



МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК “ОРГАНІЗАЦІЯ ВНУТРІШНЬОГО КОНТРОЛЮ ТА УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ”



БЕРЕЗЕНЬ 2026

ОБМЕЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ:

Для розповсюдження в Збройних Силах України та інших складових Сил оборони України. Виготовлення копій здійснюється з дозволу розробника військової публікації.

Ця військова публікація є третім виданням, яке замінює ТКП 8-00(199)01.02, видання від 10 листопада 2021 року.

ГЕНЕРАЛЬНА ІНСПЕКЦІЯ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ
СПІЛЬНО З УПРАВЛІННЯМ ВНУТРІШНЬОГО КОНТРОЛЮ
ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ТА КОМАНДУВАННЯМ СИЛ
СПЕЦІАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

ВП 8-00(199).01

ЗАТВЕРДЖУЮ

Тимчасово виконуючий обов'язки Генерального
інспектора Міністерства оборони України
генерал-лейтенант Ігор ЛУНЬОВ
14 березня 2026 р.

МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК “ОРГАНІЗАЦІЯ ВНУТРІШНЬОГО КОНТРОЛЮ ТА УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ”

Військова навчально-методична публікація командирам (начальникам) структурних підрозділів МОУ та ГШ ЗС України з питань організації внутрішнього контролю та управління ризиками

БЕРЕЗЕНЬ 2026

ОБМЕЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ:

Для розповсюдження в Збройних Силах України та інших складових Сил оборони України. Виготовлення копій здійснюється з дозволу розробника військової публікації. Ця військова публікація є третім виданням, яке замінює ТКП 8-00(199)01.02, видання від 10 листопада 2021 року.
ГЕНЕРАЛЬНА ІНСПЕКЦІЯ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ СПІЛЬНО З УПРАВЛІННЯМ ВНУТРІШНЬОГО КОНТРОЛЮ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ТА КОМАНДУВАННЯМ СИЛ СПЕЦІАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ



ДОКУМЕНТ СЕДО
Сертифікат [3F1FC22062171FDF04000000AD0500002C920400](#)
Підписувач [Луньов Ігор Васильович](#)
Дійсний з [12.02.2026 0:00:00](#) по [11.02.2028 23:59:59](#)

Головна інспекція Міністерства оборони України



220/5/606 від 14.03.2026 10:35

ПЕРЕДМОВА

Військова навчально-методична публікація Методичний посібник “Організація внутрішнього контролю та управління ризиками” (далі – Методичний посібник) розроблена робочою групою Головної інспекції Міністерства оборони України спільно з Управлінням внутрішнього контролю Збройних Сил України та Командуванням Сил спеціальних операцій Збройних Сил України.

Цей оновлений Методичний посібник розроблено з метою надання цілісного уявлення посадовим особам структурних підрозділів Міністерства оборони України, Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту, Генерального штабу ЗС України, органів військового управління, військових частин та установ про функціонування системи внутрішнього контролю та управління ризиками.

Розробники: Головний інспектор ГІМО України полковник **Костянтин КУСТРИЧ** (керівник розробки); старший інспектор ГІМО України полковник **Олексій БУХЕР**; старший інспектор Технічної інспекції Міністерства оборони України полковник **Віктор КАПТАНЕЦЬ**; старший офіцер-ревізор групи внутрішнього контролю військової частини А0987 майор **Назарій ВАНІВСЬКИЙ**.

При підготовці цього Методичного посібника використані звітні матеріали проєкту “Удосконалення процесів управління ризиками та комплаєнсу в системі внутрішнього контролю Міноборони”, керівник проєкту **Ганна ШМЕЛЬОВА**.

Цей Методичний посібник розроблений з урахуванням суттєвого оновлення законодавства України з питань державного внутрішнього фінансового контролю та за результатами апробації положень “Методичного посібника “Організація внутрішнього контролю та управління ризиками”, ТКП 8-00(199)01.02, затвердженого Головним інспектором Міністерства оборони України 10.11.2021 починаючи з листопада 2021 року по лютий 2026 року. Зважаючи на зазначене, друге видання цього Методичного посібника, ТКП 8-00(199)01.02 від 10.11.2021 **вважати таким що втратило чинність**.

Ця редакція цього Методичного посібника знаменує собою докорінну зміну філософії внутрішнього контролю: перехід від теоретичних роздумів до чітких алгоритмів дії. Ми проаналізували досвід впровадження версій посібника 2019 та 2021 років і врахували головний виклик – надмірне бюрократичне навантаження на виконавців.

Еволюція документа базується на трьох ключових принципах:

Від “мук творчості” до чітких стандартних операційних процедур (СОП). Ми відмовилися від загальних описових алгоритмів, які змушували командирів на місцях самостійно вигадувати форму та зміст документів. Нова редакція побудована на Стандартних Операційних Процедурах (SOP). Принцип простий: не витрачайте час на роздуми про оформлення – виконуйте чітку інструкцію “Крок 1 → Крок 2” та заповнюйте уніфіковані форми. Це знімає когнітивне навантаження та економить час для бойової роботи.

Принцип Парето: фокус на критичному. Час перетворити реєстри ризиків з “макулатури” на дієвий інструмент. Замість переліків із сотень позицій, де змішувалися стратегічні загрози та дрібні побутові питання, ми впроваджуємо жорстку фільтрацію. Акцент робиться на 3-5 критичних викликах. Витратити ресурс на вирішення п’яти реальних ризиків ефективніше, ніж описувати п’ятдесят гіпотетичних.

Управління за винятками (Management by Exception). Система побудована так, щоб мінімізувати паперову роботу в штатному режимі. Документування (зокрема складання “Профілю ризику/відхилення”) стає реактивним, а не проактивним процесом. Воно ініціюється лише у двох випадках: виявлення критичного (ключового) ризику або фіксація порушення під час аудитів, ревізій, інспекцій та перевірок. Поки процеси йдуть за планом – ви працюєте, а не звітуєте.

Цей Методичний посібник – інструмент переходу від застарілих підходів “прикриття паперами” до стандартів НАТО, де кожен документ є протоколом конкретних дій.

Керівники установ, керівники структурних підрозділів повинні мати достатню впевненість, що запроваджені заходи контролю для впливу на ризики і відхилення постійно виконуються визначеним персоналом, а реагування на відхилення здійснено у повному обсязі і передумови до їх повторення усунуті.

Зміст цього Методичного посібника дозволяє зрозуміти порядок взаємопов’язаного функціонування елементів внутрішнього контролю, а саме: внутрішнього середовища, управління ризиками, заходів контролю, інформації та комунікації, моніторингу, а також механізмів реагування на відхилення, які направлені на забезпечення досягнення встановлених цілей і завдань діяльності установ в системі Міністерства оборони України.

Враховуючи актуальність питань управління ризиками, окремі розділи цього Методичного посібника можуть слугувати практичним порадищем для посадових осіб установ з питань організації процесу управління ризиками в інших сферах діяльності.

Уніфікований підхід до отримання кінцевого результату діяльності бюджетних установ досягається, шляхом чіткого визначення ролі і місця кожної посадової особи у процесі організації та здійснення внутрішнього контролю.

Усі питання, що стосуються цього Методичного посібника, надсилати за такими адресами:

03168, м. Київ, проспект Повітряних Сил 6, Генеральна інспекція Міністерства оборони України, ТКМ “СЕДО-М” – індекс 221 (контактний телефон розробників для надання зауважень та пропозицій – 62-22-646).

10014, м. Житомир, вул. Велика Бердичівська, 17а, Центр оперативних стандартів і методики підготовки Збройних Сил України, електронна поштова адреса standart@mil.gov.ua або “СЕДО М” – індекс 360 (контактний телефон розробників для надання зауважень та пропозицій – (68) 44-780 в частині, що стосується оформлення та надання йому відповідного позначення (присвоєння реєстраційного номеру).

ЗМІСТ

	ПЕРЕДМОВА	2
	ВСТУП	6
1	ОРГАНІЗАЦІЯ ВНУТРІШНЬОГО КОНТРОЛЮ ТА УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ В СИСТЕМІ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ	7
1.1	Підходи до внутрішнього контролю та управління ризиками в системі Міністерства оборони України	7
1.2	Повноваження з питань внутрішнього контролю та управління ризиками	12
1.3	Особливі складові системи внутрішнього контролю	15
1.4	Вимоги щодо організації внутрішнього контролю в установі	16
2	ЕЛЕМЕНТИ ВНУТРІШНЬОГО КОНТРОЛЮ	17
2.1	Внутрішнє середовище	19
2.2	Управління ризиками	26
2.3	Заходи контролю	45
2.4	Реагування на відхилення	48
2.5	Інформація і комунікація	53
2.6	Моніторинг	55
2.7	Звітування про стан функціонування системи внутрішнього контролю в установі	62
3	СТАНДАРТНІ ОПЕРАЦІЙНІ ПРОЦЕДУРИ В СИСТЕМІ ВНУТРІШНЬОГО КОНТРОЛЮ	65
3.1	СОП № 1: Розробка “Опису внутрішнього середовища установи”	65
3.2	СОП № 2: Управління ризиками на рівні установи	69
3.3	СОП № 3: Здійснення заходів контролю для впливу на ризики і реагування на відхилення	75
3.4	СОП № 4: Реагування на відхилення, виявлені органами військового управління, відповідальними за діяльність в системі Міноборони, Генеральною інспекцією, Службою внутрішнього аудиту, Рахунковою палатою, Державною аудиторською службою України (відповідно до розділу VII “Реагування на відхилення” Порядку)	80
3.5	СОП № 5. Ескалація та реагування на ризики, що потребують вжиття заходів на вищому рівні	85
3.6	СОП № 6: Реагування на систематичні ризики та відхилення	88
3.7	СОП № 7: Дії менеджера внутрішнього контролю установи щодо координації внутрішнього контролю і управління ризиками	95
3.8	СОП № 8: Формування звіту про стан функціонування системи внутрішнього контролю в установі	97
3.9	СОП № 9: Перевірка стану організації внутрішнього контролю координатором внутрішнього контролю органу військового управління	101
4	ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА	105

Додатки:		
1	Наказ керівника установи “Про забезпечення функціонування внутрішнього контролю” (зразок)	106
2	Протокол засідання робочої групи з оцінки установи (зразок)	111
3	Реєстр ризиків і відхилень установи (зразок)	114
4	Профіль ризику (зразок)	115
5	Профіль відхилення (зразок)	116
6	Методика перевірки стану організації внутрішнього контролю в системі Міністерства оборони України	117
7	Аспекти, щодо яких може здійснюватися оцінка ефективності системи внутрішнього контролю	145
8	Доповідь менеджера внутрішнього контролю про стан внутрішнього контролю в установі (зразок)	153
9	Звіт про стан функціонування системи внутрішнього контролю установи (зразок)	156
10	Звіт про стан функціонування системи внутрішнього контролю органу військового управління (департаменту Міноборони) (зразок)	159
	ПОСИЛАННЯ НА НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АКТИ ТА ВІЙСЬКОВІ ПУБЛІКАЦІЇ	164
	ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ ТА УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	165
	ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ	166
	СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ (ДЖЕРЕЛ)	167
	ДЛЯ ЗАМІТОК	169

ВСТУП

Функціонування внутрішнього контролю (далі – ВК) спрямоване на посилення відповідальності керівників за управління і розвиток установ в цілому (управлінська відповідальність та підзвітність). Ціль внутрішнього контролю – якісне виконання бюджетними установами завдань з планування та організації діяльності, формування адекватної структури внутрішнього контролю, нагляд за здійсненням внутрішнього контролю та управління ризиками для досягнення мети і створення системи прийняття рішень, зокрема фінансових, на принципах законності, економічності, ефективності, результативності та прозорості.

Тому, розкриття актуальних питань пов'язаних з організацією функціонування системи внутрішнього контролю для розуміння персоналом його ролі у ефективному управлінні ресурсами є метою третього видання цього Методичного посібника.

Третє видання цього Методичного посібника призначене для посадових осіб усіх рівнів. Положення цього Методичного посібника роз'яснюють основні принципи та підходи до функціонування внутрішнього контролю, деталізуючи роль і місце кожної посадової особи в системі внутрішнього контролю на прикладах уніфікованих процесів його планування, виконання, перевірки та вжиття коригуючих заходів, спрямованих на усунення відхилень (усунення причин і умов, що сприяли їх виникненню, передумов до їх повторення).

Рекомендації цього Методичного посібника потрібно використовувати творчо, відповідно до специфіки діяльності конкретного органу військового управління, установи та її структурного підрозділу.

Особливу увагу у практичному застосуванні вимог цього Методичного посібника щодо функціонування внутрішнього контролю необхідно зосередити на впливі на ключові ризики і відхилення в діяльності установ. Щоб суттєві події, які впливають на досягнення цілей діяльності установи були завжди під контролем керівництва, а заходи контролю для впливу на них були належним чином задокументовані, здійснювалися і підлягали постійному моніторингу зі сторони керівництва установи та відповідних посадових осіб.

Зміст третього видання цього Методичного посібника доповнений роз'ясненнями особливостей організації внутрішнього контролю, проведення його оцінювання, у тому числі наведено інформацію Міністерства фінансів України щодо механізмів оцінювання ефективності внутрішнього контролю під час проведення внутрішніх аудитів.

1. ОРГАНІЗАЦІЯ ВНУТРІШНЬОГО КОНТРОЛЮ ТА УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ В СИСТЕМІ МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ

1.1. Підходи до внутрішнього контролю та управління ризиками в системі Міністерства оборони України

Основою внутрішнього контролю (фінансового управління і контролю) є управлінська відповідальність та підзвітність керівника, його заступників, керівників нижчого рівня та працівників установи, яка забезпечується через делегування повноважень, встановлення рівня автономії відповідальних керівників, визначення структури їх підзвітності та ґрунтується на вимогах законодавства і стосується всієї діяльності установи, зокрема щодо:

- належного управління та її розвитку, зокрема якісного досягнення цілей державної політики у відповідній сфері діяльності;

- визначення мети (місії), стратегічних цілей, завдань, заходів та очікуваних результатів діяльності з урахуванням наявних ресурсів в плані діяльності установи;

- досягнення завдань діяльності та цілей;

- прийняття управлінських рішень, ґрунтуючись на управлінні ризиками, для забезпечення спроможності досягти встановлених цілей, результативності та ефективності використання бюджетних коштів і ресурсів;

- формування / участі у формуванні бюджетних програм, складанні їх паспортів;

- розробки та затвердження порядків використання бюджетних коштів, складання документів, що застосовуються у процесі виконання бюджету;

- виконання заходів, передбачених бюджетною програмою;

- забезпечення законного, економного, ефективного, результативного і прозорого використання бюджетних коштів та ресурсів;

- здійснення закупівель товарів, робіт і послуг;

- здійснення моніторингу виконання бюджетних програм та оцінювання їх ефективності;

- забезпечення контролю за дотриманням бюджетного законодавства (зокрема за повнотою надходжень, взяттям бюджетних зобов'язань, витрачанням бюджетних коштів та складанням звітності);

- управління ресурсами;

- запобігання корупційним правопорушенням, шахрайству або зловживанням службовим становищем;

- визначення механізмів запобігання відхиленням, у тому числі встановлення порядку інформування (каналів повідомлень) про можливі факти відхилень та реагування на них, виявлення та усунення відхилень, причин і умов, що сприяли їх виникненню, а також документування виявлених відхилень;

- впровадження сучасних інформаційних (автоматизованих), електронних комунікаційних та інформаційно-комунікаційних систем, забезпечення їх належного функціонування і захисту;

- надання адміністративних послуг;

ВІДКРИТА ІНФОРМАЦІЯ

здійснення контрольно-наглядових функцій;
проведення правової роботи, роботи з персоналом;
забезпечення режиму секретності та інформаційної безпеки;
організації документообігу, у тому числі електронного документообігу та управління інформаційними потоками;

забезпечення публічності та прозорості, у тому числі доступу до інформації про використання публічних коштів;

взаємодії із медіа та громадськістю, у тому числі інформування громадськості з питань управління бюджетними коштами;

розгляду і вирішення адміністративних справ, прийняття та виконання адміністративних актів;

організації та встановлення порядку, рівня, структури та строків звітування (інформування) щодо питань ефективності та результативності діяльності установи, стану досягнення завдань діяльності та цілей, використання бюджетних коштів та ресурсів, виконання делегованих повноважень;

здійснення оцінки відповідних досягнень та результативності впроваджених заходів контролю;

організації та ведення бухгалтерського обліку, складання та подання фінансової, бюджетної і управлінської звітності;

вирішення інших питань, пов'язаних із функціонуванням установи.

Управлінська відповідальність та підзвітність характеризується у функціонуванні трьох ліній управління в установі (структурних підрозділів) (Рисунок 1):

першої – відповідальних за виконання основних завдань, функцій установи і досягнення цілей, законне та ефективне використання бюджетних коштів і ресурсів (операційна діяльність);

другої – відповідальних за функції підтримки, нагляду, контролю, оцінки і моніторингу щодо стану виконання основних завдань, функцій установи і досягнення цілей, використання бюджетних коштів та ресурсів, дотримання вимог законодавства та документів щодо порядку діяльності установи тощо, у тому числі щодо запобігання відхиленням та реагування на них, запобігання корупційним правопорушенням, шахрайству або зловживанням службовим становищем;

третьої – незалежної діяльності підрозділу внутрішнього аудиту (далі – ВА).

Обов'язком керівника є забезпечення підзвітності про свої дії, ефективність, результативність, публічність, прозорість, досягнення цілей державної політики у відповідній сфері діяльності, завдань діяльності та цілей, у тому числі про функціонування ВК, управління ризиками (далі – УР), реагування на відхилення.



Рисунок 1 – Функціонування трьох ліній управління (структурних підрозділів)

Управлінська підзвітність розглядається в контексті таких складових: відповідальність – визначення цілей відповідно до основних завдань і функцій установи та вимог законодавства щодо діяльності, чіткий розподіл завдань і обов'язків керівникам нижчого рівня (зокрема керівникам структурних підрозділів, зважаючи на функціонування трьох ліній управління) за їх досягнення;

повноваження – делегування керівникам нижчого рівня (зокрема керівникам структурних підрозділів, зважаючи на функціонування трьох ліній управління) повноважень, бюджетних коштів, ресурсів та прав приймати управлінські рішення щодо використання бюджетних коштів, управління наданими ресурсами для вирішення як виконувати завдання і обов'язки або можливість безпосередньо впливати на їх використання та управління (які застосовувати інструменти, підходи, порядки тощо);

автономія – обсяг простору діяльності керівників нижчого рівня для прийняття рішень щодо виконання ними делегованих повноважень, УР та реагування на відхилення.

Зазначені складові підзвітності мають бути поєднаними і узгодженими зі структурою інформування (звітування) керівників нижчого рівня, розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня та одержувачів бюджетних коштів за

результати виконання ними делегованих повноважень і відображатися в алгоритмах (порядках) реалізації таких повноважень.

Керівник установи делегує повноваження, забезпечує чіткий розподіл обов'язків, ресурсів, відповідальності і підзвітності між своїми заступниками, керівниками структурних підрозділів та працівниками установи (водночас не допускає дублювання виконуваних функцій і процедур між підрозділами другої та третьої лінії управління), а також спрямовує ресурси та визначає зобов'язання щодо підзвітності розпорядникам бюджетних коштів нижчого рівня, керівникам підвідомчих установ та/або одержувачам бюджетних коштів, таким чином, щоб забезпечити досягнення ними завдань діяльності та цілей установи.

Структура делегованих повноважень, обов'язків і наданих прав відповідальним виконавцям має підтримуватися в актуальному взаємозв'язку із їх підзвітністю, забезпечивши оптимізацію робочих процесів, підвищення їх ефективності шляхом зниження витрат, скорочення тривалості, підвищення результативності, якості та орієнтованості на споживача його результатів.

Управління установою характеризується станом забезпечення здійснюваного циклу послідовних та повторюваних процесів щодо планування, виконання, звітування та оцінки досягнутих результатів, спрямованого на якісне досягнення показників цілей державної політики у відповідній сфері діяльності (цикл Демінга) (Рисунок 2).

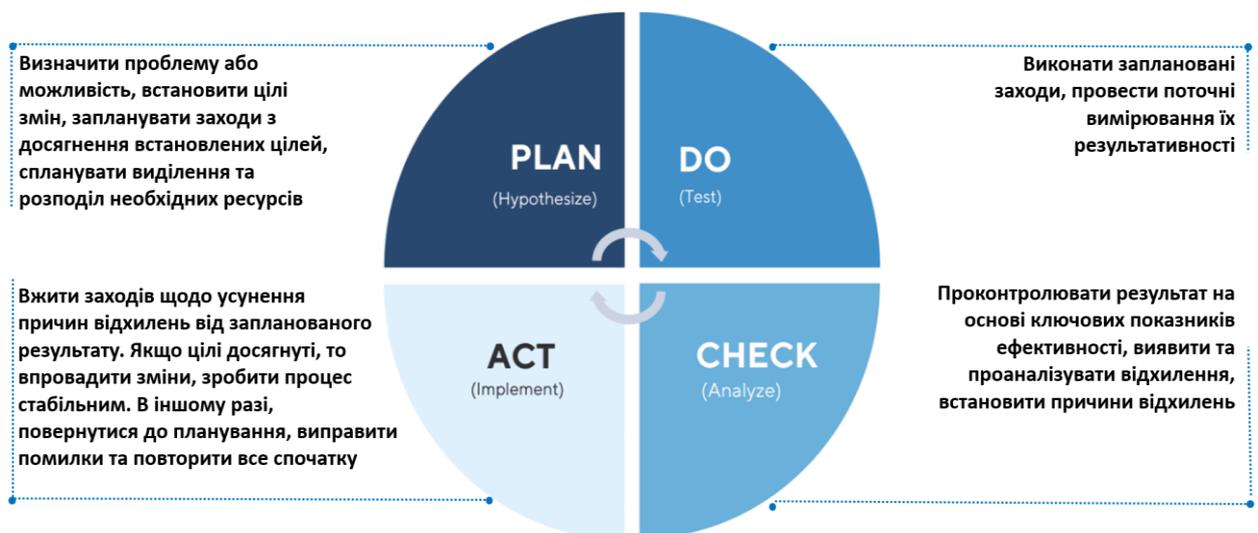


Рисунок 2 – Цикл Демінга – модель безперервного поліпшення процесів, цикл PDCA – плануї (Plan), дій (Do), перевіряй (Check), впливай (Act)

Керівник установи підзвітний з питань ефективності та результативності діяльності установи, досягнення визначених мети (місії), стратегічних та інших цілей, зокрема стану організації і функціонування ВК, УР, реагування на відхилення.

Керівник установи делегує повноваження, забезпечує чіткий розподіл обов'язків, ресурсів, відповідальності і підзвітності між заступниками керівника установи, керівниками нижчого рівня та працівниками установи, а також спрямовує ресурси та визначає зобов'язання щодо підзвітності керівникам територіальних органів, підприємств, установ та організацій, що належать до

сфери її управління, таким чином, щоб забезпечити досягнення ними визначених мети (місії), цілей, завдань, планів і вимог щодо діяльності установи.

Керівники структурних підрозділів та працівники установи відповідальні та підзвітні за виконання делегованих повноважень, покладених на них завдань, обов'язків, запобігання корупційним правопорушенням, шахрайству або зловживанню службовим становищем, функціонування ВК, УР, реагування на відхилення, зокрема з питань управління наданими ресурсами, відповідно до актів законодавства та внутрішніх документів установи.

