОЦЕСІВ У ВИКОНАВЧИХ ОРГАНАХ ЛУБЕНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЛУБЕНСЬКОГО РАЙОНУ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ, ПІДПРИЄМСТВАХ, УСТАНОВАХ ТА ОРГАНІЗАЦІЯХ КОМУНАЛЬНОЇ ФОРМИ ВЛАСНОСТІ

І. Загальні положення

1.1. Цей Порядок складання Регламентів процесів у виконавчих органах Лубенської міської ради Лубенського району Полтавської області, підприємствах, установах та організаціях комунальної форми власності (далі – Порядок) визначає методику складання регламентів процесів та є правилами, які регламентують порядок виконання Учасниками СВК визначених законодавством функцій.

1.2. Регламенти процесів формуються Власниками процесів окремо за кожною функцією і складаються з наступних розділів:

- основні поняття;
- блок-схема процесу;
- короткий опис процесу.

Також Регламент процесу має містити «Технологічну карту», «Список прийнятих скорочень».

ІІ. Основні поняття

2.1. У розділі «Основні поняття» Регламентів процесів зазначаються підпункти «Учасники процесу», «Нормативно-правові акти, які регламентують виконання процесу», «Пов’язані функції», «Документообіг», «Прикладне програмне забезпечення».

2.2. У підпункті «Учасники процесу» зазначається перелік суб’єктів, діяльність яких відноситься до процесу, та замовник процесу.

Учасники процесу можуть бути:

- Учасники СВК;
- Зовнішні зацікавлені сторони;
- Замовники процесу – суб’єкти, в інтересах яких здійснюється процес або інший процес (можуть бути Учасниками СВК та Зовнішніми зацікавленими сторонами).

Операції процесу можуть виконуватися лише Учасниками СВК. Інші учасники мають відношення лише до подій процесу.

2.3. У підпункті «Нормативно-правові акти, які регламентують виконання процесу» у табличній формі наводиться перелік нормативно-правових актів, з урахуванням яких був розроблений Регламент процесу, а саме:

№ п/п	*Нормативно-правовий акт*

2.4. У підпункті «Пов’язані функції» для оперативних процесів наводиться перелік функцій Організації, на виконання яких орієнтований даний процес. Для процесів управління та допоміжних процесів зазначається вид процесу.

2.5. У підпункті «Документообіг» у табличній формі наводиться перелік документів, у тому числі електронних, які складаються або опрацьовуються Учасниками СВК при виконанні відповідного процесу, та нормативно-правових актів, які регламентують їх форму і склад показників, а саме:

№	*Документ*	*Нормативно-правовий акт*	*Посилання на положення нормативно-правового акту*

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

2.6. У підпункті «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.

2.7. Параметри процесу визначаються та затверджуються Керівником Організації окремим розпорядчим документом.

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 системи умовних позначень (нотація) для моделювання бізнес-процесів BPMN і містить інформацію щодо:

- входу та виходу процесу;
- операцій, з яких складається процес;
- проміжних подій;
- учасників процесу;
- документів;
- послідовності виконання операцій тощо.

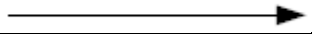
Приклад позначень наведено в пункті 3.4 даного Порядку.

3.3. Вхід та вихід процесу є обов’язковим атрибутом регламенту процесу.

Вхід процесу – вхідні об’єкти (продукція, інформація, документи або послуга), які перетворюються у виходи процесу в ході його виконання. Входом одного процесу може бути вихід іншого.

Вихід процесу – матеріальний чи інформаційний об‘єкт чи послуга, що є результатом виконання процесу і споживається зовнішніми чи внутрішніми, стосовно до процесу, замовниками (продукт процесу чи послуга). Вихід процесу завжди повинен мати свого замовника. У випадку, якщо замовником є інший процес, то для нього цей вихід є входом.