Визначені зобов'язання щодо відповідальності та підзвітності розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня, керівників підвідомчих установ та одержувачів бюджетних коштів перед керівником відповідного розпорядника бюджетних коштів, зокрема включають питання щодо (Рисунок 3):

виконання делегованих повноважень та заходів, передбачених бюджетною програмою;

якісного досягнення цілей державної політики у відповідній сфері діяльності, завдань діяльності та цілей;

цільового та ефективного управління бюджетними коштами та ресурсами; запобігання відхиленням і реагування у разі їх настання;

запобігання корупційним правопорушенням, шахрайству або зловживанням службовим становищем в установі;

стану організації і функціонування ВК, УР;

ведення бухгалтерського обліку, складання і подання фінансової, бюджетної та управлінської звітності;

забезпечення публічності та прозорості, у тому числі доступу до інформації про використання публічних коштів.

Для забезпечення ефективного виконання делегованих повноважень та виконання обов'язків з підзвітності керівником установи визначаються підходи щодо координації питань діяльності керівників розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня, підвідомчих установ та одержувачів бюджетних коштів.

Впроваджені порядки, рівні, лінії та структури підзвітності (зовнішньої та внутрішньої) мають забезпечувати керівника установи (керівника установи вищого рівня) своєчасною, актуальною, надійною та достовірною інформацією щодо стану досягнення завдань діяльності та цілей, виконання делегованих повноважень, законності та ефективності використання бюджетних коштів і ресурсів, реагування на відхилення тощо.

Аудиторський комітет (у разі утворення) розглядає питання, пов'язані з організацією та функціонуванням ВК та/або окремих його елементів, зокрема щодо УР, посилення управлінської відповідальності та підзвітності, реагування на відхилення і готує рекомендації з їх удосконалення.

Інші аспекти ВК, управлінської відповідальності та підзвітності можуть встановлюватись у внутрішніх розпорядчих документах установи з урахуванням вимог відомчої нормативно-правової бази, особливостей сфери діяльності установи, покладених на неї завдань, її структури, специфіки виконуваних функцій і процедур, ідентифікованих ризиків тощо.



Рисунок 3 – Роль внутрішнього контролю в управлінському циклі

1.2. Повноваження з питань внутрішнього контролю та управління ризиками

Міністр оборони України організовує внутрішній контроль в апараті Міноборони та забезпечує його функціонування в системі Міноборони;

Головнокомандувач Збройних Сил України забезпечує функціонування ВК у Збройних Силах;

начальник Генерального штабу Збройних Сил України організовує ВК та УР у Генеральному штабі;

Голова Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту організовує внутрішній контроль в Адміністрації Держспецтрансслужби та забезпечує його функціонування в Держспецтрансслужбі;

Генеральний інспектор Міністерства оборони України координує УР в апараті Міноборони та здійснює оцінку стану організації ВК в цілому та/або окремих його елементів у ході інспекційних заходів у системі Міноборони;

керівники органів військового управління здійснюють координацію, нагляд та оцінку стану організації ВК та УР в підпорядкованих установах, організовують та забезпечують функціонування ВК та УР у своїх органах військового управління;

відповідальні за діяльність здійснюють координацію та нагляд за функціонуванням ВК та УР у сфері своєї відповідальності;

керівники установ організовують та забезпечують функціонування ВК та УР у своїх установах;

персонал установ виконує покладені на них завдання з ВК та УР, відповідно до актів законодавства та затверджених у встановленому порядку посадових інструкцій (функціональних обов'язків).

Для визначення повноважень та відповідальності посадових осіб у процесі організації та забезпечення функціонування ВК доцільно використовувати матрицю RACI.

Матриця RACI (також відома як матриця відповідальності) – це інструмент управління проектами та бізнес-процесами, який використовується для чіткого

розподілу ролей та обов'язків членів команди стосовно конкретних завдань, етапів проєкту або рішень.

Вона допомагає уникнути плутанини щодо того, хто що робить, та гарантує, що для кожного завдання є відповідальна особа.

Розшифровка аббревіатури RACI

Кожна літера в назві відповідає певній ролі у виконанні завдання:

R – Responsible (Виконавець):

Це той, хто безпосередньо виконує роботу для досягнення результату.

Виконавців може бути декілька для одного завдання.

Питання: “Хто робить цю роботу?”

A – Accountable (Відповідальний / Той хто затверджує):

Особа, яка несе кінцеву відповідальність за правильне та своєчасне виконання завдання.

Це “власник” завдання, який приймає роботу у Виконавця (R).

Важливо: Для одного завдання може бути лише один Accountable, щоб уникнути розмивання відповідальності.

Питання: “З кого питають за результат?”

C – Consulted (Консультант):

Особа або група осіб, чия думка, експертиза чи порада потрібні перед виконанням завдання або під час нього.

З ними ведеться двостороння комунікація.

Питання: “Чия порада нам потрібна?”

I – Informed (Поінформований):

Особи, яких потрібно повідомити про результати виконання завдання або прийняті рішення (зазвичай після завершення).

З ними ведеться одностороння комунікація (повідомлення, розсилка).

Питання: “Кого треба тримати в курсі подій?”

Коли варто використовувати RACI?

Матриця RACI особливо корисна в наступних випадках:

1. Нечіткі обов'язки: коли виникають суперечки про те, хто має приймати рішення або виконувати роботу.

2. Висока плінність кадрів: щоб нові співробітники швидко зрозуміли свою роль.

3. Складні проєкти: де залучено багато підрозділів або зовнішніх партнерів (крос-функціональні команди).

4. Рівномірний розподіл навантаження: допомагає побачити, чи не перевантажена одна людина роллю (R) або (A).

Використання матриці RACI в системі ВК установи дозволяє чітко усвідомити ролі керівництва та персоналу установи, підрозділів координації ВК та ВА у взаємопов'язаному функціонуванні елементів ВК та проведенні оцінки його результативності та ефективності. (Рисунок 4.)

Матриця RACI в системі внутрішнього контролю

№	Процес / результат	Керівник установи	Керівники підрозділів	Персонал установи	МБК	Підрозділ координації	Структурні підрозділи ОВУ – відповідальні за	Орган військового управління вищого	Відповідальні за діяльність в системі	Ініціатори перевірок (керівники ОВУ, ЗСУ, Комісії, робочі групи, що здійснюють	Підрозділ ВА
1	Визначення політик/внутрішніх правил ВК (локальні порядки, регламенти)	A	C	I	R	C	C	I	I	I	I
2	Розподіл відповідальності у посадових обов'язках	A	R	I	C	C	C	I	I	I	I
3	Опис процесів	A	R	C	C	C	C	I	I	I	I
4	Ідентифікація ризиків/відхилень	A	R	R	C	C	C	I	I	I	I
5	Оцінка ризиків (ймовірність/вплив)	A	R	C	R	C	C	I	I	I	I
6	Розроблення заходів контролю (дизайн)	A	R	C	C	C	C	I	I	I	I
7	Виконання заходів контролю	I	A/R	R	I	I	I	I	I	I	I
8	Підтвердження виконання заходу контролю керівником підрозділу (журнали, візування, чек-листи)	I	A/R	C	I	I	I	I	I	I	I
9	Реєстрація відхилень, первинне реагування (у підрозділі)	I	A/R	R	C	I	I	I	I	I	I
10	Ведення реєстру ризиків установи	A	C	C	R	C	C	I	I	I	I
11	Постійний моніторинг виконання заходів контролю (в межах підрозділів)	I	A/R	C	C	C	C	I	I	I	I
12	Щоквартальна звітність керівнику установи про ризики/відхилення/стан контролів	A	C	I	R	I	I	I	I	I	I
13	Методична допомога установі з ВК/УР (шаблони, навчання, консультації)	I	I	I	C	A/R	C	I	I	I	C
14	Періодичний нагляд/моніторинг стану ВК/УР у підпорядкованих установах	I	I	I	C	A/R	R/C	I	I	I	I
15	Планування перевірок стану організації ВК/УР (ризик-орієнтовано)	I	I	I	C	A/R	C	I	I	C	R
16	Доведення результатів перевірки (звіт ініціатору; факти — об'єкту перевірки)	I	I	I	I	R	I	I	I	A	R
17	План усунення недоліків (коригувальні заходи)	A	R	R	R	C	C	I	I	I	I
18	Моніторинг виконання плану усунення недоліків/рекомендацій	I	R	C	C	C	C	I	I	A/R	I
19	Ескаляція систематичних/зовнішніх ризиків і відхилень на вищий рівень	I	C	I	C	R	C	A/I	A/I	I	I
20	Періодична оцінка ефективності заходів ВК (структура + операційна ефективність + результат) — 2-га лінія та/або підрозділ ВА	A	C	I	C	R	C	I	I	I	(R*)
21	Узгодження меж/обміну інформацією між 2-ю лінією та підрозділ ВА (уникнення дублювання; ризик-сигнали)	I	I	I	I	R	I	I	I	I	A/R

* якщо оцінку ефективності або перевірку проводять комісійно підрозділи 2-ї лінії управління.

Рисунок 4 – Матриця RACI розподілу відповідальності за виконання заходів в системі внутрішнього контролю на рівні установи

1.3. Особливі складові системи внутрішнього контролю

Координатор внутрішнього контролю – підрозділ внутрішнього контролю ОВУ, який здійснює координацію роботи з питань функціонування ВК в підпорядкованих військових частинах, установах та організаціях.

Менеджер внутрішнього контролю (далі – МВК) – посадова особа установи, відповідальна за координацію УР, здійснення моніторингу та оцінку функціонування системи ВК в установі, яка призначається з числа осіб, безпосередньо підпорядкованих та підзвітних керівнику установи та влада яких розповсюджується на весь персонал установи.

Робоча група з оцінки ризиків – група осіб з числа персоналу установи з достатнім рівнем компетенції у відповідному напрямі діяльності, які здатні ідентифікувати ризики, оцінити ймовірність їх виникнення та вплив на досягнення визначених цілей.

Звіт про стан функціонування системи внутрішнього контролю – щорічний звіт керівника установи про забезпечення достатньої впевненості в досягненні мети ВК, у тому числі в підпорядкованих військових частинах, установах та організаціях.

Профіль ризику/відхилення – це структурована характеристика ризику (відхилення), яка охоплює опис ідентифікованої проблематики, оцінку її потенційного негативного впливу на діяльність установи, визначення необхідного заходу контролю для нейтралізації чи зменшення цього впливу, а також відповідальних учасників цього процесу.

Дизайн заходу контролю – це сукупність елементів процесу виконання заходу контролю, який включає визначення заходу контролю, місця та часу його виконання, безпосередніх виконавців заходу контролю та його постійного моніторингу, а також мети та очікуваного результату від його здійснення.

Реєстр ризиків і відхилень – систематизований перелік ідентифікованих в установі ризиків і відхилень у досягненні цілей (виконанні покладених на неї завдань та функцій), забезпеченні цільового, ефективного управління бюджетними коштами, об'єктами державної власності та іншими ресурсами, функціонуванні інформаційних (автоматизованих), електронних комунікаційних та інформаційно-комунікаційних систем, функціонуванні ВК, обраних заходів контролю для впливу на ризики та реагування на відхилення і строків їх виконання, відповідальних осіб, очікуваних результатів від УР, показників залишкового ризику для кожного з них та реагування на відхилення (далі – Реєстр ризиків).

Ключовий ризик – це ризик, який має найбільший потенційний вплив на досягнення стратегічних (операційних) цілей діяльності установи або на виконання основних завдань та функцій, покладених на установу.

Систематичний ризик (відхилення) – ризик (відхилення), який притаманний діяльності декількох установ та потребує вжиття заходів реагування на нього на рівні ОВУ (відповідального за діяльність) або вироблення ними рекомендованих заходів контролю щодо впливу на нього для доведення їх до підпорядкованих установ.

1.4. Вимоги щодо організації внутрішнього контролю в установі

З метою належної організації ВК та УР керівник установи повинен визначити:

менеджера ВК;

координатора ВК *(в органах військового управління, в яких такий структурний підрозділ передбачений штатом)*;

конкретних осіб з числа персоналу установи, відповідальних за здійснення заходів ВК та УР, та організувати уточнення посадових інструкцій (функціональних обов'язків) таких осіб, передбачивши відповідальність за здійснення заходів контролю.

Установи для належного функціонування системи ВК та УР повинні забезпечити розробку та затвердження організаційних та поточних документів.

Організаційні документи розробляються під час запровадження ВК. Зміни до них вносяться за необхідності (у разі проведення організаційно-штатних заходів, що стосуються організації ВК, у разі змін законодавства, визначення нових цілей, завдань та функцій (спроможностей), їх розподілі між структурними підрозділами тощо). До організаційних документів належать наказ керівника установи про забезпечення функціонування внутрішнього контролю в установі та опис внутрішнього середовища.

Наказом про забезпечення функціонування ВК в установі визначається МВК, оголошується склад робочої групи з оцінки ризиків (за посадами), затверджується регламент роботи робочої групи з оцінки ризиків, визначається посадова особа, відповідальна за ведення та підтримання в актуальному стані поточних документів з УР, встановлюються строки та порядок періодичного моніторингу і звітування з питань ВК, у тому числі підпорядкованими установами. (Зразок наказу керівника установи про забезпечення функціонування внутрішнього контролю в установі наведено в додатку 1).

Поточні документи, які щорічно розробляються, включають:

реєстр ризиків і відхилень;

профілі ризиків/відхилень;

звітні документи з ВК.

2. ЕЛЕМЕНТИ ВНУТРІШНЬОГО КОНТРОЛЮ



Рисунок 5 – Елементи внутрішнього контролю

Внутрішнє середовище є основою для системи ВК. Цей елемент забезпечує організаційну структуру, порядки виконання вимог щодо діяльності, розподіл повноважень та ставлення працівників до управлінської відповідальності та підзвітності, що впливають на загальну якість ВК та на досягнення цілей, планів і вимог щодо діяльності.

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

Заходи контролю – це відповідні політики і процедури, що запроваджуються для здійснення належного впливу на ризики (відхилення) та сприяння досягнення цілей установи і складають сукупність запроваджених в установі управлінських дій керівництва усіх рівнів та працівників (правила, процедури, технічні прийоми).

Інформація та комунікація – це створення інформації, здійснення її збору, документування, проведення аналізу, передача інформації та користування нею керівництвом і працівниками установи для виконання і оцінювання результатів виконання завдань та функцій, здійснення управління ризиками, реагування на відхилення.

Моніторинг забезпечує адекватне, невідкладне запровадження рекомендацій та пропозицій для усунення наявних та попередження можливих недоліків системи ВК. Через моніторинг мають бути встановлені недоліки існуючої системи ВК та/або окремих його елементів, які повинні своєчасно доводитись до відповідальних осіб з метою вжиття відповідних коригуючих заходів. Під час моніторингу оцінюється чи установа досягає цілей, виконуючи свою діяльність.

Функціонування елементів ВК є взаємопов'язаним, стосується всієї діяльності та процесів в установі. (Рисунок 6).

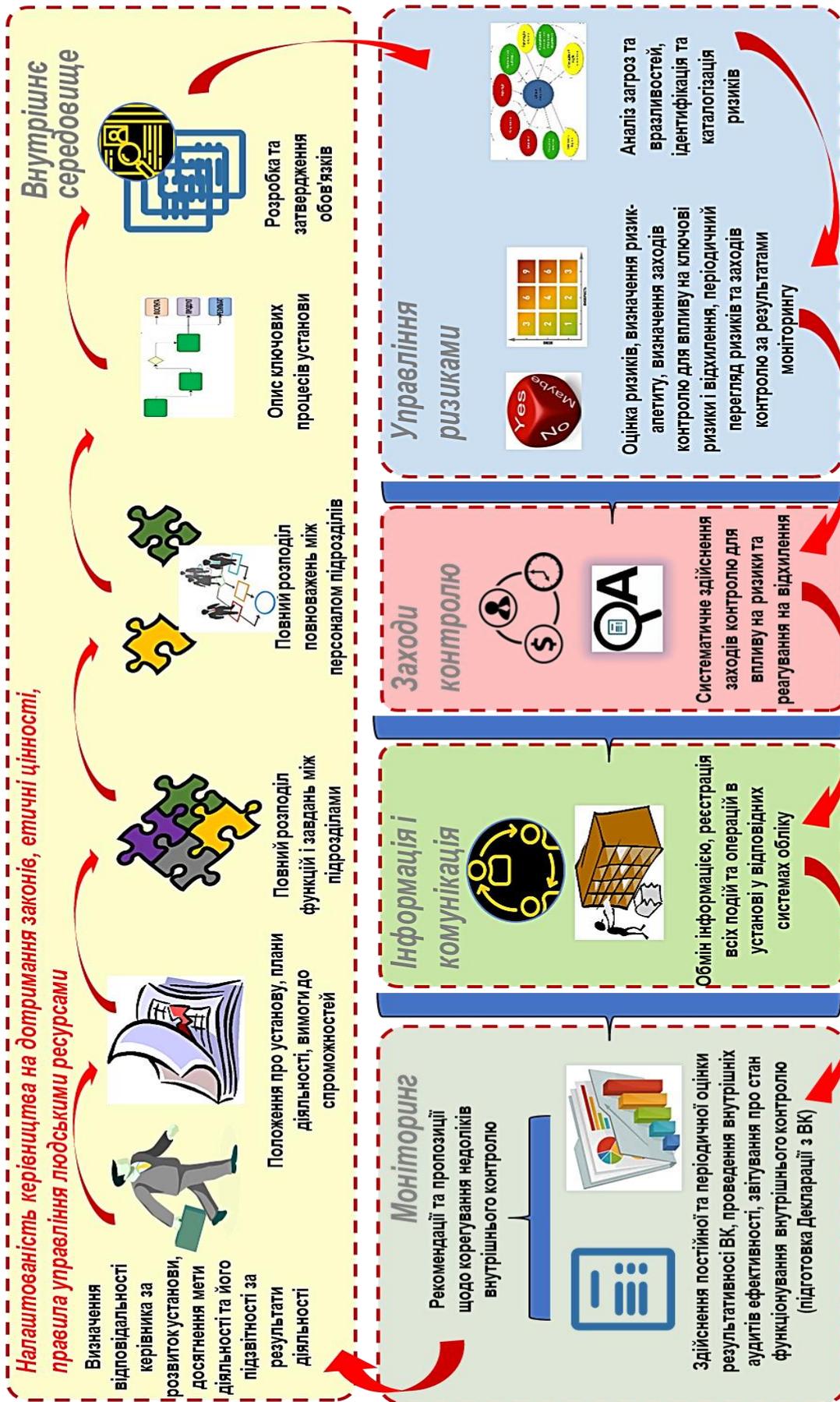


Рисунок 6 – Взаємозв'язок елементів внутрішнього контролю

2.1. Внутрішнє середовище

Внутрішнє середовище – це існуючі в установі функції, процедури, процеси, операції, структури та розподіл повноважень щодо їх виконання, правила та принципи управління людськими ресурсами, бюджетними коштами, ресурсами, функціонування інформаційних (автоматизованих), електронних комунікаційних та інформаційно-комунікаційних систем тощо, спрямовані на забезпечення реалізації установою визначених актами законодавства завдань і функцій, цілей, зокрема якісного досягнення цілей державної політики у відповідній сфері діяльності та максимального результату під час використання визначеного бюджетом обсягу коштів.

Внутрішнє середовище є основою для всіх інших елементів ВК та містить такі аспекти:

мету (місію) та стратегічні цілі установи;

організаційну структуру, повноваження, структуру відповідальності та підзвітності керівництва та працівників; розподіл функціональних обов'язків між керівником установи та його заступниками; положення про структурні підрозділи; посадові інструкції працівників тощо;

принципи і правила управління людськими ресурсами, компетентністю персоналу, питання роботи з персоналом, його навчання та підвищення кваліфікації, оцінки, заохочення і просування по службі, здійснення добору кадрів з відповідною освітою та досвідом, підтримки та підвищення їх фахових знань та навичок тощо;

особисту і професійну доброчесність, а також етичні цінності керівництва всіх рівнів і працівників;

перелік функцій та процедур, їх розподіл та закріплення за виконавцями (співвиконавцями), встановлення відповідальних структурних підрозділів за виконання завдань бюджетних програм;

підходи до планування діяльності установи, процедури розроблення та затвердження стратегічних, операційних та інших планів її діяльності, ідентифікації та оцінки ризиків, що можуть мати вплив на їх досягнення;

встановлення результативних показників діяльності установи, що характеризують хід реалізації та ступінь досягнення цілей;

запобігання і виявлення корупційних правопорушень, шахрайства або зловживань службовим становищем;

структуру відповідальності і контролю за дотриманням законодавства, досягнення цілей, бюджетної дисципліни та документів щодо порядку діяльності установи, зокрема з питань використання бюджетних коштів, ресурсів, облікової політики;

запобігання відхиленням, у тому числі встановлення порядків інформування про можливі факти відхилень та реагування на них, виявлення та усунення відхилень, причин і умов, що сприяли їх виникненню, а також документування виявлених відхилень;

процедуру розгляду і вирішення адміністративних справ, прийняття та виконання адміністративних актів;

підзвітність (порядки, рівні, лінії, структури та строки внутрішнього звітування (інформування) про стан досягнення завдань діяльності та цілей установи, виконання делегованих повноважень, законності та ефективності використання бюджетних коштів та ресурсів);

процедури складення та подання звітності, інформування про результати діяльності (включаючи показники результативності, досягнуті під час виконання поставлених завдань та досягнення цілей, результати УР, реагування на відхилення);

забезпечення публічності та прозорості, у тому числі доступу до інформації про використання публічних коштів.

З метою документального відображення окремих елементів, які визначають внутрішнє середовище, на етапі запровадження ВК та УР у структурних підрозділах апарату Міноборони, Апарату Головнокомандувача Збройних Сил України, Генерального штабу, в Адміністрації Держспецтрансслужби, органах військового управління, військових частинах та установах, безпосередньо підпорядкованих Міноборони, наукових установах та військових навчальних закладах розробляється опис внутрішнього середовища. В інших військових частинах та установах розроблення опису внутрішнього середовища не є обов'язковим, проте опис може розроблятися за рішенням командира військової частини (керівника установи).

Опис внутрішнього середовища містить список завдань, функцій (спроможностей), актів законодавства та інших нормативно-правових актів, інструкцій, регламентів, планів, які визначають порядок їх виконання, правил та принципів управління персоналом, а також визначає розподіл повноважень щодо виконання кожного завдання та функції між структурними підрозділами таких установ.

До зазначеного опису вносяться зміни у разі проведення організаційно-штатних заходів, змін законодавства, визначення нових цілей, завдань та функцій (спроможностей), а також реалізації завдань у рамках затверджених планів діяльності установи. Форма опису внутрішнього середовища наведена в додатку 1 до Порядку.

Розподіл завдань та функцій, направлених на їх виконання, зазначених у відповідних розділах опису внутрішнього середовища, є визначальним для формування положень про підрозділи установи, посадових інструкцій (функціональних обов'язків) персоналу установи, а також розподілу повноважень між заступниками керівника установи.

Опис внутрішнього середовища розробляється під керівництвом МВК та затверджується керівником.

Положення про установу розробляється у відповідності до:

вимог наказу Міністерства оборони України від 05 грудня 2024 року № 822 “Питання організаційного розвитку апарату Міністерства оборони України”, яким затверджені Типове положення про самостійний структурний підрозділ апарату Міністерства оборони України та Методичні рекомендації щодо організаційного розвитку апарату Міністерства оборони України;

Методичних рекомендацій щодо розроблення положень про органи

військового управління Збройних Сил України та їх структурні підрозділи, затверджених Головнокомандувачем Збройних Сил України від 25.05.2024.

Методичних рекомендацій щодо розроблення положень про військові частини, установи, організації Збройних Сил України ВП 1-00(189).74, затверджених Головнокомандувачем Збройних Сил України від 05.12.2025 № 149778/с/1.

ОПИС ВНУТРІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА включає в себе:

- список завдань, які покладені на установу;
- функції, які виконує установа для забезпечення виконання визначених завдань;
- перелік нормативно-правових актів, інструкцій, регламентів, планів, які визначають порядок виконання визначених функцій;
- розподіл функцій між структурними підрозділами та особовим складом установи.

Підготовка Таблиці “Розподіл завдань та функцій між підрозділами установи”

Для підготовки Таблиці опису внутрішнього середовища необхідно, починаючи з 5 графи розписати в заголовках таблиці назви окремих посад та окремих структурних підрозділів (з деталізацією до лінійного підрозділу), згідно штату установи.

Довідково. Лінійний підрозділ - це структурна одиниця, де діє принцип прямого підпорядкування “керівник → підлеглі”, без проміжних рівнів управління (це структурний підрозділ, який не містить в своїй структурі інших підрозділів, нижчого рівня)

ОПИС ВНУТРІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Головного управління

(назва установи)

Розподіл завдань та функцій між підрозділами установи

№ з/п	Завдання	Функція	Нормативно-правові та керівні документи	Керівництво ГУ		Управління тарифікації та організаційної роботи		...	Відділ супроводження ІКС	Служба охорони державної таємниці	...
				Перший заступник начальника ГУ	Заступник начальника ГУ	Штатно-тарифний відділ	Організаційний відділ				
1	2	3	4	5	6	7	8	...	...	...	...
1. Завдання та функції відповідно до положення											
2. Додаткові завдання та функції, що виконуються згідно з нормативно-правовими актами											

Рисунок 7 – Зразок порядку розробки опису внутрішнього середовища установи

Розділ 1. Завдання та функції відповідно до положення

Положення про Головне управління	
.....	
6. Основними завданнями Головного управління є:	
здійснення тарифікації (в національній та іноземній валютах) штатів і переліків змін до штатів структур Міноборони та Збройних Сил;	
організація заходів для реалізації права військовослужбовців та членів їх сімей для отримання одноразової грошової допомоги у разі загибелі (смерті), інвалідності, втрати працездатності (без встановлення інвалідності) військовослужбовців та осіб, звільнених з військової служби;	
підготовка (відпрацювання) рішень, спрямованих на реалізацію державної політики з питань національної безпеки у сфері його повноважень у мирний час та особливий період щодо розвитку (удосконалення) соціального захисту військовослужбовців, резервістів Збройних Сил, військовозобов'язаних, призваних на збори, осіб, звільнених з військової служби, членів їх сімей та працівників Збройних Сил.	

1. Для заповнення 2 та 3 графи необхідно взяти **ПОЛОЖЕННЯ ПРО УСТАНОВУ** та знайти у положенні розділ де визначаються **ЗАВДАННЯ**, визначені установі.

2. У графі 1 зазначаються порядкові номери завдань, визначених установі.

3. У графі 2 вказуються для розділу 1 назви завдань відповідно до **ПОЛОЖЕННЯ ПРО УСТАНОВУ** (для розділу 2 – назви додаткових завдань, визначених відповідно до інших нормативно-правових актів (крім положення про установу)).

4. З **ПОЛОЖЕННЯ**, по черзі переписуємо завдання, визначені установі.

ОПИС ВНУТРІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА Головного управління

Розподіл завдань та функцій між підрозділами установи								
№ з/п	Завдання	Функція	Нормативно-правові та керівні документи	Керівництво ГУ		Управління тарифікації та організаційної роботи		...
				Перший заступник начальника ГУ	Заступник начальника ГУ	Штатно-тарифний відділ	Організаційний відділ	
1	2	3	4	5	6	7	8	...
1. Завдання та функції відповідно до положення								
1	Здійснення тарифікації (в національній та іноземній валютах) штатів і переліків змін до штатів структур Міноборони та Збройних Сил							
2	Організація заходів для реалізації права військовослужбовців та членів їх сімей для отримання одноразової грошової допомоги у разі загибелі (смерті), інвалідності, втрати працездатності (без встановлення інвалідності) військовослужбовців та осіб, звільнених з військової служби							
2. Додаткові завдання та функції, що виконуються згідно з нормативно-правовими актами								

Продовження рисунку 7 – Зразок порядку розробки опису внутрішнього середовища установи

ВІДКРИТА ІНФОРМАЦІЯ

7. Головне управління відповідно до покладених на нього повноважень:

1) щодо здійснення тарифікації (в національній та іноземній валютах) штатів і переліків змін до штатів структур Мінборони та Збройних Сил:

готує (здійснює) тарифікацію (в національній та іноземній валютах), штатів структур Мінборони і Збройних Сил та переліків змін до них;

бере участь у погодженні проєктів штатів органів військового управління, військових частин, військових навчальних закладів, установ та організацій та переліків змін до них;

2) щодо організації заходів для реалізації права військовослужбовців та членів їх сімей для отримання одноразової грошової допомоги у разі загибелі (смерті), інвалідності, втрати працездатності (без встановлення інвалідності) військовослужбовців та осіб, звільнених з військової служби:

розглядає та веде облік документів, які надходять для призначення одноразової грошової допомоги та компенсаційних сум у разі загибелі (смерті), інвалідності, втрати працездатності (без встановлення інвалідності) військовослужбовців та осіб, звільнених з військової служби;

готує проєкти рішень щодо призначення одноразової грошової допомоги та компенсаційних сум у разі загибелі (смерті), інвалідності, втрати працездатності (без встановлення інвалідності) військовослужбовців та осіб, звільнених з військової служби;

3) щодо виконання завдань загального та адміністративного характеру:

забезпечує документування управлінської діяльності;

5. У графі 3 зазначаються назви функцій, що виконуються в рамках завдання. Для цього після заповнення графи 2 (назви завдань відповідно до **ПОЛОЖЕННЯ ПРО УСТАНОВУ**) знаходимо в **ПОЛОЖЕННІ** розділ з **ФУНКЦІЯМИ**, що покладені на військову частину.

У залежності від форми **ПОЛОЖЕННЯ** функції виносяться в окремий розділ і можуть називатися як **“Функції установи (органу військового управління, військової частини, самостійного підрозділу”** або прописані заголовком **“Самостійний структурний підрозділ відповідно до покладених на нього повноважень:”**

Функції, визначені в **ПОЛОЖЕННІ**, розподіляємо по відповідним завданням в графу 3.

ОПИС ВНУТРІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА Головного управління

Розподіл завдань та функцій між підрозділами установи

№ з/п	Завдання	Функція	Нормативно-правові та керівні документи	Керівництво ГУ		Управління тарифікації та організаційної роботи		...
				Перший заступник начальника ГУ	Заступник начальника ГУ	Штатно-тарифний відділ	Організаційний відділ	
1	2	3	4	5	6	7	8	...
1. Завдання та функції відповідно до положення								
1.	Здійснення тарифікації (в національній та іноземній валютах) штатів і переліків змін до штатів структур Мінборони та Збройних Сил	Готує (здійснює) тарифікацію (в національній та іноземній валютах), штатів структур Мінборони і Збройних Сил та переліків змін до них Бере участь у погодженні проєктів штатів ОВУ, військових частин, ВНЗ, установ та організацій та переліків змін до них						
2.	...	...				
2. Додаткові завдання та функції, що виконуються згідно з нормативно-правовими актами								

Продовження рисунку 7– Зразок порядку розробки опису внутрішнього середовища установи

НАПРИКЛАД :

Завдання – “Здійснення тарифікації (в національній та іноземній валютах) штатів і переліків змін до штатів структур Міноборони та Збройних Сил”.

Функції цього завдання:

1. “Готує (здійснює) тарифікацію (в національній та іноземній валютах), штатів структур Міноборони і Збройних Сил та переліків змін до них”;
2. “Бере участь у погодженні проєктів штатів органів військового управління, військових частин, військових навчальних закладів, установ та організацій та переліків змін до них”.

Крім функцій, спрямованих на виконання основних завдань установи, визначених положенням, у положенні про установу можуть бути визначені і інші функції, які, як правило, є загальними для більшості установ та виконуються у межах повноважень. Такі функції також відображаються в описі внутрішнього середовища, як спрямовані на виконання завдань загального та адміністративного характеру (графа 2 та 3 опису внутрішнього середовища).

НАПРИКЛАД :

Завдання – “Виконання завдань загального та адміністративного характеру”.

Функції цього завдання:

1. “Бере участь у реалізації в межах повноважень Головного управління комплексу заходів щодо охорони державної таємниці, захисту інформації з обмеженим доступом, інформаційної та кібербезпеки, а також технічного захисту інформації, контролю за її збереженням”;
2. “Організовує документування управлінської діяльності, збереження службових документів, у тому числі електронних, що утворюються в процесі діяльності Головного управління та своєчасне передавання їх до Галузевого державного архіву Міністерства оборони України відповідно до вимог законодавства та нормативно-правових актів Міноборони”;
3. “Здійснює заходи щодо дотримання вимог законодавства з охорони праці”.

ВІДКРИТА ІНФОРМАЦІЯ

У графі 4 зазначається перелік **нормативно-правових актів та керівних документів**, відповідно до яких установою виконується функція.

Наприклад: Функція “Готує (здійснює) тарифікацію (в національній та іноземній валютах), штатів структур Міноборони і Збройних Сил та переліків змін до них” виконується відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 30.08.2017 № 704 “Про грошове забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та деяких інших осіб”, наказів Міністерства оборони України від 29.10.2012 № 07, від 14.04.2021 № 2/дск “Про затвердження Інструкції з розробки штатів і табелів до штатів органів військового управління, військових частин, військових навчальних закладів, установ та організацій” та інших керівних документів.

У разі значної кількості нормативно-правових актів та керівних документів, відповідно до яких установою виконуються функції, перелік зазначених документів може бути оформлений додатком до опису внутрішнього середовища. При цьому у графі 4 “Нормативно-правові акти та керівні документи” за кожною функцією зазначаються посилання на порядкові номери цих документів у зазначеному додатку.

ОПИС ВНУТРІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА Головного управління

Розподіл завдань та функцій між підрозділами установи

№ з/п	Завдання	Функція	Нормативно-правові та керівні документи	Керівництво ГУ		Управління тарифікації та організаційної роботи		...
				Перший заступник начальника ГУ	Заступник начальника ГУ	Штатно-тарифний відділ	Організаційний відділ	
1	2	3	4	5	6	7	8	...
1. Завдання та функції відповідно до положення								
1.	Здійснення тарифікації (в національній та іноземній валютах) та штатів і переліків змін до штатів структур Міноборони та Збройних Сил	Готує (здійснює) тарифікацію (в національній та іноземній валютах), штатів структур Міноборони і Збройних Сил та переліків змін до них	ПКМУ від 30.08.2017 №704, накази Міноборони від 29.10.2012 №07, від 19.10.2016 №546, від 01.03.2018 №90, від 14.04.2021 №2/дск, від 06.10.2022 № 22 дск		СКК	●	□	
	Бере участь у погодженні проєктів штатів ОВУ, військових частин, ВНЗ, установ та організацій та переліків змін до них		ПКМУ від 30.08.2017 №704, накази Міноборони від 29.10.2012 №07, від 19.10.2016 №546, від 01.03.2018 №90, від 14.04.2021 №2/дск, від 06.10.2022 № 22 дск		СКК	●	□	
2.	...	...	...		

Продовження рисунку 7 – Зразок порядку розробки опису внутрішнього середовища установи

7. Навпроти графі з **головним виконавцем** визначеної функції ставим позначку “●” а для **співвиконавців** функції ставим позначку “□”.

Враховуючи розподіл повноважень та відповідальності між заступниками керівника установи щодо **спрямування, координації та контролю** діяльності структурних підрозділів щодо виконання функцій в описі внутрішнього середовища ставим позначку “СКК” навпроти відповідного заступника керівника установи.

Наприклад: Функція “Готує (здійснює) тарифікацію (в національній та іноземній валютах), штатів структур Міністерства Оборони і Збройних Сил та переліків змін до них” – головним виконавцем є штатно-тарифний відділ управління тарифікації та організаційної роботи Головного управління соціальної підтримки. Організаційний відділ цього ж управління – співвиконавець зазначеної функції.

Розділ 2 “Додаткові завдання та функції, що виконуються згідно з нормативно-правовими актами”

Розділ 2 відпрацьовується аналогічно та стосується завдань, що не зазначені в **ПОЛОЖЕННІ** про установу, але визначені іншими нормативно-правовими актами.

Наприклад: Функція “Забезпечує дотримання пожежної безпеки в установі” визначена низкою нормативно-правових актів (Законом України “Про пожежну безпеку”, Кодексом цивільного захисту України, Правилами пожежної безпеки в Україні (НАПБ А.01.001-2014) та відомчими керівними документами), проте може бути не визначена положенням про установу. У таких випадках зазначена функція відображається у розділі 2 “Додаткові завдання та функції, що виконуються згідно з нормативно-правовими актами”.

У тих випадках, коли виконання функції покладено не на штатний структурний підрозділ, а на позаштатний, утворений за рішенням керівника установи відповідно до установчих (розпорядчих) документів, та визначений головним виконавцем цієї функції, в описі внутрішнього середовища (після зазначення в заголовку таблиці у відповідних графах структурних підрозділів за штатом установи) доцільно зазначити такі **позаштатні підрозділи** (окремих посадових осіб, у разі визначення їх відповідальними виконавцями окремої функції).

2.2. Управління ризиками

Міжнародні стандарти COSO ERM та ISO 31000 підкреслюють, що УР є частиною управління та дають такі визначення терміну УР (Рисунок 8):

“Управління ризиками організації – це культура, можливості та практики, що інтегровані зі стратегією та діяльністю організації для УР, які можуть впливати на здатність організації створювати, зберігати та реалізовувати цінність”, (COSO ERM (Enterprise Risk Management), 2017).

“Управління ризиками – це скоординована діяльність з керівництва та контролю організації у сфері ризиків”, ISO 31000:2018 (“Risk Management – Guidelines”).

УР є:

одним із ключових принципів належного урядування в державному секторі;

складовою частиною системи управління будь-якою організацією;

ітеративним процесом, що допомагає організаціям у визначенні стратегії, досягненні цілей і прийнятті обґрунтованих рішень.

Ефективне УР передбачає інтеграцію в політики, культуру організації, процеси стратегічного планування, звітування.

Модель управління ризиками: COSO ERM (2017)



Рисунок 8 – Модель управління ризиками, визначена міжнародним стандартом COSO ERM, 2017

УР (Рисунок 9) є складовою частиною управління установою, управлінської відповідальності та підзвітності та управлінського циклу (планування, виконання, звітування, оцінки досягнутого) і здійснюється керівниками всіх рівнів та працівниками з метою забезпечення виконання установою основних завдань і функцій, досягнення визначених цілей, дотримання законності та ефективності використання бюджетних коштів і ресурсів, у тому числі запобігання виникненню відхилень, корупційних правопорушень, шахрайства або зловживань службовим становищем.

СТРУКТУРА СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ



Рисунок 9 – Структура системи управління ризиками згідно стандарту DSTU ISO 31000:2018 “Менеджмент ризиків. Принципи та настанови”

УР в установі повинно бути:

пов'язане з метою (місією), основними завданнями діяльності, завданнями бюджетної програми та цілями (стратегічними, операційними) установи, забезпечувати результати, підтримувати розвиток справ у відповідній сфері, сприяти прийняттю зважених рішень і ініціативам щодо покращення (наприклад, за допомогою нових заходів контролю, механізмів, інструментів чи програмного забезпечення);

невід'ємною частиною організаційних процесів – ризики враховуються при визначенні цілей під час процесів планування як на стратегічному, так і на операційному рівні, оцінюються та визначаються на кожному рівні, залученому до досягнення відповідної цілі;

частиною прийняття рішень – управлінські рішення як на стратегічному, так і на операційному рівні ґрунтуються на своєчасній, актуальній та релевантній інформації про ризики, що можуть вплинути на досягнення результатів таких рішень;

системним, систематизованим і своєчасним – підхід до УР організований, відстежуваний та послідовний у всій установі;

базованим на доступній і безпосередній інформації – вхідні дані для ідентифікації ризиків ґрунтуються на ретроспективній та поточній інформації (своєчасній, зрозумілій та доступній для зацікавлених сторін), а також на майбутніх очікуваннях, чітко враховує будь-які обмеження та невизначеності, пов'язані з такою інформацією та очікуваннями;

індивідуальним для кожної установи – УР налаштовано та співвідносне зовнішньому та внутрішньому середовищу установи, сферою та вимогами щодо діяльності, пов'язане з її завданнями діяльності та цілями, враховує покладені на неї завдання, специфіку виконуваних функцій і процедур тощо;

прозорим та інклюзивним – ризики розглядаються та обговорюються на нарадах з керівником установи та/або у разі необхідності обговорюються із зовнішніми зацікавленими сторонами;

динамічним, повторюваним і реагувати на зміни – ризики періодично переглядаються, постійно обговорюються на всіх управлінських рівнях, результати ідентифікації та оцінки ризиків своєчасно оновлюються;

сприяє постійному вдосконаленню у відповідній сфері діяльності.

Процес УР повинен бути невід'ємною частиною управління та прийняття рішень в установі, бути вбудований в структуру, операції та процеси організації. (Рисунок 10). Він може застосовуватися на стратегічному, оперативному, програмному або проєктному рівнях тощо.

Умовою якісного УР є їх ідентифікація (Рисунок 11) одночасно з плануванням діяльності установи і формуванням бюджетних програм та визначення ризиків безпосередньо у зв'язку з цілями, встановленими у планах діяльності установи, і завданнями бюджетної програми.

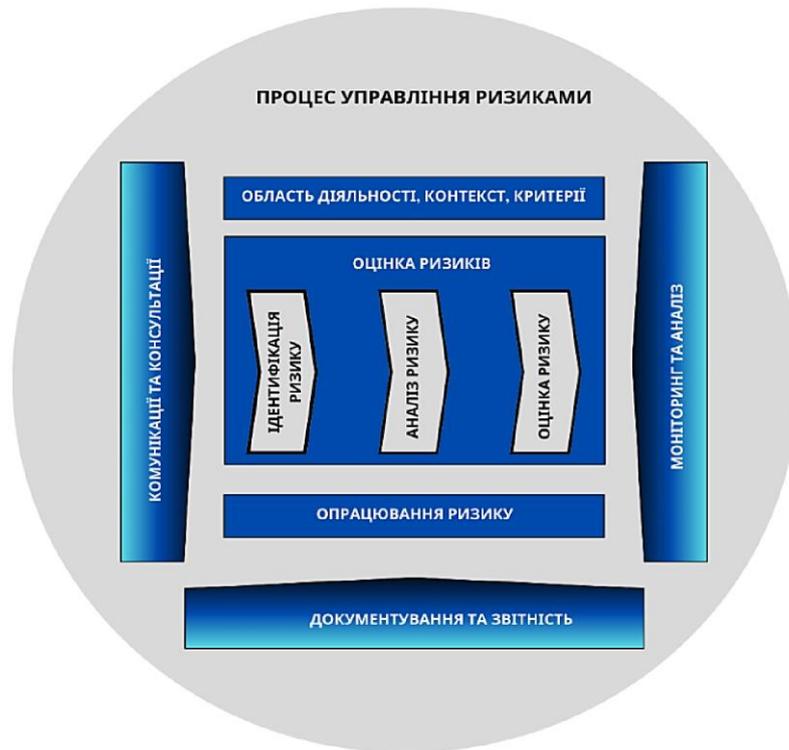
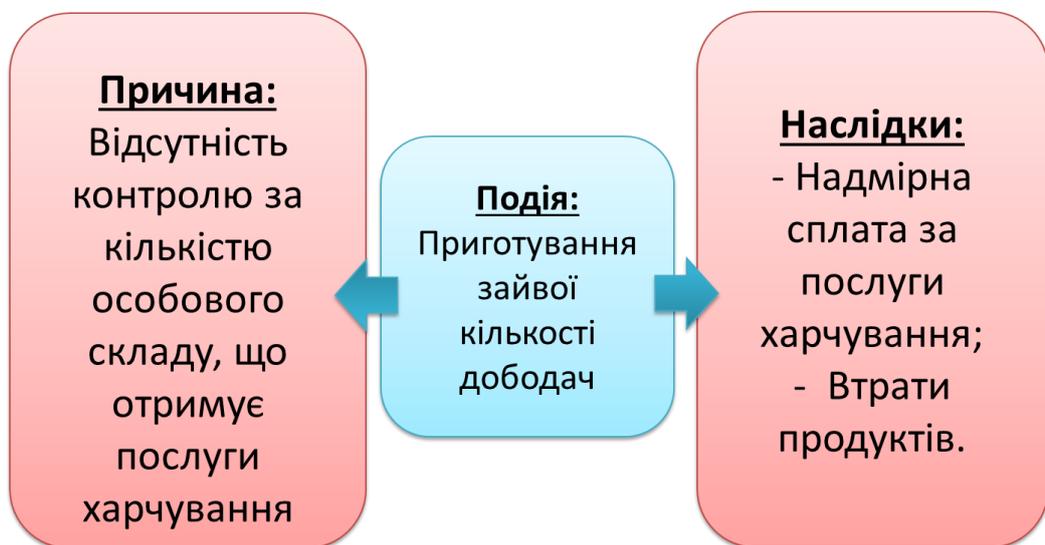


Рисунок 10 – Процес управління ризиками включає в себе системне застосування політик, процедур та методів до діяльності, пов’язаної з комунікаціями та консультуванням, визначенням контексту і оцінкою, опрацюванням, моніторингом, аналізом, документуванням та формуванням звітності по ризикам



Що таке ризик? Це потенційна подія, яка може мати вплив на досягнення установою визначених цілей та завдань.
ІДЕНТИФІКАЦІЯ РИЗИКІВ – це “процес визначення того, які загрози для цілей вашої організації події (ризик) можуть статися, і в чому криються їх першопричини”.

Рисунок 11 – Визначення ризику у причинно-наслідковому зв’язку.

УР здійснюється у зв'язку із процесом складання планів діяльності (стратегічного, операційного, паспорту бюджетної програми) на відповідний період шляхом:

ідентифікації ризиків;

оцінювання ідентифікованих ризиків за ймовірністю їх виникнення та впливу, з фіксацією найбільш важливих ризиків, що можуть суттєво вплинути на стан виконання основних завдань установи та досягнення цілей;

обрання способів реагування на ідентифіковані та оцінені ризики (зменшення, прийняття, розділення чи уникнення);

інформування керівництва установи про проведену оцінку ризиків, ризикові сфери діяльності установи для прийняття рішення щодо вжиття заходів контролю;

перегляду ідентифікованих та оцінених ризиків для виявлення нових та таких, що зазнали змін.

Інформація за результатами діяльності з УР має враховуватись при прийнятті та ухваленні управлінських рішень у ході виконання основних завдань та функцій установи, бюджетних програм, досягнення цілей.