3.4. Список позначень, які можуть використовуватися при підготовці блок-схеми процесу

Позначення	***Опис позначення***
Подія (Event) 	Подія - це те, що відбувається під час процесу і впливає на його хід. Найчастіше подія має причину (тригер) або вплив (результат). Зображується у вигляді кола з вільним центром, призначеним для диференціювання внутрішніми маркерами різних тригерів або їх результатів. Залежно від впливу Подій на хід бізнес-процесу, виділяють три типи: Стартова подія (Start), Проміжна подія (Intermediate) і Кінцева подія (End).
Операція (Activity) 	Операції можуть бути елементарними (Task), або складовими (підпроцес, Sub-Process). Підпроцес являє собою складову дію, яка складається послідовності (потоку) операцій.
Шлюз (Gateway) 	Шлюзи використовуються для контролю розходжень і сходжень потоку операцій. Таким чином зображується розгалуження, роздвоєння, злиття і з'єднання маршрутів. Внутрішні маркери вказують тип контролю розвитку процесу.
Послідовність операцій (Sequence Flow) 	Послідовність операцій служить для відображення того порядку, в якому організовані дії процесу.
Об’єкт даних (Data Object) 	Об’єкт даних відображає інформацію, що обробляється в ході процесу, наприклад, документ або лист.
Сховище даних 	Сховище даних – це об'єкт, який процес використовує для запису та вибірки даних, наприклад, база даних. Сховище даних дає змогу зберігати дані після закінчення життєвого циклу процесу.
Повідомлення 	Повідомлення дає змогу явно продемонструвати передачу інформації в ході спілкування двох учасників.

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. Для кожної операції призначається відповідальна особа за її здійснення. Якщо операцію здійснює декілька виконавців зазначається розподіл повноважень та обов’язків між ними.

4.3. Операції процесу які є заходами контролю в кінці назви позначаються літерою (К).

V. Технологічна карта

5.1. Технологічна карта формується в розрізі всіх операцій, з яких складається процес, за встановленою цим пунктом формою.

ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТА

№	Операція			Відповідальний виконавець		Вхідний документ				Вихідний документ				Програмне забезпечення
	Найменування	умова виконання (подія)	строк виконання	посада	стислий опис роботи	найменування документу	назва учасника процесу	формат документу		найменування документу	назва учасника процесу	формат документу		
								паперовий	електронний			паперовий	електронний	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

5.2. Технологічна карта заповнюється з урахуванням наведених нижче вимог:

№	***Назва стовпця***	***Порядок заповнення***
1	№ п/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	посада	Зазначається посада відповідального за виконання операції. У разі виконання операції декількома виконавцями зазначається їх перелік з урахуванням послідовності виконання такої операції.
6	стислий опис роботи	Коротко викладається суть робіт, що здійснюються виконавцем.
	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 документу по відношенню до операції: паперовий або електронний.
	Вихідний документ	
10	найменування документу	Зазначається перелік вихідних документів по відношенню до операції (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 документу по відношенню до операції документу: паперовий або електронний.
13	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 розшифрування використовуваних в Регламенті процесу абревіатур і скорочень:

Абревіатура/скорочення	*Розшифрування*

Додаток 2

МАТРИЦЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

№	Процеси	Власник процесу 1	Власник процесу 2	Власник процесу 3	Власник процесу 4	Власник процесу 5	Власник процесу 6
У1	Процес 1						
У2	Процес 2						
О1	Процес 3						
О2	Процес 4						
Д1	Процес 5						
Д2	Процес 6						

Додаток 3

ПЕРЕЛІК ПРОЦЕСІВ

№	**Процеси**
Управління	
…	…
Оперативні	
…	…
Допоміжні	
…	…

Додаток 4

ЦІЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ

Стратегічні цілі	**Термін виконання**	**Показники**	**Процеси**

Операційні цілі	**Стратегічні цілі**	**Термін виконання**	**Показники**	**Процеси**

Цілі в області підготовки звітності	**Термін виконання**	**Показники**	**Процеси**

Цілі дотримання законодавства	**Термін виконання**	**Показники**	**Процеси**

Додаток 5

ПЕРЕЛІК ВИМОГ ТА ОЧІКУВАНЬ ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН

Сторона	Вимоги та очікування
Зовнішні зацікавлені сторони	
…	…
Внутрішні зацікавлені сторони	
…	…

Додаток 6

ОПИС ЗОВНІШНЬОГО ТА ВНУТРІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА ОРГАНІЗАЦІЇ (SWOT-АНАЛІЗ)

Внутрішнє середовище	**S (Strengths) – Сильні сторони**	**W (Weaknesses) – Слабкі сторони**
Зовнішнє середовище	**O (Opportunities) – Можливості**	**T (Threats) – Загрози**