Під час перегляду ризиків враховуються зміни в економічному, політичному та нормативно-правовому середовищі, внутрішніх та зовнішніх умовах функціонування установи, а також відповідно до нових або переглянутих завдань діяльності установи.

Ідентифікація ризиків може здійснюватися із застосуванням методів визначення ризиків на рівні установи (метод “згори донизу”) та у ході виконання основних завдань і функцій, управління бюджетними коштами (метод “знизу догори”). (Рисунок 12).

Визначення ризиків на рівні установи (метод “згори донизу”) здійснюється керівником установи або створеною робочою групою з метою встановлення вразливих до ризиків сфер діяльності, основних завдань та функцій установи шляхом обговорень, аналізу звітних та інших документів, заповнення опитувальників відповідальними працівниками першої та другої ліній управління тощо.

Визначення ризиків у ході виконання основних завдань і функцій, управління бюджетними коштами (метод “знизу догори”) передбачає ідентифікацію ризиків на рівні першої ліній управління, здійснення підтримки другою лінією управління у проведенні їх оцінки, визначення способів реагування, здійснення перегляду ідентифікованих та оцінених ризиків для виявлення нових та таких, що зазнали змін. Також участь у зазначеній підтримці може приймати створена робоча група.

При визначенні ризиків ураховуються, зокрема:

результати ВА;

результати контрольних заходів Рахункової палати, Держаудитслужби;

рішення (висновки, рекомендації тощо) органів уповноважених здійснювати контроль за дотриманням бюджетного законодавства чи головних розпорядників бюджетних коштів;

результати моніторингу виконання бюджетних програм та оцінювання їх ефективності;

депутатські запити, звернення, запитання;

судові рішення, рішення в адміністративних справах;

інформація, зазначена у зверненнях громадян, юридичних осіб громадських організацій або у медіа.

Ідентифікація ризиків полягає у визначенні подій, причин, обставин або їх сукупності, що матимуть вплив та наслідки на здатність установи виконувати завдання і функції, цільове, ефективне управління бюджетними коштами, об'єктами державної власності та іншими ресурсами, функціонування інформаційних (автоматизованих), електронних комунікаційних та інформаційно-комунікаційних систем, функціонування ВК та досягати визначених мети (місії), стратегічних та інших цілей діяльності установи, зокрема може спричинити або допустити виникнення відхилень, корупційних ризиків, шахрайства або зловживань службовим становищем.

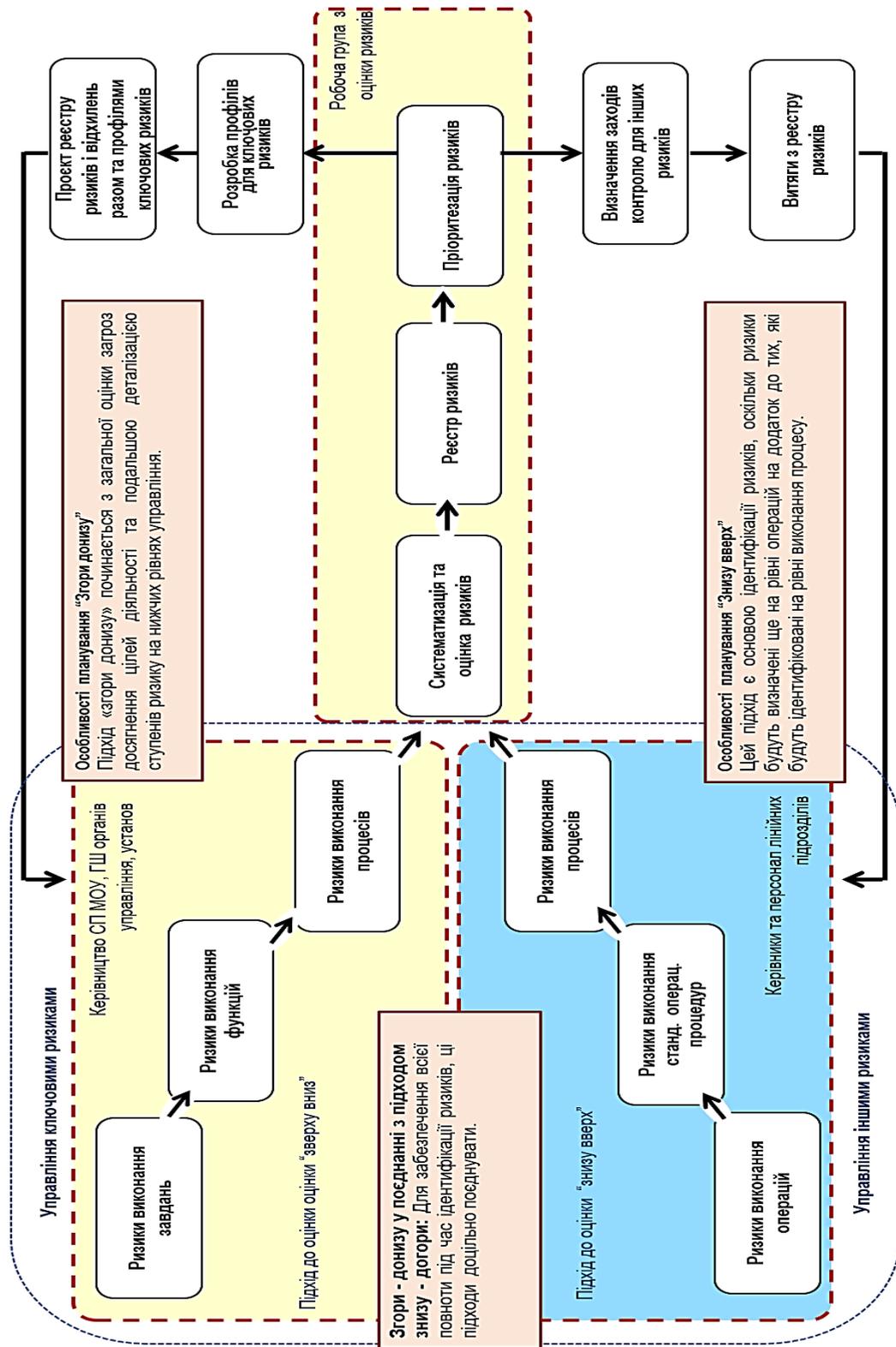


Рисунок 12 – Підходи до оцінювання ризиків

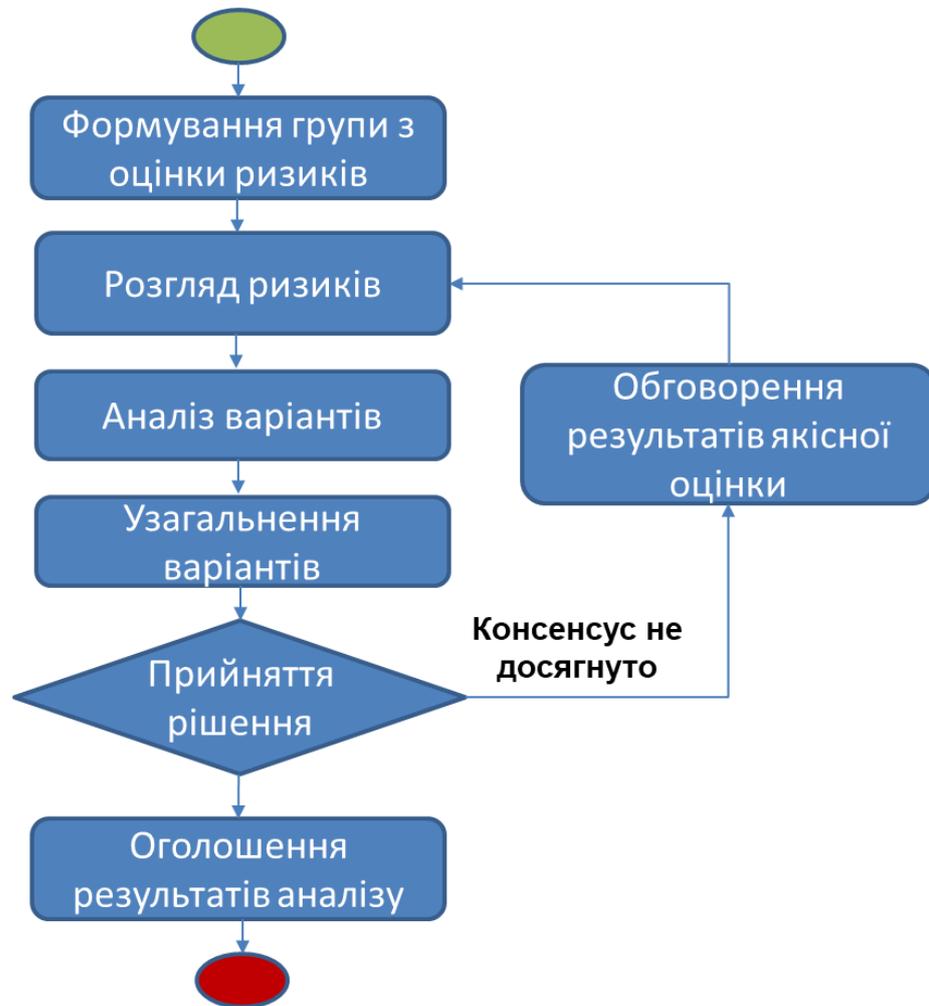


Рисунок 13 – Стандартний процес якісного аналізу ризиків

Ідентифікація ризиків здійснюється шляхом аналізу подій, причин, обставин або їх сукупності, які можуть потенційно вплинути (чи вже впливали) на виконання процесів, частоти та ймовірності їх виникнення, суттєвістю їх впливу та наслідків на досягнення кінцевого результату (у грошовому або іншому вимірі). (Рисунок 13).

Об'єктом ідентифікації ризиків є управлінські, фінансово-господарські, технологічні та інші процеси, здійснення яких забезпечується структурними підрозділами та персоналом установи, у межах визначених повноважень та відповідальності, а також системи планування, обліку та звітності, які забезпечують підтримку керівництва в ефективному, результативному та законному використанні ресурсів та активів для досягнення визначених цілей.

Ідентифікація та оцінка ризиків в установі здійснюється керівниками структурних підрозділів та визначеними членами робочої групи з оцінки ризиків, а також іншими особами з числа персоналу установи, який має належну фахову підготовку у сфері діяльності, щодо якої оцінюються ризики.

Оцінка ризиків здійснюється за критеріями ймовірності виникнення ідентифікованих ризиків та суттєвості їх впливу на здатність установи виконувати основні завдання і функції, досягати цілей відповідних планів діяльності та завдання бюджетної програми.

Оцінка ризиків за імовірністю виникнення та впливу на здатність установою досягати визначених цілей здійснюється відповідно до Матриці оцінки ризиків, наведеної в додатку 2 до Порядку.

Загальний показник ризику визначається як числове значення ймовірності, помножене на числове значення рівня впливу ризику.

Орієнтовні критерії оцінки ризиків наведені в додатку 3 до Порядку. Наведені критерії використовуються установою з урахуванням специфіки та напрямів діяльності.

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

Рішення щодо реагування на ризики приймаються з урахуванням допустимого рівня ризику, який установа може прийняти, не вживаючи заходів контролю.

Визначення допустимого рівня ризику є суб'єктивним процесом, однак залишається важливим аспектом УР.

При прийнятті рішення щодо способу реагування на ризик керівництво звертає увагу на:

- ключові ризики;

- категорію ризику (зовнішні/внутрішні ризики), з метою визначення джерел такого ризику (у межах установи, у сфері відповідальності установи чи поза межами сфери відповідальності);

- можливості установи здійснювати безпосереднє реагування на ризики та/або вжиття заходів на рівні органів військового управління;

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

- чи не створює обраний спосіб реагування на ризик додаткових ризиків.

Рішення робочої групи з оцінки ризиків оформлюється протоколом засідання (Додаток 2).

Отримані за результатами ідентифікації та оцінки ризиків в структурних підрозділах установи дані обробляються робочою групою з оцінки ризиків. За результатами цієї роботи формується реєстр ризиків (Рисунок 14).

Під час формування реєстру ризиків не допускається:

- включення ризиків, які не впливають на досягнення цілей;

- надання визначень ризиків, які є зворотним формулюванням цілей, завдань та функцій, покладених на установу.

Ризики, які мають загальний показник ризику 15 і більше, відносяться до ключових ризиків установи та включаються до відповідного розділу реєстру ризиків.

Для кожного ідентифікованого ключового ризику установи відповідними керівниками структурних підрозділів за участі членів робочої групи з оцінки ризиків розробляються профілі кожного такого ризику (зразки оформлення профілю ризику/відхилення додаються).

МВК подає на затвердження керівнику установи реєстр ризиків на відповідний рік разом з профілем кожного ключового ризику.

Реєстр ризиків на наступний рік затверджується керівником установи не пізніше 31 грудня поточного року. Зразок реєстру ризиків і відхилень наведено в Додатку 3.

При формуванні реєстру ризиків необхідно врахувати розподіл ризиків на зовнішні та внутрішні, визначити спроможності установи реагувати на відповідні ризики у межах наданих повноважень та компетенції.

Так, внутрішні ризики, які оцінено в числових значеннях від 1 до 14 (інші ризики), потребують вжиття заходів контролю на рівні структурних підрозділів, а у разі неможливості їх вирішення – на рівні керівництва установи, в якій ідентифіковано ризики.

Внутрішні ризики, які оцінено в числових значеннях від 15 до 25 (ключові ризики), потребують вжиття заходів контролю посадовими особами, визначеними дизайном заходу контролю, відповідно до затвердженого керівником установи профілю ризику.

Зовнішні ризики, джерела яких перебувають поза межами сфери відповідальності установи, як правило потребують вжиття заходів контролю на рівні відповідних органів військового управління та відповідальних за діяльність (*наприклад: заходи контролю, що потребують розроблення (внесення змін до діючих) нормативно-правових актів або виділення додаткових ресурсів для їх реалізації, належать до повноважень ОВУ*).

Безпосередньо установою також можуть розроблятися заходи контролю для реагування на зовнішні ризики, спрямовані на мінімізацію наслідків їх настання у межах повноважень установи (*наприклад: при ідентифікації зовнішнього ризику, пов'язаного з неспроможністю виробників продукції оборонного призначення поставити таку продукцію в необхідних обсягах у визначені терміни (унаслідок обмежених можливостей виробництва, можливого ураження об'єктів виробництва та зберігання), заходами реагування в установі, що здійснює закупівлю такої продукції, може бути диверсифікація контрактів, відокремлення лотів закупівлі тощо*). У таких випадках вжиття заходів контролю здійснюється аналогічно заходам контролю для реагування на внутрішні ризики та залежить від їх оцінки.

Управління ризиками, включеними до реєстру ризиків на відповідний рік, виконання заходів контролю щодо яких знаходяться у межах повноважень та компетенції установи, здійснюється керівниками та персоналом структурних підрозділів, визначеними відповідальними за виконання визначених заходів контролю. Для цього реєстр ризиків та профілі ризиків після затвердження керівником установи доводиться до керівників структурних підрозділів та персоналу установи для виконання його в частині, що стосується.

Управління ризиками, виконання заходів контролю щодо яких знаходяться поза межами повноважень установи та належать до повноважень ОВУ вищого рівня, здійснюється шляхом інформаційного обміну за підпорядкованістю, надання установою пропозицій щодо реагування на такі ризики до ОВУ.

Ідентифікація таких ризиків, що потребують прийняття рішень на рівні ОВУ вищого рівня, здійснюється у рамках загальної організації роботи в установі щодо ідентифікації та оцінки ризиків у порядку, визначеному розділом

III Порядку. Під час розгляду всіх ідентифікованих ризиків в установі визначаються ті, що потребують прийняття рішень на рівні ОВУ вищого рівня. Результати такої ідентифікації та пропозиції щодо надання інформації до ОВУ вищого рівня зазначаються у протоколі РГ.

Ідентифіковані установою ризики, що потребують реагування ОВУ, також включаються в реєстр ризиків установи на відповідний рік, як і ризики, щодо яких управління здійснюється виключно на рівні установи. Щодо заходів контролю для реагування на такі ризики – в реєстрі ризиків у графі “Захід контролю” зазначаються пропозиції установи щодо дизайну заходу контролю та інформація про необхідність надання таких пропозицій до ОВУ, зазначається відповідальний виконавець в установі та захід контролю у межах повноважень установи (*наприклад: якщо для вирішення питання щодо реагування на ризик необхідно внести зміни до наказу Міністерства оборони України, що виходить за межі повноважень військової частини, а належить до повноважень ОВУ вищого рівня, то заходом контролю у військовій частині буде “Підготовка та направлення до Командування _____ клопотання та обґрунтувань щодо необхідності внесення змін до НМОУ від №_ в частині визначення порядку...”, відповідальний, наприклад, заступник командира військової частини. А вже в ОВУ вищого рівня, до повноважень якого належить розроблення нормативно-правових актів, заходом контролю буде “Опрацювання проєкту наказу щодо внесення змін до НМОУ від №_ в частині визначення порядку..., його погодження встановленим порядком та надання на підпис”, із визначенням термінів виконання зазначених заходів).*

Інформацію, згруповану за напрямками відповідальних за діяльність щодо ризиків, які потребують вжиття заходів на вищому рівні, установи щороку за підпорядкованістю подають до ОВУ у визначені ними терміни.

При поданні інформації про ризики, які потребують реагування на рівні ОВУ, для кожного такого ризику надається профіль ризику, з пропозиціями щодо дизайну заходу контролю, виконання якого дозволить забезпечити належне реагування на ризик.

Надання до ОВУ пропозицій щодо ризиків, які потребують вжиття заходів на вищому рівні, організовує МВК установи.

У разі виникнення протягом року необхідності вжиття негайних заходів реагування ризику на рівні ОВУ або уточнення заходів контролю пропозиції надаються аналогічним порядком.

ОВУ аналізують надану підпорядкованими установами інформацію.

Якщо за результатами аналізу ОВУ інформації щодо ризиків, поданих підпорядкованою установою, встановлено, що такий ризик не потребує розроблення заходів контролю на рівні ОВУ, а пов’язаний з неврахуванням установою вимог керівних документів або незнанням (невиконанням) вже запроваджених заходів контролю, ОВУ інформує про це установу, що надала таку інформацію.

Якщо за результатами аналізу ОВУ інформації щодо ризиків, поданих підпорядкованою установою, встановлено, що такий ризик потребує

розроблення заходів контролю на рівні ОВУ (ОВУ вищого рівня, відповідальних за діяльність), такі ризики відображаються в реєстрі ризиків ОВУ.

При цьому ОВУ визначають наявність систематичних ризиків (притаманних діяльності декількох установ), та ключових ризиків (які мають найбільший потенційний вплив діяльності установ), що потребують прийняття рішень на рівні ОВУ (ОВУ вищого рівня, відповідальних за діяльність).

Ідентифіковані у підпорядкованих установах систематичні ризики та ключові ризики, що потребують прийняття рішень ОВУ, відображаються в розділі “Ключові ризики” реєстру ризиків ОВУ (структурного підрозділу ОВУ, відповідального за напрям діяльності), оскільки мають велику вірогідність їх настання в більшості підпорядкованих установ та/або суттєвий (катастрофічний) вплив ризику на діяльність підпорядкованих установ.

Ідентифіковані підпорядкованими установами ризики, що потребують прийняття рішень ОВУ, але які не містять ознак систематичних або ключових ризиків, відображаються в розділі “Інші ризики” реєстру ризиків ОВУ.

Якщо вирішення питань щодо реагування на такі ризики заходиться у компетенції ОВУ, відповідним структурним підрозділом, відповідальним за напрям діяльності, за яким був виявлений ризик, розробляються заходи контролю на своєму рівні щодо реагування ризик та організовується їх виконання.

У разі неможливості впливу на ризики на своєму рівні ОВУ приймають рішення щодо надання відповідної інформації до органів управління вищого рівня та відповідальних за діяльність.

Моніторинг розроблення заходів контролю структурним підрозділом, відповідальним за напрям діяльності в ОВУ, організації їх виконання та результативності здійснюється координатором ВК ОВУ, а у разі відсутності такого підрозділу – МВК.

У разі неможливості впливу на ризики на рівні ОВУ вищого рівня та відповідальних за діяльність інформація щодо таких ризиків подається за належністю до підрозділів координації внутрішнього контролю Збройних Сил та Міноборони для включення відповідних заходів до поточних документів з управління ризиками Збройних Сил та Міноборони.

Так, структурні підрозділи апарату Міноборони, Апарату Головнокомандувача, Генерального штабу, Адміністрація Держспецтрансслужби, командування видів Збройних Сил, окремих родів військ (сил), органи військового управління на підставі проведеного аналізу пропозицій підпорядкованих установ до 01 листопада подають на адресу підрозділів координації внутрішнього контролю в Міноборони та Збройних Силах за належністю інформацію про ідентифіковані систематичні і ключові ризики, які потребують реагування на рівні відповідальних за діяльність у наступному році. Для кожного такого ризику надається профіль ризику.

Підрозділ координації внутрішнього контролю у Збройних Силах аналізує інформацію щодо таких ризиків та враховує у поточних документах з управління ризиками Збройних Сил.

Щодо систематичних і ключових ризиків, які потребують реагування на рівні підрозділів апарату Міноборони, підрозділ координації внутрішнього контролю у Збройних Силах до 15 листопада надає пропозиції до підрозділу координації внутрішнього контролю в Міноборони. Для кожного такого ризику надається профіль ризику.

Підрозділ координації внутрішнього контролю в Міноборони аналізує інформацію щодо систематичних і ключових ризиків, які потребують реагування на рівні підрозділів апарату Міноборони, та доводить її для обов'язкового врахування в реєстрах ризиків таких підрозділів.

Структурні підрозділи апарату Міноборони забезпечують включення відповідних систематичних і ключових ризиків до розділу “Ключові ризики” своїх реєстрів ризиків та інформують про це підрозділ координації внутрішнього контролю в Міноборони в двотижневий термін після доведення до них такої інформації.

На етапі аналізу інформації про ідентифіковані підпорядкованими установами (ОВУ нижчого рівня) ризики, що потребують реагування на рівні ОВУ вищого рівня (у тому числі систематичні ризики та ключові ризики), такими ОВУ вищого рівня може здійснюватися корегування ідентифікованих на нижчому рівні ризиків (наприклад: уточнення, доповнення, укрупнення показників ризиків, їх консолідація).

При цьому дизайн заходу контролю для реагування на ризик, який запропонований підпорядкованими установами або підрозділами координації внутрішнього контролю, також не є остаточним та може бути уточнений (замінений на більш ефективний) ОВУ вищого рівня (відповідальними за діяльність), з метою найбільш якісного та результативного впливу на ризик.

Також ОВУ вищого рівня (відповідальними за діяльність) можуть надаватись пропозиції щодо уточнення дизайну заходу контролю в частині визначення відповідальних за виконання контрольних заходів, залучення співвиконавців з числа інших ОВУ або надаватись пропозиції щодо скасування заходів, з відповідними обґрунтуваннями, у разі якщо такий ризик втратив свою актуальність. У таких випадках комунікація здійснюється через відповідних координаторів ВК ОВУ (за наявності) або МВК.

Розроблені ОВУ (відповідальними за діяльність) заходи контролю щодо систематичних та ключових ризиків, які потребують реагування на рівні ОВУ, можуть включати заходи, які здійснюються безпосередньо ОВУ, відповідно до наданих йому повноважень, так і заходи, які необхідно виконати на рівні підпорядкованих установ.