Додаток 7

АНКЕТА АНАЛІЗУ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКІВ

ВИЯВЛЕНІ РИЗИКИ		*КОМЕНТАРІ*
Цілі Організації	відсутні*	
SWOT-аналіз	відсутні	
Скарги та зауваження зацікавлених сторін щодо діяльності Організації	відсутні	
Звіти Організації Вищому керівництву, відповідні коментарі та резолюції	відсутні	
Звіти контролюючим органам, відповідні коментарі та резолюції	відсутні	
Звіт Внутрішнього аудитора щодо ефективності СВК Організації	відсутні	
Результати перевірок контролюючих органів	відсутні	
Інші результати періодичних оцінок (моніторингу) (внутрішні та зовнішні аудити тощо)	відсутні	
Звіти по процесах та інтерв'ю з власниками процесів та іншими працівниками	відсутні	
Перелік виявлених недоліків та відхилень	відсутні	
Аналіз здійсненних заходів щодо зменшення ризиків в попередніх періодах	відсутні	
Результати судових процесів в яких Організація є одною з сторін	відсутні	
Аналіз нормативно-правових та інших розпорядчих документів, що регламентують діяльність Організації	відсутні	
Аналіз повідомлень у засобах масової інформації та соціальних мережах про діяльність Організації	відсутні	
Інші джерела інформації	відсутні	

Члени комісії (ПІБ, підпис, дата)

* Якщо ризики відсутні ставимо у відповідному пункті позначку «**Х**».

Додаток 8

ОПИС ВИЗНАЧЕНИХ РИЗИКІВ

Функція	*Процес*	*Визначений ризик*	*Чинники (причини) ризику*	*Можливі наслідки*	*Корупційна складова*	*Джерело інформації*

Додаток 9

МАТРИЦЯ РИЗИКІВ

Наслідок	***Ймовірність***		
	Низька	*Середня*	*Висока*
Високий	3 (1 х 3)	6 (2 х 3)	9 (3 х 3)
Середній	2 (1 х 2)	4 (2 х 2)	6 (3 х 2)
Низький	1 (1 х 1)	2 (2 х 1)	3 (3 х 1)

Додаток 10

РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ РИЗИКІВ

Процес	**Ризик**	**Оцінка ризику**		
		Вплив (1-3)	**Ймовірність (1-3)**	**Пріоритетність**
2	3	5	6	7

Додаток 11

ПЛАН ЗАХОДІВ З РЕАГУВАННЯ НА РИЗИКИ

Процес	Ризик	Оцінка ризику (пріоритетність)	Корупційна складова	Спосіб реагування на ризик	Заплановані заходи щодо усунення (зменшення) ризику				
					Запланований захід	Виконавець (ПІБ, посада)	Необхідні ресурси	Строк виконання	Очікувані результати
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Додаток 12

КАРТА РИЗИКІВ

№	Процес	Ризик	Чинники ризику	Оцінка ризику			Можливі наслідки ризику	Корупційна складова	Спосіб реагування на ризик	Заплановані заходи щодо усунення (зменшення) ризику				
				Вплив (1-3)	Ймовірність (1-3)	Пріоритетність				Запланований захід	Виконавець (ПІБ, посада)	Необхідні ресурси	Строк виконання	Очікувані результати
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Додаток 14

ПЕРЕЛІК ВИЯВЛЕНИХ НЕДОЛІКІВ ТА ВІДХИЛЕНЬ

Виявлені недоліки та відхилення	Процес	Пов'язані контролі	Вжиті заходи	Визначений ризик	Джерело інформації	Автор	Дата

Додаток 13

ЗВІТ ПО ПРОЦЕСУ

Назва: _____ Рік 20___

Параметри процесу	Стан виконання	Причини невиконання та подальші дії
Пропозиції щодо параметрів		

Існуючі контролі	Оцінка ефективності	Коментарі та пропозиції

Виявлені недоліки та відхилення	Пов'язані контролі	Вжиті заходи	Визначений ризик

Пропозиції по вдосконаленню процесу та СВК	

Відповідальний за процес

_____ _____ _____

(дата) (підпис) (ПІБ)