Дотримуючись вертикальної структури процесу управління ризиками, рекомендовані заходи контролю для впливу на систематичні ризики, розроблені на рівні Міноборони, Збройних Сил, Адміністрації Держспецтрансслужби, ОВУ, доводяться координаторами внутрішнього контролю до підпорядкованих установ у частині, що їх стосується, для організації відповідних заходів контролю, які повинні виконуватися на рівні таких установ.

Установи зобов'язані включити відповідні ризики до розділу “Ключові ризики” реєстру ризиків установи на відповідний період, розробивши та затвердивши для кожного такого ризику профіль ризику, з урахуванням визначених ОВУ (відповідальним за діяльність) заходів контролю та враховуючи

специфіку діяльності та організаційно-штатну структуру установи. Установи забезпечують виконання визначених заходів контролю.

Таким чином управління ризиками здійснюється на всіх рівнях управління відповідно до повноважень та компетенції, як на підставі самостійно ідентифікованих ризиків в установі (ОВУ, відповідальним за діяльність), так і інформації, отриманої від підпорядкованих установ та ОВУ (ОВУ вищого рівня, відповідальних за діяльність).

Підтримка в актуальному стані реєстру ризиків та робочої документації з внутрішнього контролю та управління ризиками в установі (ОВУ) здійснюється підрозділом координації внутрішнього контролю, а в разі відсутності такого штатного підрозділу в установі – одним з членів робочої групи з оцінки ризиків, який визначається наказом про забезпечення функціонування внутрішнього контролю в установі.

Перегляд ідентифікованих та оцінених ризиків здійснюється на регулярній основі для врахування відповідних змін та обставин, виявлення нових ризиків та таких, що зазнали змін, корегування заходів контролю або відповідальних за їх виконання.

Періодичність перегляду ризиків та заходів контролю встановлюється не рідше ніж один раз на рік.

Позаплановий перегляд ризиків здійснюється у разі суттєвих змін у внутрішньому середовищі, зміни законодавства, виявлення фактів порушень законодавства (корупційних ризиків, шахрайства або зловживань службовим становищем), отримання інформації про ризики, що потребують реагування на рівні установи (ОВУ, відповідального за діяльність), від підпорядкованих установ або ОВУ вищого рівня, встановлення неефективності заходів контролю та (або) завершення контрольних (аудиторських) заходів.

Перегляд ризиків та заходів контролю здійснюється за результатами моніторингу внутрішнього контролю, аналізу управлінської інформації та звітних документів щодо досягнення встановлених результатів діяльності, ефективності заходів контролю, рекомендацій підрозділу внутрішнього аудиту менеджером внутрішнього контролю, керівниками структурних підрозділів та робочою групою з оцінки ризиків. Готуються пропозиції щодо внесення змін до реєстру ризиків на предмет уточнення, вилучення, доповнення їх інформацією стосовно окремих ризиків, а також уточнення заходів контролю і осіб, відповідальних за їх здійснення.

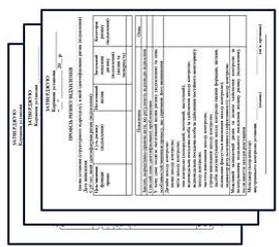
Після завершення контрольних заходів (ВА, перевірок тощо) МВК, спільно з робочою групою з оцінки ризиків, аналізуються слабкі місця внутрішнього контролю, здійснюється перегляд неефективних заходів контролю, складаються плани усунення недоліків, вносяться зміни до реєстру ризиків. При цьому зміни можуть вноситись як шляхом доповнення розділу “Відхилення” реєстру ризиків (в частині виявлених за результатами контрольного заходу недоліків та порушень), так і, крім цього, доповнення розділів “Ключові ризики” та “Інші ризики” реєстру ризиків (в частині ідентифікованих за результатами контрольного заходу ризиків, які на даний час ще не призвели до документально підтверджених відхилень, але можуть створювати передумови до їх виникнення).

Додаток 4
до Порядку організації в системі Міністерства
оборони України внутрішнього контролю та
управління ризиками
(пункт 7 розділу III)

ЗАТВЕРДЖУЮ
Керівник установи

“ 20 ”

р. **Моніторинг**



**Профілі для
ключових ризиків
і відхилень**

Опис ризику РЕЄСТР РИЗИКІВ І ВІДХИЛЕНЬ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Ціль/завдання/функція/процес	Назва ризику (відхилення)	Категорія ризику (зовнішній/внутрішній)	Причини ризику (відхилення)	Наслідки ризику (відхилення)	Імовірність ризику	Вплив ризику	Загальний показник ризику (добуток ймовірності та впливу)	Захід контролю	Відповідальний за виконання заходу контролю	Строк виконання	Опублікований результат	Фактичний результат виконання
					I. Ключові ризики							
					II. Відхилення							
					X	X	X					
					III. Інші ризики							
Менеджер (координатор) внутрішнього контролю установи												(ім'я, прізвище)
												(підпис)

Захід контролю

Рисунок 14 – Структура реєстру ризиків / відхилень

В апараті Міноборони заходи з УР є невід'ємною складовою процесів планування, виконання та звітування про виконання планів діяльності Міноборони, планів діяльності самостійних структурних підрозділів апарату Міноборони та органів військового управління, безпосередньо підпорядкованих Міноборони (далі – підрозділи апарату Міноборони), на рік.

Підрозділами апарату Міноборони під час планування на наступний рік в обов'язковому порядку визначаються ризики, як імовірні та суттєві події, обставини або їх сукупність, які можуть мати вплив на досягнення визначених стратегічних (операційних) цілей та виконання запланованих заходів.

Ідентифікація та оформлення результатів оцінки ризиків (їх перегляд) у підрозділах апарату Міноборони здійснюються відповідно до вимог пунктів 5 –12 розділу III Порядку.

Пропозиції щодо ключових ризиків, що можуть мати визначальний вплив на досягнення цілей діяльності Міноборони в наступному році, ідентифіковані в підрозділах апарату Міноборони, надаються для врахування в плані діяльності Міноборони на відповідний рік. (Рисунок 14)

Пропозиції щодо таких ризиків формуються та подаються до підрозділу координації ВК в Міноборони за формою, наведеною в додатку 4 до Порядку, разом з профілем кожного такого ризику, на який реагуватимуть у наступному році.

Генеральною інспекцією Міноборони, Департаментом внутрішнього аудиту Міноборони, Департаментом з питань запобігання та виявлення корупції Міноборони та Департаментом юридичного забезпечення Міноборони за результатами здійснення контрольно-наглядових функцій, аналізу діяльності підрозділів апарату Міноборони у звітному періоді, у ході яких були виявлені суттєві ризики, що впливатимуть на досягнення цілей діяльності Міноборони, можуть надаватися пропозиції для врахування в плані діяльності Міноборони на наступний рік заходів реагування на такі ризики, з визначенням підрозділів апарату Міноборони, відповідальних за виконання заходів контролю.

Структурними підрозділами, якими ідентифіковані ключові ризики, в обов'язковому порядку визначаються в пропозиціях до Плану діяльності Міноборони на наступний рік заходи, які необхідно вжити для впливу на такі ризики. Підрозділ координації ВК в Міноборони у період планування заходів діяльності Міноборони на наступний рік аналізує та узагальнює пропозиції підрозділів апарату Міноборони щодо ідентифікованих ключових ризиків.

Узагальнені пропозиції щодо визначених ризиків та заходів контролю (стратегій УР) подаються підрозділом координації ВК в Міноборони до підрозділу апарату Міноборони, на який покладено функції визначення засад воєнної політики та стратегічного планування, для їх врахування в плані діяльності Міноборони на наступний рік.

Строки подання пропозицій до плану діяльності Міноборони на наступний рік визначаються в керівних документах Міноборони з питань планування діяльності в апараті Міноборони у відповідному періоді.

Управління ризиками, які не включені до плану діяльності Міноборони на рік, здійснюється керівниками та персоналом підрозділів апарату Міноборони у

межах планів їх діяльності на відповідний період на підставі реєстрів ризиків цих підрозділів. (Рисунок 15)

Підрозділи апарату Міноборони подають реєстри ризиків на поточний рік до Генеральної інспекції Міноборони до 01 лютого для організації періодичного моніторингу виконання заходів контролю для впливу на ризики.

Періодичний моніторинг виконання підрозділами апарату Міноборони заходів контролю для впливу на ризики здійснюється Генеральною інспекцією Міноборони у ході інспекційних заходів у цих підрозділах.

Періодична оцінка виконання окремих завдань та функцій підрозділами апарату Міноборони з метою аналізу результативності ВК здійснюється Департаментом внутрішнього аудиту Міноборони.

Інформація про виконання заходів контролю для впливу на ризики в апараті Міноборони є визначальною для формування декларації Міністра оборони України з внутрішнього контролю та звіту про стан організації та функціонування внутрішнього контролю в системі Міноборони за відповідний рік, у частині висвітлення питань, які розкривають фактичний стан функціонування такого елемента ВК, як УР.

При розробленні в Міноборони, Апараті Головнокомандувача, Генеральному штабі, Адміністрації Держспецтрансслужби проєктів стратегій, концепцій, програм, статутів проєктів, доктрин, а також планів діяльності, також проводиться робота з ідентифікації ризиків, що можуть вплинути на їх реалізацію та досягнення очікуваних результатів.

Такі проєкти стратегій, концепцій, програм, статутів проєктів, доктрин та планів діяльності в обов'язковому порядку повинні мати окремий додаток, який містить перелік ризиків. Заходи, спрямовані на пом'якшення ризиків включаються та враховуються у відповідних проєктах документів.

Документальне оформлення таких ризиків і включення їх до відповідних проєктів документів здійснюється за формою, наведеною на рисунку 16.

УР здійснюється протягом усього періоду реалізації зазначених документів: здійснюється планування, виконання заходів контролю та моніторинг під час безпосереднього проведення заходів, передбачених концепцією, програмою чи проєктом, їх завершення і звітування. З цією метою такі ризики включаються до Реєстру ризиків на відповідний рік структурного підрозділу, яким було розроблено стратегію (концепцію, програму, проєкт, доктрину).

ЗАТВЕРДЖУЮ
Міністр оборони України

“ ” _____ 202__ року

План

діяльності Міністерства оборони України на 2026 рік та основних заходів діяльності на 2027-2028 роки

1. Результати роботи у попередньому періоді у відповідній сфері діяльності

Стисло вказуються основні досягнення та результати діяльності у 2025 році. Перелік повинен включати 3-5 позицій. Дії повинні бути завершені, результати – предметними та вимірюваними.

2. Основні проблеми, які мають бути вирішені у сфері відповідальності Міністерства оборони України

Зазначаються проблеми, які існують у відповідній сфері діяльності структурного підрозділу Міністерства оборони та Генерального штабу, описуються наслідки невирішення кожної проблеми, а також ймовірні наслідки, які можуть наступити, якщо проблеми залишаться невирішеними.

3. Мета та очікувані результати

Визначається мета, яку планується досягти протягом 2026 – 2028 років, та очікувані результати, які повинні бути реальними, зрозумілими та досяжними в обраному періоді часу.

4. Ризики, що загрожують реалізації цілей державної політики у сфері оборони

Вказуються чинники, що мінімізують ймовірність виконання завдань стратегічної цілі в цілому/частково. Для ідентифікації ризиків реалізації обраного варіанту необхідно проаналізувати внутрішні та зовнішні фактори, що можуть вплинути на досягнення стратегічної цілі. Зовнішніми факторами виникнення ризиків є обставини, на які розробник не в змозі вплинути, але які можуть мати суттєвий вплив на досягнення стратегічної цілі. Внутрішніми факторами виникнення ризиків є, наприклад, проблеми у процедурах та процесах в міністерстві, недостатній обсяг фінансування тощо. У якості факторів ризику слід розглядати, у тому числі, причини недосягнення результатів попередніх років у визначеній сфері, спрямованій на вирішення даної проблеми. Ризики визначаються до завдань стратегічних цілей.

Ризики, які впливають на досягнення стратегічних цілей діяльності Міністерства оборони

Рисунок 15 – Управління ризиками в апараті Міністерства оборони України як елемент стратегічного планування

ПОГОДЖЕНО
Заступник Міністра оборони України
_____ (підпис) (ім'я та прізвище)

Департамент воєнної політики
та стратегічного планування
Міністерства оборони України

Пропозиції до проєкту Звіту про стан виконання протягом _____ кварталу 2026 року заходів Плану діяльності Міністерства оборони України 2026 року та основних заходів діяльності на 2027 – 2028 роки

Структурні підрозділи:

1. *Значити структурні підрозділи (за підпорядкованістю заступнику Міністра оборони України)*

№ зп	Перелік завдань, заходів	Відповідальні за виконання завдань (заходів)	Строки виконання	Стан виконання	Ключові перешкоди виконання	Пропозиції щодо усунення перешкод
	Стратегічна ціль 1. Ефективний оборонний менеджмент і система об'єднаного керівництва силами оборони та військового управління у Збройних Силах України, що здійснюються на засадах демократичного цивільного контролю, інших принципах і стандартах НАТО					
	<i>Значачається завдання (захід) відповідно до Плану діяльності Миноборони</i>			<i>Значачається опис результатів, досягнення індикатора виконання та особливості виконання</i>		
	Стратегічна ціль 2. Професійний та вмотивований особовий склад сил оборони, підготовлений військової резерва, що підтримуються за рахунок ефективних прозорих систем кадрового менеджменту, військової освіти і науки, охорони здоров'я і соціального захисту					
	<i>Значачається завдання (захід) відповідно до Плану діяльності Миноборони</i>			<i>Значачається опис результатів, досягнення індикатора виконання та особливості виконання</i>		
	Стратегічна ціль 3. Розвинута військова інфраструктура, об'єднана логістика та достатні запаси матеріальних засобів, дієва система медичного забезпечення, що відповідають потребам Збройних Сил України, інших складових сил оборони для відсічі збройної агресії проти України					
	<i>Значачається завдання (захід) відповідно до Плану діяльності Миноборони</i>			<i>Значачається опис результатів, досягнення індикатора виконання та особливості виконання</i>		

**Ризики виконання
квартальних планів
за напрямком
діяльності
підрозділів апарату
МО України**

Рисунок 16 – Управління ризиками в апараті Міністерства оборони України як елемент квартального планування та звітування

ПЕРЕЛІК РИЗИКІВ РЕАЛІЗАЦІ СТРАТЕГІЇ (КОНЦЕПЦІЇ, ПРОГРАМИ, ПРОЄКТУ, ПЛАНУ, ДОКТРИНИ...)
_____ назва

Назва ризику	Пропозиції щодо пом'якшення ризику	Відповідальний	Строк виконання
1	2	3	4

Керівник розробки стратегії (концепції, програми, проєкту, плану, доктрини...)

_____ (підпис) _____ (ім'я, прізвище)

Рисунок 17 – Управління ризиками під час розробки проєктів, програм і планів

2.3. Заходи контролю

Установа має запровадити та підтримувати ефективні заходи контролю, які б забезпечили прийнятний рівень впливу на ризики.

Заходами контролю є сукупність запроваджених в установі управлінських дій, які здійснюються керівництвом усіх рівнів та працівниками установи для впливу на ризики, запобігання відхиленням, корупційним правопорушенням, шахрайству або зловживанню службовим становищем з метою досягнення установою завдань діяльності.

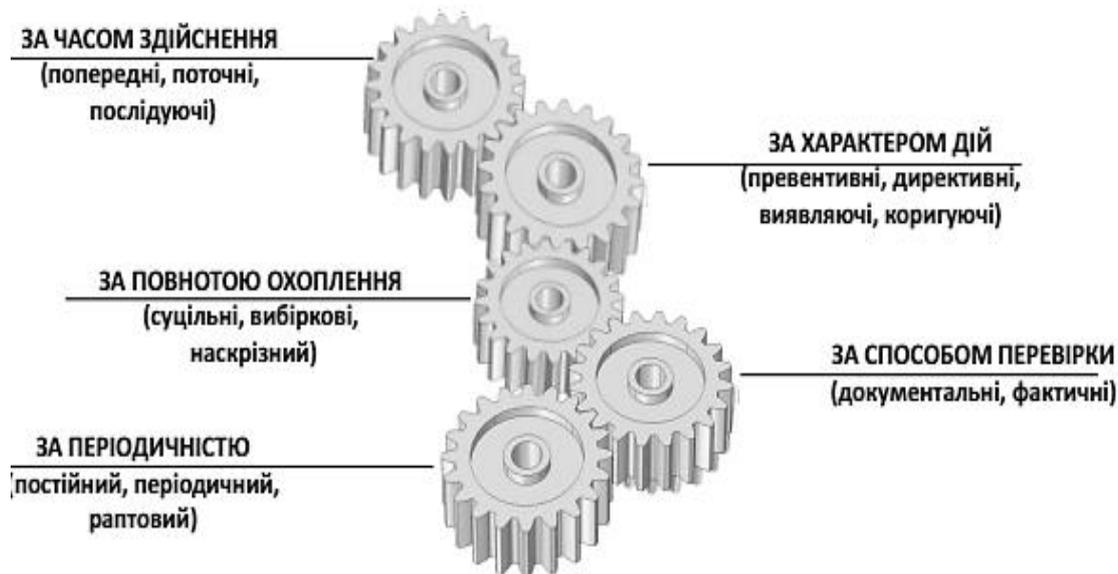


Рисунок 18 – Класифікація заходів контролю

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

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

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

подвійний контроль, який полягає в дотриманні правила “двох рук” під час здійснення операцій, підготовці пропозицій щодо прийняття рішень з питань управління ресурсами та відповідно до якого здійснення та облік операцій не можуть належати до повноважень однієї особи;

контроль за доступом до ресурсів та облікових записів, а також закріплення відповідальності за збереження і використання ресурсів, що зменшує ризик їх втрати чи неправильного (незаконного) використання;

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

- проведення звірок облікових даних з фактичними;
- оцінка загальних результатів діяльності установи, окремих функцій та завдань на підставі визначених для цих установ ключових показників ефективності (результативності);
- систематичний нагляд за роботою кожного структурного підрозділу та всього персоналу установи для визначення якості виконання поставлених завдань;
- нагляд, який забезпечує оцінку досягнення поставлених цілей або показників, повноти та своєчасності облікових операцій, обґрунтованості кошторисів та розрахунків, повноти та своєчасності звітності;
- забезпечення захисту інформаційних (автоматизованих), електронних комунікаційних та інформаційно-комунікаційних систем;
- контроль за виконанням документів;
- інші правила та процедури, у тому числі визначені механізмами контролю за правилами внутрішнього розпорядку, визначені у внутрішніх документах установи.

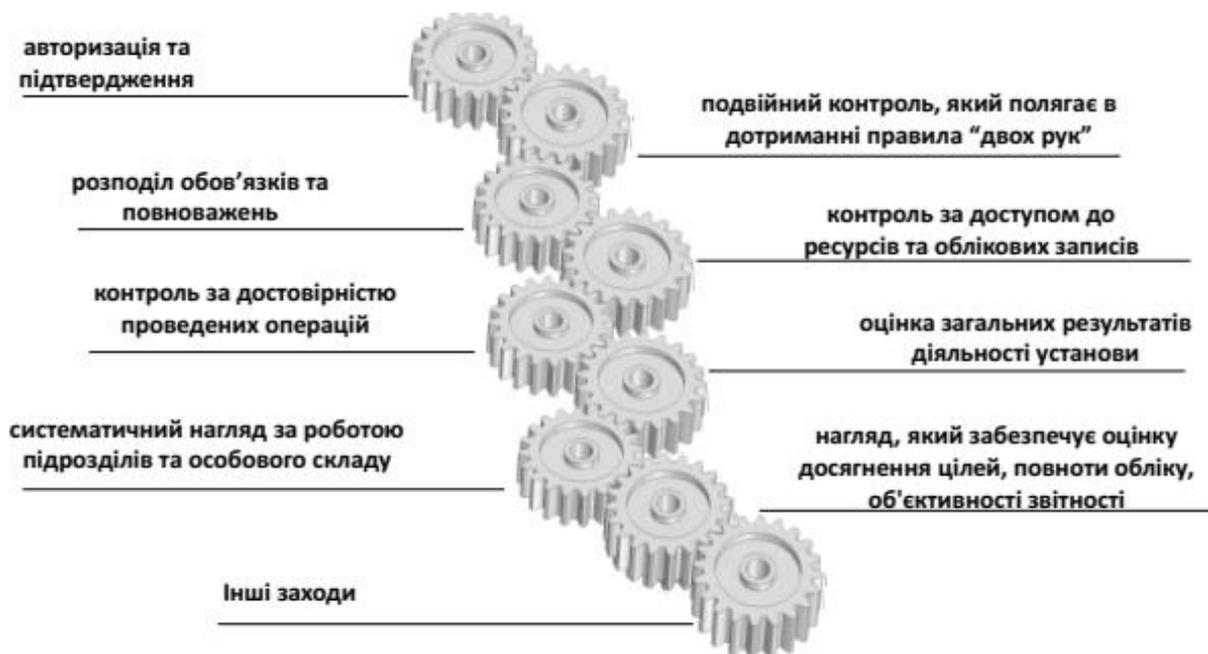


Рисунок 19 – Типові правила і процедури контролю

Для цілей запобігання зловживанням найбільш ефективними процедурами ВК є санкціонування (авторизація) операцій, у тому числі господарських, розподіл повноважень та ротація обов'язків, контроль фактичної наявності та стану об'єктів, ресурсів та активів, а також проведення періодичних інвентаризацій військового майна та об'єктів державної власності.

З метою забезпечення результативності заходів контролю має забезпечуватися підтримка в актуальному стані контрольних повноважень підрозділів другої лінії, зважаючи на зміни, що впливають на здатність установи виконувати основні завдання та функції, досягати цілей, а також з огляду на результати перегляду ідентифікованих ризиків, виявлені відхилення або обставини, що можуть спричинити виникнення корупційних правопорушень,

шахрайства чи зловживань службовим становищем.

Для якісного виконання заходів контролю для впливу на ключові ризики та відхилення, ідентифіковані в установі, стосовно яких обрано спосіб (стратегію) реагування на них шляхом уникнення, зменшення, розділення (передачі), розробляється дизайн заходу контролю, який містить таку інформацію:

- назва заходу контролю;
- мета заходу контролю;
- тип контролю (попередній, поточний, наступний);
- відповідальна посадова особа за безпосереднє здійснення заходу контролю;
- відповідальна посадова особа за здійснення постійного моніторингу зазначеного заходу контролю;
- частота виконання заходу контролю;
- строки виконання заходу контролю;
- засоби документування заходу контролю (якими формами, звітами, підписами фіксується виконання заходу контролю);
- індикатор результативності (ефективності) заходу контролю.

Інформація щодо розробленого дизайну заходу контролю заноситься до відповідного розділу профілю ризику/відхилення. (Зразок профілю ризику наведено в Додатку 4).

Постійний моніторинг виконання заходів контролю щодо реагування на ключові ризики та відхилення в установі покладається на посадових осіб, визначених дизайном заходу контролю, відповідно до затвердженого профілю ризику.

Щодо інших ідентифікованих в установі ризиків (крім ключових) профілі ризиків не складаються, розроблені заходи контролю, терміни їх виконання та відповідальні особи, зазначаються в реєстрі ризиків установи. Постійний моніторинг виконання заходів контролю щодо реагування на інші ризики в установі покладається на керівників структурних підрозділів, до повноважень яких належать питання організації виконання заходів контролю.

Періодичний моніторинг виконання заходів контролю щодо реагування на ризики та відхилення покладається на менеджера внутрішнього контролю установи із залученням підрозділу координації внутрішнього контролю (за наявності такого підрозділу).

Керівники структурних підрозділів (посадові особи), до повноважень яких належать питання організації виконання заходів контролю, щоквартально надають інформацію МВК установи про фактичне виконання заходів контролю. Конкретні терміни та порядок надання інформації визначається у внутрішніх організаційних документах з внутрішнього контролю установи.

Зазначена інформація відображається в реєстрі ризиків посадовою особою, відповідальною за підтримку реєстру ризиків в актуальному стані. При цьому, у графі “Фактичний результат виконання” реєстру ризиків, крім відмітки “виконано” викладається короткий зміст виконаного заходу контролю (прийнятого рішення, відпрацьованого документа або іншої проведеної роботи

щодо впливу на ризик).

Наприклад, при визначенні такого заходу контролю як проведення позапланової інвентаризації майна, у графі “Фактичний результат виконання” реєстру ризиків крім відмітки “виконано” має бути зазначена і конкретна інформація – дата і номер наказу керівника установи про оголошення результатів інвентаризації та прийняті рішення.

МВК установи (із залученням підрозділу координації внутрішнього контролю (за наявності такого підрозділу) здійснює вибірккову перевірку фактичного виконання заходів контролю не менше одного разу на квартал. У разі відсутності в установі такого підрозділу МВК установи може залучати за рішенням керівника установи до перевірки фактичного виконання заходу контролю членів внутрішньої перевіркової комісії та підкомісій за напрямами діяльності, а також інших осіб з числа персоналу установи, які не задіяні до виконання обов’язків за напрямами, що підлягають перевірці.

Перевірка результативності та ефективності виконання заходів контролю для впливу на ризики і відхилення здійснюється під час проведення перевірок стану організації ВК та ВА відповідно.

2.4. Реагування на відхилення

Ефективне реагування на відхилення є індикатором життєздатності всієї системи ВК. Воно не обмежується лише технічним виправленням помилок, а охоплює чотири взаємопов’язані елементи ВК:

Внутрішнє середовище: Визначає “тон організації” та культуру відповідальності. Реагування на відхилення демонструє відданість керівництва принципам доброчесності та професіоналізму. Відсутність реакції свідчить про слабкість середовища контролю та толерантність до порушень.

Управління ризиками: Будь-яке відхилення є сигналом про реалізацію ризику. Процес реагування дозволяє оцінити, чи був цей ризик ідентифікований заздалегідь та чи відповідає він встановленому “апетиту до ризику”. Нездатність вчасно відреагувати на відхилення є прямою прогалиною в управлінні ризиками.

Заходи контролю: Це безпосередній інструментарій реагування. Сюди відносяться конкретні дії (автоматизовані блоки, перевірки, санкції, коригування), що впроваджуються для мінімізації наслідків відхилення та повернення процесу в межі встановлених норм.

Моніторинг: Передбачає системний аналіз причин виникнення відхилень. Через моніторинг оцінюється, наскільки вчасним та адекватним було реагування, а також визначається необхідність внесення змін до всієї системи внутрішнього контролю для запобігання системним помилкам у майбутньому.

Реагування на відхилення є точкою перетину стратегічного передбачення (ризиків) та практичного виконання (заходи контролю), що забезпечує безперервне вдосконалення управлінських процесів.

Реагування на відхилення розглядається не лише як засіб фіксації помилок, а як стратегічний інструмент забезпечення безперервності діяльності та досягнення визначених цілей. Система реагування базується на таких засадах:

Ризик-орієнтований підхід: Пріоритетність реагування визначається ступенем впливу відхилення на боекдатність, фінансову стійкість та репутацію установи.

Своєчасність та проактивність: заходи реагування мають вживатися негайно після виявлення ознак недотримання актів законодавства, відомчих порядків, правил, інструкцій, тощо, не чекаючи завершення звітнього періоду.

Невідворотність відповідальності та корекції: Кожне виявлене відхилення підлягає обов'язковій оцінці на предмет системності. Якщо відхилення є наслідком недоліків у дизайні заходу контролю, такі заходи мають бути переглянуті.

Документальна прозорість: Забезпечення повного аудиторського сліду – від моменту виявлення відхилення до підтвердження виконання коригувальних дій.

Метою реагування є мінімізація негативних наслідків виявлених невідповідностей та запобігання їх повторенню у майбутньому шляхом вдосконалення внутрішніх регламентів та посилення відповідальності виконавців, а також здійснення постійного та періодичного моніторингу за здійсненням коригуючих дій направлених на усунення відхилень.

Відсутність задокументованої реакції на суттєві відхилення трактується як неефективність системи ВК в цілому, що підлягає відображенню у щорічному Звіті про стан функціонування системи внутрішнього контролю в установі.

Інформація щодо кожного відхилення, виявленого за результатами заходів державного фінансового контролю, ВА, інспекційних перевірок, перевірок, проведених органами військового управління, перевірок проведених внутрішньо-перевірочними комісіями та позапланових інвентаризацій та перевірок, періодичного моніторингу ВК в установі, повинна бути включена до розділу “Відхилення” реєстру ризиків після завершення таких контрольних заходів.

Інформація щодо відхилень, виявлених за результатами контрольних заходів, відображається у відповідному розділі реєстру ризиків незалежно від повноти їх усунення під час такого контрольного заходу. Щодо відхилень, які були усунуті, розробляються заходи контролю, спрямовані на їх недопущення у подальшому.

Керівники структурних підрозділів-відповідальні за напрями діяльності, за якими виявлені відхилення, спільно з членами робочої групи з оцінки ризиків, розробляють для кожного відхилення його профіль, з відповідним дизайном заходу контролю, виконання якого дозволить усунути відхилення, причини його виникнення та забезпечити недопущення його у подальшому (зразок профілю відхилення наведено в Додатку 5).

Заходи контролю для реагування на відхилення розробляються з обов'язковим врахуванням планів усунення недоліків, складених за результатами контрольних заходів, пропозицій та рекомендацій, внесених

суб'єктами контролю, та відповідно до рішень, прийнятих відповідними керівниками органів військового управління за результатами зазначених контрольних заходів.

З метою уникнення помилок при відображенні в реєстрі ризиків інформації про виявлені відхилення необхідно щодо відхилень зазначати джерело інформації про допущені недоліки та порушення (акт внутрішнього аудиту, Рахункової палати, інспекційної перевірки, рішення керівного складу Міноборони, ЗС України, ОВУ тощо).

Профілі відхилень подаються МВК на затвердження керівнику установи при внесенні інформації про відхилення до відповідного розділу реєстру ризиків.

Постійний моніторинг виконання заходів контролю щодо реагування на відхилення в установі покладається на посадових осіб, визначених дизайном заходу контролю, відповідно до затвердженого профілю відхилення.

Періодичний моніторинг виконання заходів контролю щодо реагування на відхилення покладається на МВК установи.

Керівники структурних підрозділів (посадові особи), до повноважень яких належать питання організації виконання заходів контролю, щоквартально надають інформацію МВК установи про фактичне виконання заходів контролю та усунення відхилень. Зазначена інформація відображається в реєстрі ризиків посадовою особою, відповідальною за підтримку реєстру ризиків в актуальному стані, відповідно до вимог пункту 10 розділу III Порядку. При цьому, у графі "Фактичний результат виконання" реєстру ризиків, крім відмітки "виконано" викладається короткий зміст виконаного заходу контролю (прийнятого рішення, відпрацьованого документа або іншої проведеної роботи, завдяки якій було усунуто виявлене відхилення та/або вжиті заходи щодо усунення причин та умов його виникнення).

Захід контролю вважається виконаним, якщо за результатами надання установою доповіді (донесення, інформаційної довідки) про стан усунення недоліків, впровадження рекомендацій і виконання пропозицій контролюючим органом (підрозділами ВА, Генеральною інспекцією Міністерства оборони України, органами державного фінансового контролю тощо) не надані заперечення щодо відповідності та достатності вжитих установою заходів.

Навіть після виконання установою заходів контролю щодо реагування на відхилення та відсутності заперечень контролюючих органів щодо відповідності та достатності вжитих установою заходів інформація щодо зазначеного відхилення не виключається з розділу "Відхилення" реєстру ризиків, а робиться лише відмітка про виконання. Зазначене відхилення та відмітка про його виконання переноситься до реєстру ризиків наступного планового періоду (реєстру ризиків на наступний рік). Виключення інформації про відхилення з відповідного розділу реєстру ризиків або перенесення до інших розділів реєстру ризиків допускається лише у разі підтвердження ефективності та результативності дизайну заходу контролю (підтвердження відсутності зазначених відхилень) за результатами його тестування внутрішніми (зовнішніми) аудиторами у ході наступних планових та позапланових аудиторських заходів або результатами моніторингових перевірок, під час яких

буде підтверджено відсутність таких відхилень.

МВК установи (із залученням підрозділу координації ВК, за наявності) здійснює вибіркву перевірку фактичного виконання заходів контролю.

Інформація щодо виявлених у підпорядкованих установах відхилень аналізується координатором ВК ОВУ вищого рівня на предмет їх систематичності. У разі встановлення ознак систематичності, координатором ВК інформація доводиться до структурного підрозділу, відповідального за напрям діяльності, за яким виявлені систематичні відхилення, для включення їх до своїх реєстрів ризиків, а також розроблення рекомендованих заходів контролю та доведення їх до підпорядкованих установ.

Виявлені у підпорядкованих установах систематичні відхилення (притаманні діяльності декількох установ) відображаються в розділі “Ключові ризики” реєстру ризиків ОВУ (структурного підрозділу ОВУ, відповідального за напрям діяльності), оскільки мають велику ризиковість їх повторюваності в інших підпорядкованих установах. У розділі “Відхилення” реєстру ризиків ОВУ (структурного підрозділу ОВУ, відповідального за напрям діяльності) зазначена інформація щодо систематичних відхилень не відображається, оскільки відхилення були виявлені у підпорядкованих установах, а не безпосередньо за результатами контрольного заходу в ОВУ.

Якщо вирішення питань щодо реагування на систематичні відхилення заходиться у компетенції ОВУ, відповідним структурним підрозділом, відповідальним за напрям діяльності, за яким було виявлене відхилення, розробляються заходи контролю на своєму рівні щодо реагування на такі відхилення та організовується їх виконання.

Моніторинг розроблення заходів контролю структурним підрозділом, відповідальним за напрям діяльності, організації їх виконання та результативності здійснюється координатором ВК ОВУ, а у разі відсутності такого підрозділу – МВК.

Якщо вирішення питань щодо реагування на систематичні відхилення перебуває у компетенції ОВУ вищого рівня, відповідна інформація надається структурним підрозділом, відповідальним за напрям діяльності, за яким було виявлене відхилення, до таких органів для вжиття відповідних заходів, про що інформується підрозділ координації ВК ОВУ, а у разі відсутності такого підрозділу – МВК.

У разі неможливості впливу на відхилення на рівні органів військового управління та їх відповідальних за діяльність інформація щодо таких відхилень подається координаторами ВК таких органів військового управління за належністю до підрозділів координації ВК Збройних Сил та Міноборони для включення відповідних заходів реагування до поточних документів з УР Збройних Сил та Міноборони. Для кожного такого відхилення надається профіль відхилення, з пропозиціями щодо дизайну заходу контролю, виконання якого дозволить усунути відхилення, причини його виникнення та забезпечити недопущення його у подальшому. Надання пропозицій здійснюється відповідно до вимог пункту 11 розділу V Порядку.

При цьому заходи контролю, які запропоновані для впливу на відхилення, не є остаточними та можуть бути уточнені ОВУ вищого рівня (підрозділами, які є відповідальними за діяльність у відповідній сфері), з метою найбільш якісного та результативного впливу на такі відхилення. Водночас такі заходи контролю повинні вирішувати порушену проблематику та забезпечити належне реагування на відхилення. Зазначені систематичні відхилення та визначені заходи контролю відображаються в розділі “Ключові ризики” реєстру ризиків ОВУ (структурного підрозділу ОВУ, відповідального за напрям діяльності).

У розділі “Відхилення” реєстру ризиків ОВУ (структурного підрозділу ОВУ, відповідального за напрям діяльності) відображаються:

відхилення, виявлені безпосередньо за результатами проведеного контрольного заходу в ОВУ (або розформованому ОВУ, правонаступником якого він визначений);

відхилення, виявлені за результатами контрольних заходів у підпорядкованих установах, у тих випадках, коли за результатами контрольного заходу внесені рекомендації, надані пропозиції або прийняте рішення керівником вищого рівня щодо визначення ОВУ (структурного підрозділу ОВУ, відповідального за напрям діяльності) відповідальним за розроблення та/або виконання визначених заходів реагування на відхилення;

відхилення, виявлені під час здійснення аудиту (перевірки) процесу, у виконанні якого задіяний ОВУ (структурний підрозділ, відповідальний за напрям діяльності), у тих випадках, коли за результатами такого контрольного заходу внесені рекомендації, надані пропозиції або прийняте рішення керівником вищого рівня щодо визначення такого ОВУ (структурного підрозділу ОВУ, відповідального за напрям діяльності) відповідальним за виконання визначених заходів реагування на відхилення. За таких умов відхилення включаються ОВУ до свого реєстру ризиків у частині, що стосується його діяльності, та виходячи з визначених йому до виконання заходів реагування.

Включення до розділу “Відхилення” реєстру тих відхилень, щодо яких ОВУ (структурний підрозділ ОВУ, відповідальний за напрям діяльності) не є відповідальним за розроблення та виконання заходів контролю (виконання пропозицій, впровадження рекомендацій), а лише здійснює контроль (моніторинг усунення недоліків, виконання пропозицій підпорядкованими установами), не передбачене.

Звітування про стан усунення відхилень, впровадження рекомендацій та виконання пропозицій, наданих за результатами аудиторських та контрольних заходів, здійснюється у порядку та терміни, встановлені нормативно-правовими актами та керівними документами з питань проведення таких заходів.

Інформація щодо реагування на відхилення та результати виконання заходів контролю надається:

керівнику установи для вжиття ним управлінських заходів;

уповноваженому підрозділу (уповноваженій особі) з питань запобігання та виявлення корупції для реалізації завдань та функцій, визначених законодавством у сфері запобігання корупції;

підрозділу (посадовій особі) ВА для розгляду під час планування діяльності з ВА.

Крім того, зазначена інформація відображається у щорічних звітах про стан функціонування ВК, а також звітних матеріалах періодичного моніторингу ВК координаторів та менеджерів внутрішнього контролю.

2.5. Інформація і комунікація

Інформаційний та комунікаційний обмін в установі передбачає створення, збір, документування, аналіз, передачу та використання інформації керівництвом і працівниками установи для виконання і оцінювання результатів виконання основних завдань та функцій, досягнення цілей, у тому числі для УР, запобігання і виявлення відхилень, реагування на них та їх документування, запобігання корупційним правопорушенням, шахрайству або зловживанням службовим становищем.

Ефективна система інформаційного та комунікаційного обміну забезпечує керівництво та працівників установи повною, своєчасною, достовірною та захищеною інформацією, необхідною для прийняття управлінських рішень, виконання покладених на них завдань та функцій, здійснення УР та своєчасного реагування на відхилення або корупційні ризики.

Інформація надається:

керівництву установи всіх рівнів для контролю виконання завдань і функцій, стану досягнення цілей, здійснення ідентифікації та оцінки ризиків, прийняття рішень ґрунтуючись на управлінні ризиками, реалізації заходів контролю та моніторингу і впровадження їх результатів, запобігання або реагування на відхилення, запобігання корупційним правопорушенням, шахрайству або зловживанням службовим становищем, впровадження рекомендацій за результатами ВА, контрольних заходів зовнішніх контролюючих органів, для впровадження чи удосконалення ним відповідних управлінських заходів;

керівникам нижчого рівня та працівникам установи, для належного забезпечення реалізації ними делегованих повноважень, завдань та функцій, у тому числі недопущення у ході реалізації делегованих повноважень відхилень, корупційних правопорушень, шахрайства або зловживання службовим становищем.

Інформація щодо реагування на відхилення також надається:

керівнику установи для вжиття ним управлінських заходів, у тому числі коригування заходів контролю з метою недопущення відхилень у майбутньому та усунення причин і умов, що сприяли їх виникненню;

уповноваженому підрозділу (особі) з питань запобігання та виявлення корупції для реалізації завдань та функцій, визначених законодавством у сфері запобігання корупції;

підрозділу (посадовій особі) ВА для розгляду під час планування діяльності з ВА.

В установі запроваджується порядок інформування (канали повідомлень) про можливі факти відхилень та реагування на них, виявлення та усунення відхилень, причин і умов, що сприяли їх виникненню, а також документування виявлених відхилень та вжиття відповідних управлінських заходів, у тому числі для повідомлення правоохоронних органів про можливі факти правопорушень, у тому числі корупційних, шахрайства або зловживання службовим становищем.

Систему інформаційного та комунікаційного обміну в установі та із зовнішніми користувачами складають порядки, що містять зокрема: процедури створення, збору, аналізу, документування, передачі та збереження інформації; форми, обсяги, строки, перелік надавачів та отримувачів інформації; вимоги до інформації фінансового і нефінансового характеру, включно із захистом персональних та конфіденційних даних; організація документообігу, в тому числі електронного документообігу, та роботи з документами; порядки та графіки складення і подання звітності; схеми інформаційних потоків, що забезпечують своєчасність обміну інформацією та забезпечення доступу до неї; порядки оприлюднення інформації про діяльність установи.

Налагодження установою інформаційного та комунікаційного обміну із зовнішніми сторонами (державними органами, органами місцевого самоврядування, фізичними та юридичними особами, науковими установами, споживачами послуг тощо), а також оприлюднення інформації про діяльність установи, зокрема про використання бюджетних коштів, сприятиме організації результативного ВК та удосконаленню функціонування його елементів, ефективного використанню бюджетних коштів та ресурсів, виконанню завдань і функцій з метою досягнення завдань діяльності та цілей установи.

МВК несе відповідальність за інформування керівника установи про стан функціонування ВК, УР та реагування на відхилення в установі, підготовку звітних документів із ВК, а також за інформування координатора ВК ОВУ вищого рівня з питань ВК та УР.

Інформування керівника установи МВК про стан функціонування ВК, УР та реагування на відхилення здійснюється щоквартально в письмовій формі, а у разі необхідності невідкладно. Зразок щоквартальної доповіді про стан внутрішнього контролю в установі наведено у Додатку 8.

При підготовці доповіді керівнику установи за четвертий квартал відповідного року МВК в обов'язковому порядку повинен відобразити у зазначеній доповіді результати щорічної самооцінки стану функціонування ВК, яка проводиться в установі щорічно перед поданням звіту про стан функціонування системи внутрішнього контролю до ОВУ. У зазначеній доповіді повинні бути відображені результати самооцінки ВК за критеріями та показниками, визначеними у додатках 8 та 9 до Порядку, які є визначальними для об'єктивного визначення стану функціонування системи ВК та його рівня в установі.

Інформаційний обмін в процесі управління ризиками та реагування на відхилення здійснюється на всіх рівнях управління, як в середині установи, так і з зовнішніми користувачами: від установи до безпосереднього ОВУ, від безпосереднього ОВУ до ОВУ вищого рівня та відповідальних за діяльність та у зворотному шляху. Більш детально питання інформаційного обміну в процесі управління ризиками та реагування на відхилення відображений у розділах 2.2 "Управління ризиками" та 2.4 "Реагування на відхилення".

Інформація щодо результатів виконання заходів контролю для реагування на ризики та відхилення зазначається установами, ОВУ та відповідальними за діяльність у щорічному Звіті про стан функціонування системи ВК, наведеному в додатку 9 до Порядку.

Про виконання відповідних заходів контролю та стан функціонування ВК підрозділ координації ВК в Міноборони інформує Міністра оборони України під

час надання на підпис проєкту Декларації Міністра оборони України з внутрішнього контролю та звіту про стан організації та функціонування внутрішнього контролю в системі Міноборони, передбаченого розділом XI Порядку.

2.6. Моніторинг

Моніторинг забезпечує адекватне, невідкладне запровадження рекомендацій та пропозицій для усунення наявних та попередження можливих недоліків системи ВК. Основні принципи моніторингу наведені на рисунку 20.

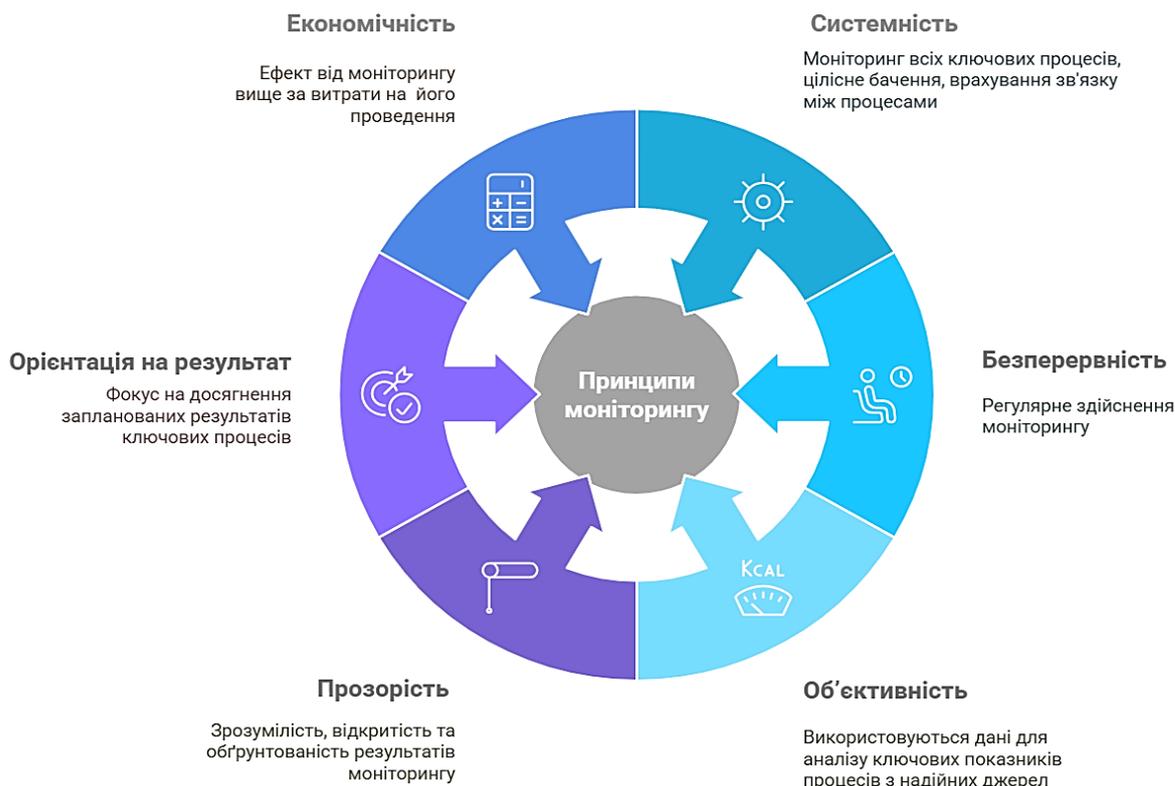


Рисунок 20 – Принципи моніторингу

Через моніторинг мають бути встановлені недоліки існуючої системи ВК, які повинні своєчасно доводитись до відповідальних осіб з метою вжиття відповідних коригуючих заходів (Рисунок 21). Під час моніторингу оцінюється чи установа досягає цілей, виконуючи свою діяльність.