Додаток 15

СХЕМА ДОКУМЕНТООБІГУ СВК

№	*Операція*			*Вихідний документ*			
	найменування	*строк виконання*	*відповідальний виконавець*	*найменування документу*	*посилання*	*затверджує*	*інструмент комунікацій*
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*
1	**Внутрішній аудит ефективності СВК:**						
1.1	Внутрішній аудит ефективності СВК	До 30 листопада	Внутрішній аудитор	Звіт про результати внутрішнього аудиту		Внутрішній аудитор; Керівник Організації (ознайомлення)	АСКОД
			Уповноважений з питань внутрішнього контролю	Звіт періодичного моніторингу в ІАС СВК		Х	ІАС СВК
1.2	Визначення та внесення змін до переліку процесів	15 робочих днів після внутрішнього аудиту ефективності СВК	Керівник Організації	Перелік процесів	Додаток 3	Керівник Організації	
		5 робочих днів після затвердження	Уповноважений з питань внутрішнього контролю	Внесення змін в ІАС СВК		Х	ІАС СВК
1.3	Внесення змін до Матриці відповідальності	15 робочих днів після внутрішнього аудиту ефективності СВК	Керівник Організації	Матриця відповідальності	Додаток 2	Керівник Організації	
		5 робочих днів після затвердження	Уповноважений з питань внутрішнього контролю	Внесення змін в ІАС СВК		Х	ІАС СВК
1.4	Внесення змін до Регламентів процесу	15 роб. днів після внутріш.аудиту ефективності СВК	Власник процесу	Регламент процесу	Додаток 1	Керівник Організації	ІАС СВК
2	**Перегляд та затвердження цілей**						
2.1	Перегляд та затвердження цілей	31 січня	Керівник Організації	Цілі Організації	Додаток 4	Керівник Організації	АСКОД
2.2	Перегляд та затвердж. параметрів процесів	31 січня	Керівник Організації	Параметри процесів		Керівник Організації	ІАС СВК

№	Операція			Вихідний документ			
	найменування	строк виконання	відповідальний виконавець	найменування документу	посилання	затверджує	інструмент комунікацій
1	2	3	4	5	6	7	8
3	**Визначення подій (ризиків):**						
3.1	Визначення вимог та очікувань зацікавлених сторін	31 січня	Комісія з оцінки ризиків	Перелік вимог та очікувань зацікавлених сторін	Додаток 5	Комісія з оцінки ризиків	
3.2	SWOT-аналіз	31 січня	Комісія з оцінки ризиків	Опис зовнішнього та внутрішнього середовища	Додаток 8	Комісія з оцінки ризиків	
3.3	Аналіз інформації про ризики	31 січня	Комісія з оцінки ризиків	Анкета аналізу джерел інформації для визначення ризиків	Додаток 7	Комісія з оцінки ризиків	
3.4	Опис ризиків	31 січня	Комісія з оцінки ризиків	Опис визначених ризиків	Додаток 8	Керівник Організації	
3.5	Оцінка ризиків	31 січня	Комісія з оцінки ризиків	Результати оцінки ризиків	Додаток 10	Керівник Організації	
3.6	Розробка плану заходів з реагування на ризики	31 січня	Комісія з оцінки ризиків	План заходів з реагування на ризики	Додаток 11	Керівник Організації	
3.7	Зведення результатів оцінки ризиків	31 січня	Уповноважений з питань внутрішнього контролю	Карта ризиків	Додаток 12	Х	
4	**Погодження Плану заходів з реагування на ризики**						
4.1	Передача Плану заходів та інш. документів на погодж. з Координатором	Раз на два роки до 31 січня	Керівник Організації	План заходів з реагування на ризики	Додаток 11	Керівник Організації	АСКОД
4.2	Призначення та проведення погоджувальної зустрічі	Раз на два роки до 1 березня	Координатор Комісія з оцінки ризиків	Інформування про дату погоджувальної зустрічі		Координатор	АСКОД
4.3	Погодження Плану заходів або надання зауважень	5 робочих днів після погоджувальної зустрічі	Координатор	Погодження/ зауваження до Плану заходів з реагування на ризики		Координатор	АСКОД
4.4	Надання Координатору оновленого Плану заходів з реагування на ризики	5 робочих днів після отримання зауважень	Керівник Організації	План заходів з реагування на ризики	Додаток 11	Керівник Організації	АСКОД
5	**Збір інформації про виявлені недоліки та відхилення:**						

№	Операція			Вихідний документ			
	найменування	строк виконання	відповідальний виконавець	найменування документу	посилання	затверджує	інструмент комунікацій
1	2	3	4	5	6	7	8
5.1	Постійний моніторинг	5 робочих днів 10 січня	Власник процесу	Звіт по процесу	Додаток 13	Х	ІАС СВК
5.2	Періодичні оцінки (внутрішні та зовнішні аудити, тощо)	5 робочих днів після затвердження	Уповноважений з питань внутрішнього контролю	Звіт періодичного моніторингу		Х	ІАС СВК