Крім того, моніторинг здійснюється у зв'язку з тим, що з часом цілі, завдання установи можуть змінюватись, навіть може змінитися внутрішнє середовище у зв'язку із прийняттям нових законів, настанням нових політичних ситуацій, новим керівництвом, виконавцями тощо. Так само можуть змінюватись ризики та їх пріоритети, з якими може зіштовхнутись установа. Реагування на ризик та заходи контролю, що одного разу були ефективними, можуть стати недовірними або неможливими для виконання. Саме за таких причин, має постійно проводитись моніторинг ефективності системи ВК.

Моніторинг здійснюється з метою відстеження стану організації та функціонування ВК та/або окремих його елементів, інформування керівництва

установи щодо виявлених недоліків ВК, коригування управлінських заходів, запобігання відхиленням, корупційним правопорушенням, шахрайству або зловживанням службовим становищем, шляхом постійного моніторингу та проведення періодичної оцінки.

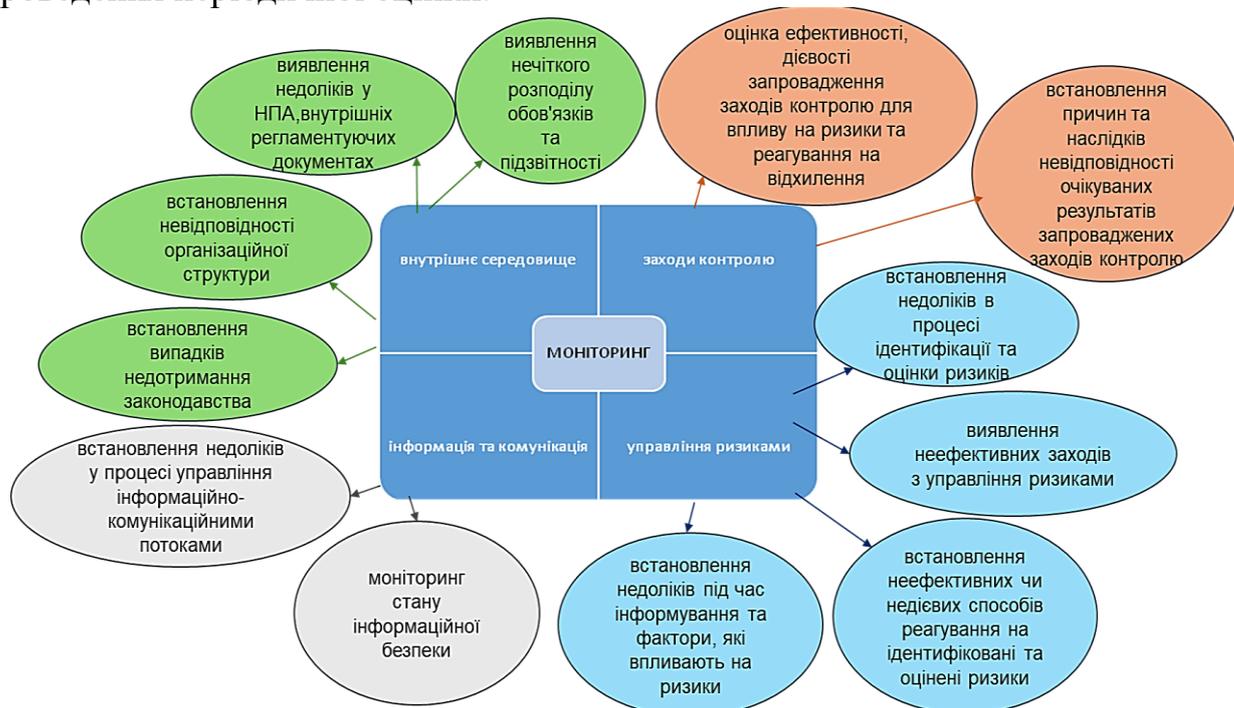


Рисунок 21 – Цілі моніторингу внутрішнього контролю

Постійний моніторинг здійснюється у ході щоденної / поточної діяльності установи та передбачає управлінські, наглядові та інші заходи керівників та працівників першої лінії управління під час реалізації делегованих повноважень та виконання ними своїх обов'язків для своєчасного коригування інструментів управління, запобігання відхиленням, реагування на обставини, які можуть призвести зокрема до неефективного використання бюджетних коштів або ресурсів, неналежного досягнення завдань діяльності та цілей установи.

Для впровадження належного рівня моніторингу визначаються:

- ключові заходи контролю, які підлягають моніторингу;
- процедури моніторингу, які потрібно застосувати;
- періодичність виконання заходів моніторингу.

Ефективність системи моніторингу досягається дотриманням основних трьох вимог:

- визначенням ключових ризиків залежно від їх впливу на досягнення цілей установи;

- визначенням заходів контролю, необхідних для управління ключовими ризиками;

- визначенням інформації, що підтверджує ефективність реалізації заходів контролю.

З урахуванням делегованих повноважень керівники можуть самостійно приймати відповідні управлінські рішення або інформувати керівників вищого рівня чи керівництво другої лінії управління про необхідність коригування управлінських заходів, у тому числі удосконалення чи впровадження нових заходів контролю.

Періодична оцінка передбачає проведення оцінки виконання окремих функцій, завдань на періодичній основі та здійснюється працівниками, які не несуть відповідальності за їх виконання (другою лінією управління), підрозділом координації ВК ОВУ та/або підрозділом ВА Міноборони (Держспецтрансслужби) для проведення аналізу результативності ВК, у тому числі впроваджених заходів контролю, виявлення недоліків у впроваджених управлінських заходах та/або в підходах до їх реалізації та надання пропозицій керівництву вищого рівня чи керівнику першої лінії управління щодо коригування відповідних заходів. Також така оцінка здійснюється для реагування на відхилення, запобігання корупційним правопорушенням, шахрайству або зловживанням службовим становищем.

Здійснення періодичного моніторингу виконання окремих завдань та функцій для проведення аналізу результативності ВК проводиться під час планових, позапланових та моніторингових перевірок комісіями, робочими групами та окремими особами, з числа тих, які не залучені до діяльності, що оцінюється (перевіряється). Ініціювати таку перевірку може як керівник установи, так і керівник ОВУ вищого рівня або керівник, відповідальний за діяльність.

Періодичний моніторинг за функціонуванням ВК та УР в установах організується МВК.

Періодичний моніторинг виконання заходів контролю для належного реагування на ідентифіковані ризики та виявлені відхилення здійснюється у порядку, відображеному у розділах 2.2 “Управління ризиками” та 2.4 “Реагування на відхилення”.

Періодичний моніторинг ВК у формі самооцінки стану функціонування ВК обов’язково проводиться в установі щорічно перед поданням звіту про стан функціонування системи внутрішнього контролю. У ході зазначеної самооцінки здійснюється аналіз функціонування ВК в установі за критеріями та показниками, визначеними у додатках 8 та 9 до Порядку, які необхідні для підготовки звіту про стан функціонування системи внутрішнього контролю та об’єктивного визначення його рівня в установі.

Моніторинг здійснюється як постійний процес відстеження стану організації та функціонування ВК в цілому та/або окремих його елементів шляхом інформування керівництва установи щодо недоліків функціонування ВК, виявлених за результатами здійснення моніторингу.

Запроваджений в установі моніторинг повинен забезпечувати виявлення та оцінку недоліків ВК та/або окремих його елементів і вжиття заходів для їх усунення, у тому числі коригування відповідних управлінських заходів.

Результати моніторингу, у разі виявлення недоліків ВК, можуть відображатися у змісті службового листування, управлінських рішень, доручень, резолюцій тощо, обговорюватися на нарадах із керівництвом установи.

За результатами моніторингу у разі необхідності приймаються управлінські рішення, у тому числі спрямовані на удосконалення / впровадження нових заходів контролю, застосовуваних механізмів, інструментів управління чи коригування планів діяльності установи.

Перевірка стану організації ВК та УР в системі Міноборони здійснюється підрозділами координації ВК у Міноборони, Збройних Силах, Адміністрації Держспецтрансслужби, координаторами ВК органів військового управління, а

також відповідальними за діяльність під час здійснення ними контрольних наглядних функцій у межах установлених повноважень та сфер відповідальності.

Перевірка стану організації ВК включає:

оцінку відповідності створеної системи ВК законодавству та цьому Порядку;

оцінку фактичного виконання запроваджених системою ВК процедур;

оцінку результативності ВК;

оцінку виконання заходів координації і нагляду за функціонуванням ВК та УР (у разі наявності підпорядкованих установ).

Результати перевірки стану організації ВК оформлюються доповідною запискою на адресу керівника, який призначив перевірку, або керівника комісії (інспекційної групи), призначеної рішенням відповідного керівника ОВУ.

За результатами перевірки вживаються такі заходи:

аналізуються характер та причини виявлених відхилень;

визначаються пріоритети і складаються плани усунення недоліків, у яких відображаються:

відхилення ВК та супутні їм ризики;

визначаються заходи контролю та формується дизайн заходу контролю для реагування на відхилення;

визначаються відповідальні за усунення недоліків та строки їх усунення;

вносяться зміни до реєстру ризиків.

Методика перевірки стану організації внутрішнього контролю визначається Генеральною інспекцією Міністерства оборони України та наведена в додатку № 6.



Рисунок 22 – Підходи до оцінки структури та ефективності заходів контролю

Відповідно до міжнародних стандартів та загальнодержавної практики оцінювання ефективності функціонування ВК в бюджетних установах здійснюється підрозділом ВА.

Для забезпечення розробки ефективної стратегії та плану внутрішнього аудиту, керівник аудиторської групи повинен розуміти: процеси управління;

процеси ризик-менеджменту;
процеси внутрішнього контролю в установі.

Щоб зрозуміти процеси управління, керівник аудиторської групи повинен розглянути, як установа:

- встановлює стратегічні цілі та приймає стратегічні і оперативні рішення;
- здійснює нагляд за ризик-менеджментом і внутрішнім контролем;
- сприяє розвитку етичної культури;
- забезпечує ефективне управління результативністю та підзвітністю;
- структурує свої завдання та функції;
- передає інформацію про ризики та контроль у всій установі;

координує діяльність і комунікацію між органом військового управління вищого рівня, внутрішніми й зовнішніми аудиторами (Рахункової палати, Державної аудиторської служби України, аудиторських фірм), які надають аудиторські послуги, та керівництвом.

Щоб зрозуміти процеси ризик-менеджменту та внутрішнього контролю, керівник аудиторської групи повинен розглянути, як установа ідентифікує та оцінює ключові ризики, а також обирає відповідні заходи контролю. Це включає розуміння того, як установа визначає та управляє наступними ключовими зонами ризиків:

- надійність і добросовісність фінансової та операційної інформації (звітності);

- результативність і ефективність операцій і програм;
- збереження активів;
- відповідність законам та нормативним вимогам.

Розуміння процесів управління

Розуміння керівника аудиторської групи будується шляхом збору інформації в широкому масштабі та її всебічного розгляду. Джерела інформації включають обговорення з органом військового управління та керівництвом установи, перегляд релевантної з установою інформації та відповідних матеріалів органу військового управління, повідомлення (звіти) та робочі документи завдань внутрішнього аудиту, а також оцінки та звіти, складені іншими надавачами аудиторських та консультаційних послуг.

Керівнику аудиторської групи слід бути добре поінформованим про основні принципи управління, загальноприйняті у всьому світі структури та моделі управління, а також професійні рекомендації, специфічні для галузі та сектора, в якому працює установа. Ґрунтуючись на цих знаннях, керівнику аудиторської групи слід визначити, чи було щось із цього впроваджено в установі, і слід оцінити зрілість процесів управління в установі.

На структуру, процеси та практику управління установи можуть впливати унікальні організаційні характеристики, такі як її тип, розмір, складність, структура та організаційна зрілість, а також правові та/або нормативні вимоги, які розповсюджуються на установу.

Керівник аудиторської групи може ознайомитися з документами органу військового управління, а також відповідальних за діяльність, з метою отримання додаткового уявлення про роль, яку вони відіграють в управлінні установою, особливо щодо прийняття стратегічних та оперативних рішень.

Керівник аудиторської групи може спілкуватися з особами, які займають ключові керівні посади в установі, щоб отримати більш чітке розуміння процесів

установи та діяльності з надання впевненості. Керівник аудиторської групи може переглядати звіти та/або результати попередньо завершених оглядів щодо управління, приділяючи особливу увагу будь-яким виявленим проблемам.

Розуміння процесів ризик-менеджменту

Керівнику аудиторської групи слід розуміти загальноприйняті в усьому світі принципи, структури та моделі ризик-менеджменту, а також професійні рекомендації, специфічні для галузі та сектора, в якому працює установа. Керівнику аудиторської групи слід збирати інформацію для оцінки зрілості процесів ризик-менеджменту установи, включаючи визначення того, чи визначила установа свій ризик-апетит і чи впровадила стратегію та/або структуру ризик-менеджменту.

Обговорення з вищим керівництвом допомагають керівнику аудиторської групи зрозуміти їхні перспективи та пріоритети щодо ризик-менеджменту в установі.

Для збору інформації про ризики, керівнику аудиторської групи слід переглянути нещодавно завершені оцінки ризиків та пов'язана з ними комунікація, видана керівництвом установи та особами, відповідальними за управління ризиками, зовнішніми аудиторами, регулюючими органами та іншими внутрішніми та зовнішніми надавачами аудиторських послуг.

Розуміння процесів внутрішнього контролю

Керівнику аудиторської групи слід ознайомитися із загальновизнаними в усьому світі структурами контролю та розглянути ті, що використовуються установою.

Для кожної визначеної організаційної цілі керівнику внутрішнього аудиту слід розвивати та підтримувати широке розуміння процесів внутрішнього контролю установи та їхньої ефективності.

Керівник аудиторської групи може розробити загальноорганізаційну матрицю ризиків і контролів для того, щоб:

задокументувати ідентифіковані ризики, які можуть вплинути на здатність установи досягати цілей;

вказати відносну значущість ризиків;

зрозуміти ключові заходи контролю в процесах установи;

зрозуміти, які заходи контролю були перевірені на адекватність дизайну та вважаються такими, що працюють належним чином.

Глибоке розуміння процесів управління, ризик-менеджменту та внутрішнього контролю установи дозволяє керівнику аудиторської групи ідентифікувати та визначити пріоритети можливостей щодо надання послуг внутрішнього аудиту, які можуть підвищити успіх установи в досягненні визначених цілей діяльності. Виявлені можливості формують основу стратегії та плану внутрішнього аудиту.

Діяльність з ВА має здійснюватися із застосуванням систематичного, послідовного та ризик-орієнтованого підходів до оцінки об'єкта ВА (діяльності установи) та сприяти удосконаленню ВК та УР, через надання незалежних і об'єктивних висновків та рекомендацій.

У Міноборони оцінювання системи ВК здійснюється фахівцями Департаменту внутрішнього аудиту Міністерства оборони України, його територіальними підрозділами, а також підрозділом внутрішнього аудиту Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту.

За поглядами Мінфіну визначені два основних спрямування оцінки системи ВК, залежно від цілей проведення ВА:

1. Оцінка того, як установа розробляє і впроваджує систему ВК.
2. Оцінка того, як ключові заходи контролю здатні попереджувати, виявляти і виправляти суттєві відхилення, недоліки, помилки, порушення, і впливати на ризики.

Запорука ефективної системи ВК полягає у виборі достатніх та ефективних заходів контролю для попередження/виявлення невідповідностей, відхилень, що можуть виникати у процесі управління державними фінансами та державною власністю.

Характеристики заходів контролю для впливу на ключові ризики/відхилення:

- а) пріоритетність (суттєвість) пов'язаного ризику;
- б) першочерговий та критичний для досягнення цілі контролю;
- в) контролює нерутинні операції;
- г) контролює сфери/операції з високим ризиком шахрайства;
- д) контролює операції з ручним введенням даних;
- е) не має компенсуючих заходів контролю.

Типові недоліки, які встановлюються під час аудитів:

- а) захід контролю здійснюється, але не формалізований;
- б) наявний конфлікт розмежування повноважень;
- в) контроль не покриває ризик повністю (залишковий ризик вище допустимого з урахуванням ризик-апетиту);
- г) дублювання заходів контролю;
- д) захід контролю взагалі відсутній.

Можливі причини виникнення недоліків, встановлених під час внутрішнього аудиту системи внутрішнього контролю, відображені на рисунку 23.

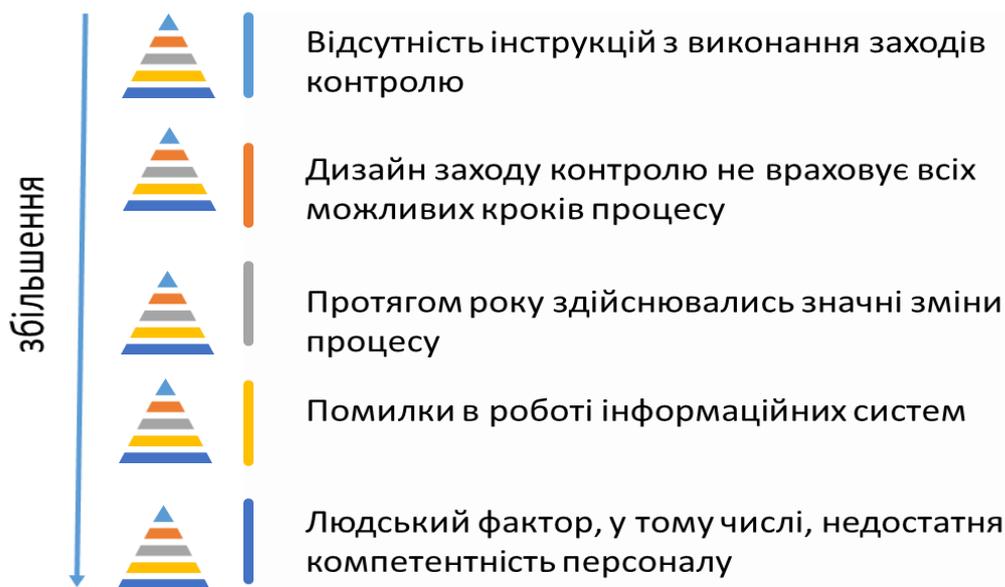


Рисунок 23 – Можливі причини виникнення недоліків, встановлених під час внутрішнього аудиту системи внутрішнього контролю

На основі рекомендацій Мінфіну України основні аспекти, щодо яких може здійснюватися оцінка ефективності системи ВК, етапи здійснення оцінки ефективності заходів контролю, детальний аналіз системи ВК, оцінка дизайну (структури) заходу контролю, оцінка операційної ефективності заходів контролю наведені у додатку 7.

2.7. Звітування про стан функціонування системи внутрішнього контролю в установі

Установи в обов'язковому порядку щорічно складають звіт про стан функціонування системи внутрішнього контролю та надають такі звіти до ОВУ вищого рівня.

У зазначеному звіті відображається інформація щодо: здійснення діяльності відповідно до визначених мети (місії) та етичних принципів; досягнення цілей, виконання завдань та взятих зобов'язань; вжитих заходів для забезпечення економії коштів, ефективності й результативності діяльності; достовірності фінансової, статистичної, управлінської звітності; забезпечення збереження ресурсів від втрат, псування, незаконного чи неефективного їх використання; дотримання законодавства та інших керівних документів, правил та процедур, установлених у Міноборони, Збройних Силах, Держспецтрансслужбі.

Звіт повинен містити об'єктивну оцінку стану функціонування системи ВК, а також визначати один із чотирьох рівнів стану функціонування системи ВК: належний, достатній, недостатній або незадовільний рівень.

Рівень стану функціонування ВК в установі визначається відповідно до встановлених критеріїв, за найнижчим з оцінених показників.

	Критерії					
	Відсоток виконання планів, досягнення цілей	Відсоток усунення відхилень в діяльності установи у звітному році *	Відсоток виконання заходів контролю для впливу на ключові ризики	Кількість відхилень за результатами періодичного моніторингу (оцінки стану організації ВК, аудитів, перевірок) **	Обсяги порушень, які призвели до втрат, що були виявлені протягом звітного року (прожиткових мінімумів, для працездатних осіб на 1 січня звітного року)	
Належний	100	Не менше 80	Не менше 80	Не більше 3-х	Відсутні	
Достатній	від 81 до 100	від 61 до 80	від 61 до 80	Від 4-х до 6-ти	Не більше 500	
Недостатній	від 50 до 80	від 30 до 60	від 30 до 60	Від 7-ти до 9-ти	Від 500 до 2500	
Незадовільний	Менше 50	Менше 30	Менше 30	Більше 9-ти	Більше 2500	

Оцінка здійснюється за найнижчим показником!!!!

Рисунок 24 – Рівні внутрішнього контролю в установі

Звіт повинен містити опис кожного відхилення, виявленого в ході самооцінок внутрішнього контролю, оцінок стану організації внутрішнього контролю, інспекційних перевірок, аудиторських заходів, з коротким викладом заходів, спрямованих на їх усунення, із зазначенням заходів, які вже перебувають у стадії виконання.

Належний рівень функціонування системи ВК свідчить про повну впевненість у дієвості ВК. Такий звіт повинен містити обґрунтовані докази того, що заходи ВК є ефективними і протягом звітного періоду було виявлено не більше трьох відхилень, зазначивши, що виконання функцій установою відповідає вимогам законодавства. У звітний період в установі не виявлено порушень, що призвели до втрат.

Достатній рівень функціонування системи ВК свідчить про достатню впевненість у дієвості ВК. Такий звіт повинен містити обґрунтовані докази того, що заходи ВК є ефективними, за винятком чотирьох-шести відхилень, або ж вказує, за якими саме напрямками система управління має недоліки, пов'язані з управлінням ресурсами, недотриманням вимог законодавства та нормативних документів. У звітний період в установі виявлено обсяги порушень, що призвели до втрат, які сукупно становили не більше 500 прожиткових мінімумів, установлених для працездатних осіб на 1 січня звітного року.

Недостатній рівень функціонування системи ВК, який свідчить про обмежену впевненість у результативності системи ВК, відсутність позитивних результатів від функціонування існуючої системи ВК, що підтверджується суттєвими відхиленнями в багатьох процесах (від сіми до дев'яти), значною кількістю порушень законодавства. У звітний період в установі виявлено обсяги порушень, що призвели до втрат, які сукупно становили від 500 до 2500 прожиткових мінімумів, установлених для працездатних осіб на 1 січня звітного року. Виявлені відхилення у звіті про недостатній рівень функціонування системи ВК зазначаються за кожною виконуваною функцією.

Незадовільний рівень функціонування системи ВК, свідчить про відсутність позитивних результатів від функціонування ВК через значну кількість відхилень (більше дев'яти), виявлених протягом звітного періоду, наявні системні порушення нормативно-правових актів. У звітний період в установі виявлено обсяги порушень, що призвели до втрат, які сукупно становили більше 2500 прожиткових мінімумів, установлених для працездатних осіб на 1 січня звітного року. Кожний суттєвий недолік у звіті про незадовільний рівень функціонування системи ВК зазначається в розрізі виконуваних функцій.

Органи військового управління під час підготовки звіту про стан функціонування системи внутрішнього контролю та визначення його рівня повинні врахувати звіти підпорядкованих установ та визначений в них рівень ВК. Рисунок 25.



Рисунок 25 – Рівні внутрішнього контролю в органі військового управління

Інформація про визначений рівень внутрішнього контролю щодо кожної підпорядкованої установи зазначається у звіті ОВУ.

Відповідальні за діяльність в обов'язковому порядку у звітах про стан функціонування внутрішнього контролю зазначають про вжиті заходи щодо реагування на систематичні ризики та ключові ризики, які впливають на належне функціонування наряду діяльності, за який вони відповідають, у цілому у Міноборони, Збройних Силах, Держспецтрансслужбі. Зазначаються розроблені та затверджені у звітному періоді законодавчі та інші нормативно-правові акти, регламенти, а також заходи, вжиті для посилення управлінської підзвітності та відповідальності.

Зразки звітів про стан функціонування системи внутрішнього контролю установи та ОВУ наведені у Додатку 9 та Додатку 10 відповідно.

Звіти про стан функціонування системи внутрішнього контролю структурними підрозділами апарату Міноборони, апарату Головнокомандувача Збройних Сил, Генерального штабу, командуваннями видів Збройних Сил, окремих родів військ (сил), Адміністрацією Держспецтрансслужби, а також органами військового управління та установами, безпосередньо підпорядкованими Міноборони та Генеральному штабу, подаються за належністю до підрозділів координації внутрішнього контролю у Збройних Силах та в Міноборони не пізніше 01 січня року, наступного за звітним.

Порядок та терміни звітності інших установ визначаються органами військового управління відповідного рівня з урахуванням часу, необхідного на обробку звітів підпорядкованих установ.

У Міноборони України розроблено автоматизований інструмент DIA-ERM (**D**iagnostic **I**nstrument for **A**ssessment **E**nterprise **R**isk **M**anagement) — Excel-інструмент для самооцінки внутрішнього контролю органами військового управління та підпорядкованими установами Міноборони, ЗСУ та ДССТ, який доцільно використовувати при підготовці річного звіту про стан функціонування системи внутрішнього контролю.

Механізми самооцінки побудовані на вимогах Порядку організації внутрішнього контролю та управління ризиками в системі Міноборони (наказ від 02.04.2019 № 145 в редакції від 22.10.2025 № 709) та Методики перевірки стану організації внутрішнього контролю (№ 220/5/2115 від 24.10.2025).

Концептуальною основою DIA-ERM слугує французький інструмент EMR (Échelle de Maturité de la Gestion des Risques), розроблений Генеральною дирекцією публічних фінансів Франції (DGFIP) та впроваджений у всіх міністерствах Франції. Його логіка — від діагностики до безперервного моніторингу — адаптована до українських реалій державного управління у секторі безпеки та оборони з урахуванням євроінтеграційних зобов'язань.

Завантажити DIA-ERM можна на офіційному сайті Міноборони України у розділі “Діяльність” → “Нормативно-правова” → “Внутрішній контроль” або за посиланням <https://mod.gov.ua/diyalnist/normativno-pravova-baza/diagnostichnij-instrument-dlya-samooczinki-vnutrishnogo-kontrolyu-ta-upravlinnya-rizikami-dia-erm-v-ustanovi>.

3. СТАНДАРТНІ ОПЕРАЦІЙНІ ПРОЦЕДУРИ В СИСТЕМІ ВНУТРІШНЬОГО КОНТРОЛЮ

Стандартна операційна процедура (СОП) в системі ВК – це документально оформлений набір покрокових інструкцій, розроблений для допомоги персоналу у виконанні операцій та заходів для забезпечення функціонування ВК в установі, забезпечення координації ВК на різних рівнях управління в системі в системі Міноборони і забезпечення міжінституційної взаємодії в ефективному управлінні ресурсами та досягненні стратегічних цілей діяльності.

Простими словами, це офіційна “шпаргалка” або рецепт, який гарантує, що завдання буде виконано однаково, якісно та безпечно, незалежно від того, хто саме його виконує.

Ключові цілі СОП:

Ефективність та якість: Забезпечення стабільного результату (щоб кожен звіт, деталь або результат виглядали однаково).

Мінімізація помилок: Зменшення впливу “людського фактору” та непорозумінь.

Навчання: Швидка адаптація нових співробітників (новачок просто слідує інструкції).

Відповідність стандартам: Гарантія того, що процес відповідає законодавству та Порядку

З чого зазвичай складається СОП?

Хоча формат може відрізнятися, класична структура включає:

1. **Мета:** Навіщо потрібна ця процедура.
2. **Сфера застосування:** Кого або чого вона стосується (і на кого НЕ поширюється).
3. **Відповідальні особи:** Хто виконує дії (використовуючи, наприклад, матрицю RACI).
4. **Терміни та визначення:** Розшифровка абревіатур.
5. **Алгоритм дій (Процедура):** Детальний опис кроків (часто у вигляді нумерованого списку або блок-схеми).
6. **Критерії успіху (якості):** Як зрозуміти, що роботу виконано правильно.

Формати СОП

Покрокова інструкція: Простий список дій (1, 2, 3...).

Блок-схема (Flowchart): Графічне зображення процесу, зручне для складних алгоритмів з варіантами “Так/Ні”.

Чек-лист: Список пунктів для перевірки (наприклад, перед запуском обладнання).

3.1. СОП № 1: Розробка “Опису внутрішнього середовища установи”

Власник СОП: МВК

Затверджує: керівник установи

1. Мета

Встановити єдиний порядок підготовки, оформлення, погодження,

затвердження та актуалізації документа “Опис внутрішнього середовища” (форма – додаток 1 до Порядку) як бази для:

розподілу завдань/функцій між підрозділами та посадовими особами;
формування/уточнення положень про підрозділи, посадових інструкцій і розподілу повноважень між заступниками керівника установи.

2. Сфера застосування

Ця СОП застосовується в установах, де:

запроваджується ВК і УР;

або проводяться організаційно-штатні заходи;

або відбулися зміни законодавства/цілей/завдань/функцій чи планів діяльності, що впливають на внутрішнє середовище.

Ця СОП не застосовується в установах рівня військової частини, які не підпадають під вимоги пункту 2 Розділу 2 Порядку.

3. Нормативна основа та вимоги до змісту

3.1. Що таке “внутрішнє середовище” коротко

Внутрішнє середовище установи включає, зокрема, місію/цілі, оргструктуру і підзвітність, розподіл завдань/функцій, процеси, правила управління ресурсами, ІТ-середовище, планування, етику та звітність.

3.2. Що саме має містити “Опис внутрішнього середовища”

Опис внутрішнього середовища містить:

список завдань і функцій (спроможностей) установи;

перелік актів законодавства та інших НПА, інструкцій, регламентів, планів, які визначають порядок їх виконання;

правила/принципи управління персоналом;

розподіл повноважень щодо виконання кожного завдання/функції між структурними підрозділами, як головними виконавцями та співвиконавцями.

4. Ролі та відповідальність

Керівник установи

затверджує Опис внутрішнього середовища.

Менеджер внутрішнього контролю (МВК)

організовує і координує розробку Опису;

забезпечує узгодженість з положеннями/посадовими інструкціями;

подає на затвердження керівнику.

Керівники структурних підрозділів

надають інформацію про функції, регламенти/процедури, виконавців і співвиконавців;

підтверджують коректність розподілу ролей у таблиці.

Юридичний підрозділ/підрозділ персоналу/організаційно-плановий підрозділ (за наявності)

юридичний: звіряє НПА та коректність посилань;

персоналу: звіряє структуру, посади, посадові інструкції;

організаційно-плановий: звіряє цілі/завдання з планами діяльності.

5. Вхідні дані та вихідні документи

5.1. Вхідні дані

положення про установу (перелік завдань);
організаційна структура, штат/посади;
положення про підрозділи, посадові інструкції;
НПА та керівні документи, інструкції, регламенти, плани діяльності;
доручення/рішення щодо додаткових завдань.

5.2. Вихідні документи

“Опис внутрішнього середовища” за формою додатка 1 до Порядку, підписаний МВК та затверджений керівником установи;
лист погодження/візування (внутрішній порядок установи);
реєстрація/версія документа + архів доказів (джерела завдань/функцій/НПА).

6. Процедура (покроково)

Крок 1. Ініціювання розробки/оновлення

Відповідальний: МВК

Підстава для старту робіт:

запровадження ВК/УР;

організаційно-штатні зміни;

зміни законодавства, затвердження або внесення змін до положення про установу, нові цілі/завдання/функції або реалізація завдань у межах затверджених планів (тоді вносяться періодичні зміни).

Крок 2. Формування робочої групи і план-графіка

Відповідальний: МВК

1. Визначити учасників (кадри, юристи, планування, фінанси/майно/закупівлі, ІТ/ІБ – залежно від профілю установи).

2. Встановити строки збору даних і дедлайн подання керівнику на підпис.

Крок 3. Збір “каркасу” завдань і функцій

Відповідальні: керівники підрозділів → МВК

Зібрати два блоки (вони прямо передбачені формою додатка 1):

Розділ 1: завдання і функції відповідно до положення про установу;

Розділ 2: додаткові завдання і функції згідно з іншими НПА.

Крок 4. Побудова матриці “Завдання → Функції → НПА/керівні документи”

Відповідальний: МВК

Для кожної функції визначити **перелік нормативно-правових актів та керівних документів**, якими на установу покладено її виконання.

Крок 5. Розподіл виконавців між підрозділами/посадами (головний/співвиконавець)

Відповідальні: керівники підрозділів + МВК

1. У заголовках граф таблиці зазначити **всі підрозділи/окремі посади** (аж “до лінійного підрозділу”).

2. У клітинках проставити позначки:

● – головний виконавець;

□ – співвиконавець;

СКК – заступник керівника, на якого покладено спрямування, координація і контроль за виконанням завдання (функції).

Крок 6. Перевірка узгодженості з організаційно-штатною структурою, схемою координації та спрямування діяльності підрозділів установи (розподілу повноважень між заступниками керівника установи)

Відповідальний: МВК

Перевірити:

щоб кожне завдання/функція мала головного виконавця;

щоб розподіл завдань/функцій/процесів узгоджувався з положеннями про підрозділи, посадовими інструкціями і розподілом повноважень між заступниками керівника (бо це прямо визначено як “визначальне”).

За потреби — ініціювати зміни до положень/інструкцій.

Крок 7. Оформлення документа за формою додатка 1 до Порядку

Відповідальний: МВК

Оформити:

“ЗАТВЕРДЖУЮ / Керівник установи / дата”;

назву установи;

таблицю розподілу завдань і функцій;

підпис МВК (координатора) у нижній частині форми.

Крок 8. Подання на затвердження

Відповідальний: МВК → керівник установи

Подати керівнику установи на затвердження. Опис затверджується керівником і розробляється під керівництвом МВК.

Крок 9. Доведення і використання

Відповідальний: МВК

1. Довести до підрозділів/посадових осіб.

2. Використовувати як базу для:

розробки (оновлення) посадових інструкцій і положень про підрозділи; опису/оптимізації процесів і процедур;

ідентифікації ризиків за завданнями/функціями (розділ III);

Крок 10. Актуалізація (управління змінами)

Відповідальний: МВК

Вносити періодичні зміни у разі:

змін законодавства;

визначення нових цілей, завдань, функцій (спроможностей);

реалізації завдань у рамках затверджених планів діяльності.

Забезпечити версійність (№ редакції, дата, короткий опис змін) і архівування попередніх редакцій.

7. Контроль якості (чек-лист МВК)

Опис оформлено саме за додатком 1 і містить два розділи завдань (основні (визначені Положенням про установу)/додаткові (визначені іншими нормативно-правовими актами).

Для кожної функції наведені НПА/керівні документи.

Для кожної функції визначено головного виконавця (●) і за потреби співвиконавців (□). Визначено заступників керівника, на яких покладено спрямування, координація і контроль за виконанням завдання (функції) (СКК).

Розподіл узгоджується з положеннями про установу, підрозділи, посадовими інструкціями і розподілом повноважень між заступниками керівника.

Документ затверджено керівником установи.

Додаток (короткий шаблон структури)

Таблиця “Розподіл завдань та функцій між підрозділами установи”:

1. № з/п
2. Завдання
3. Функція
4. Нормативно-правові та керівні документи
5. Підрозділи/посади (з позначками ● / □ / СКК)

3.2. СОП № 2: Управління ризиками на рівні установи

(відповідно до розділу III “Управління ризиками” Порядку)

Власник СОП: МВК установи

Період перегляду: щорічно або позапланово за подіями (див. розділ IX Порядку)

1. Мета

Встановити єдиний порядок дій в установі щодо **ідентифікації, оцінки, пріоритезації ризиків**, визначення **способів реагування**, формування **реєстру ризиків**, розроблення **профілів ключових ризиків**, організації виконання **заходів контролю та моніторингу** їх результативності.

2. Сфера застосування

Процедура обов’язкова для **установи** і застосовується до ризиків, що стосуються досягнення цілей діяльності, виконання функцій/завдань установи, її процесів, ресурсів, обліку та звітності.

3. Терміни та документи коротко

Ризик – подія/умова, що може вплинути на досягнення цілей установи.

Ключовий ризик – ризик з високим рівнем (у практиці – порогове значення, яке застосовується у Порядку ступінь впливу і ймовірності ≥ 15).

Реєстр ризиків – основна форма для документування ризиків установи.

Профіль ризику – картка ключового ризику з дизайном заходів контролю (хто/що/коли/доказ/критерій виконання).

Матриця оцінки ризиків – умовна шкала для оцінки ймовірності та впливу ризику.

4. Ролі та відповідальність

4.1. Керівник установи

забезпечує організацію процесу УР;

затверджує **Реєстр ризиків** на наступний рік та **профілі ключових ризиків**;

визначає спосіб реагування (зменшення / прийняття / передача (розділення) / уникнення) та ресурси.

4.2. Менеджер ВК (МВК)

координує процес (графік, методика, збір даних, узагальнення);

організовує роботу робочої групи з оцінки ризиків (РГ);

забезпечує підготовку Реєстру та профілів для подання керівнику;

ініціює питання та забезпечує підготовку інформації щодо ризиків, які потребують розроблення та впровадження заходів контролю на рівні ОБУ вищого рівня (відповідальних за діяльність);

здійснює **періодичний моніторинг** виконання заходів контролю;

забезпечує актуальність документів/записів.

4.3. Робоча група з оцінки ризиків (РГ)

проводить ідентифікацію/оцінку ризиків;

формує пропозиції щодо пріоритетів і ключових ризиків;

готує/погоджує профілі ключових ризиків.

4.4. Керівники структурних підрозділів установи

ідентифікують і оцінюють ризики у своїх процесах;

розробляють пропозиції заходів контролю;

забезпечують виконання заходів контролю у підпорядкованих процесах;

надають МВК квартальну інформацію про виконання заходів контролю.

4.5. Виконавці заходів контролю (визначені профілем/реєстром)

виконують заходи контролю для впливу на ризики у встановлені строки;

ведуть та документують докази виконання;

здійснюють “постійний моніторинг” на своєму рівні.

4.6. Відповідальний за ведення Реєстру (визначений член робочої групи з оцінки ризиків)

вносить/оновлює записи, у тому числі “фактичний результат виконання”.

5. Вхідні дані та вихідні документи

Вхідні:

Цілі діяльності установи, положення/функції установи, завдання на рік/період;

процесні описи/регламенти (за наявності);
реєстри ризиків за попередні періоди;
результати моніторингу ВК, ВА, інспекцій/перевірок, ДФК;
управлінська звітність, фінансова/облікова інформація, дані про ресурси.

Вихідні:

Протоколи засідань РГ;

Реєстр ризиків (на рік + поточні уточнення);

Профілі ключових ризиків (затверджені);

План/перелік заходів контролю з відповідальними і строками;

Квартальні довідки/звітні повідомлення про виконання;

Оновлення Реєстру (статус/фактичний результат/докази).

6. Таймінг процесу (рекомендована схема року)

Жовтень-грудень: оцінка ризиків і формування Реєстру на наступний рік; підготовка профілів ключових ризиків; затвердження керівником. При цьому необхідно врахувати, що щодо систематичних і ключових ризиків, які потребують реагування на рівні підрозділів апарату Міноборони, підрозділ координації внутрішнього контролю у Збройних Силах вже до 15 листопада надає пропозиції до підрозділу координації внутрішнього контролю в Міноборони. Тому інформацію щодо таких ризиків необхідно готувати завчасно та першочергово.

Протягом року: виконання заходів контролю; **квартальний моніторинг;** позаплановий перегляд за подіями.

Якщо у вас інший цикл планування – прив'яжіть “затвердження реєстру” до старту планового року/періоду, часу початку функціонування новоствореної установи.

7. Процедура (покроково)

Крок 1. Запуск циклу УР (Т0)

Відповідальний: керівник установи / МВК

Дії:

1. МВК готує проєкт наказу/розпорядження (або службову записку) щодо старту циклу: склад РГ (уточнення складу РГ), графік, підхід до оцінювання, форму надання інформації за результатами ідентифікації ризиків.
2. Керівник установи затверджує склад РГ та строки робіт.

Запис: наказ/розпорядження, графік, доручення щодо організації роботи та надання інформації.

Крок 2. Визначення контексту (цілі–функції–процеси установи)

Відповідальні: МВК + РГ + керівники підрозділів

Дії:

1. Зібрати перелік функцій установи з Положення, завдання на рік/період.
2. Визначити ключові процеси (операційні, фінансово-господарські, кадрові, ІТ/інформаційна безпека, облік/звітність тощо).

Запис: перелік “ціль/завдання/функція/процес”.

Крок 3. Ідентифікація ризиків (подія–причина–наслідок)**Відповідальні:** керівники підрозділів + РГ**Дії:**

1. Для кожного процесу сформулювати ризики у форматі: **ризик-подія → причини → наслідки/вплив на цілі**.
2. Врахувати: попередні порушення/відхилення, висновки аудитів/перевірок, зміни законодавства/постачань/кадрові проблеми тощо.
3. Усунути некоректні формулювання: “ризик” не має бути “зворотною ціллю” і не має бути таким, що не впливає на цілі установи.

Запис: перелік ризиків по процесах.**Крок 4. Класифікація ризиків****Відповідальні:** РГ**Дії:**

1. Присвоїти кожному ризику категорію (внутрішній/зовнішній).
2. За потреби – вид (кадровий, корупційний, фінансовий, операційний, ІТ/ІБ, правовий, репутаційний тощо). Використовується для більш чіткого формулювання можливих наслідків настання.

Запис: оновлений перелік ризиків з класифікацією.**Крок 5. Оцінювання ризиків (ймовірність × вплив)****Відповідальні:** РГ + керівники підрозділів (експертні оцінки)**Дії:**

1. Оцінити **ймовірність** та **вплив** за шкалами, визначеними Порядком/додатками (матриця).
2. Розрахувати інтегральний бал (ймовірність × вплив).
3. Зафіксувати обґрунтування (коротко: чому така оцінка).

Запис: таблиця оцінок ризиків.**Крок 6. Формування Реєстру ризиків установи****Відповідальні:** МВК + РГ + відповідальний за Реєстр**Дії:**

1. Занести ризики до Реєстру у встановленій формі (ризик, причини, наслідки, оцінка, спосіб реагування, заходи, відповідальний за виконання заходу контролю, строки, очікуваний результат від впровадження заходів контролю, індикатори/докази).
2. Виробити узгоджені позиції з членами РГ та керівниками підрозділів установи (особливо щодо заходів контролю, відповідальних за їх виконання та строків виконання);
3. Визначити ризики, які потребують реагування на рівні ОВУ вищого рівня.
4. Оформити протокол засідання РГ (підсумки і рішення).

Вихід: проєкт Реєстру + протокол РГ.**Крок 7. Визначення ключових ризиків і підготовка профілів****Відповідальні:** РГ + керівники підрозділів + МВК**Дії:**

1. Відокремити ключові ризики за порогом/критеріями, визначеними Порядком.

2. На кожен ключовий ризик підготувати **Профіль ризику** (Додаток 6):

- мета контролю;
- дизайн заходів (що саме робимо);
- відповідальні;
- строки;
- доказ виконання;
- критерій “виконано”;
- очікуваний ефект (зниження наслідків).

Вихід: комплект профілів ключових ризиків.

3. Визначити ризики, які потребують реагування на рівні ОВУ вищого рівня.

4. На кожен ризик, які потребують реагування на рівні ОВУ вищого рівня, підготувати **Профіль ризику** з детальною інформацією щодо такого ризику та пропозиціями ОВУ щодо дизайну заходу контролю.

Крок 8. Затвердження Реєстру і профілів керівником установи

Відповідальні: МВК (подання), керівник установи (затвердження)

Дії:

1. МВК подає керівнику: Реєстр на рік + профілі ключових ризиків + протокол РГ.

2. Керівник затверджує Реєстр і профілі (за потреби – дає доручення щодо уточнення).

3. **Запис:** гриф “затверджено”/резолуція.

Крок 9. Доведення до виконавців і запуск заходів контролю

Відповідальні: МВК + керівники підрозділів

Дії:

1. Довести до виконавців: їх ризики/заходи/строки/докази.

2. Заходи включити в робочі плани підрозділів (за потреби).

Запис: лист доведення/нарада/протокол; оновлені плани.

3. Щодо систематичних (для ОВУ) і ключових ризиків, які потребують реагування на рівні ОВУ вищого рівня – ідентифіковані ризики групуються за напрямками діяльності, готуються для надання до ОВУ вищого рівня разом з профілями таких ризиків. Надаються за призначенням у терміни, встановлені ОВУ вищого рівня.

Запис: лист доведення до ОВУ вищого рівня ідентифікованих ризиків, що потребують вирішення на рівні ОВУ вищого рівня /нарада/протокол; оновлені плани.

4. При отриманні від ОВУ інформації щодо рекомендованих заходів контролю для впливу на систематичні ризики – вносяться зміни до реєстру ризиків та організовується виконання заходів контролю аналогічно Крокам 6-9.

Запис: протокол, затверджені зміни до реєстру ризиків, профілі ризиків з рекомендованими заходами контролю, лист доведення до відповідальних за виконання заходів.

Крок 10. Виконання заходів і постійний моніторинг

Відповідальні: виконавці заходів + керівники підрозділів (визначені посадові особи)

Дії:

1. Виконувати заходи контролю за строками.
2. Накопичувати докази (накази, акти, протоколи, зміни процедур, журнали, звіти, документальні докази здійснення заходів контролю, тощо).
3. Фіксувати проблеми виконання та пропонувати коригування.

Крок 11. Квартальний моніторинг і оновлення Реєстру

Відповідальні: керівники підрозділів (дані), МВК (узагальнення), відповідальний за Реєстр (оновлення)

Дії (шоквартально):

1. Підрозділи подають МВК інформацію: статус, що зроблено, докази, що не зроблено і чому, пропозиція нових строків/ресурсів.
2. У Реєстрі в графі “**Фактичний результат виконання**” вказується **короткий зміст зробленого**, а не лише “виконано/не виконано”.
3. МВК робить вибірккову перевірку та готує керівнику стислу аналітику.

Крок 12. Перегляд ризиків і коригування заходів

Відповідальні: МВК + РГ + керівник установи

Підстави позапланового перегляду:

- суттєві зміни цілей/завдань/функцій/процесів/структури/ресурсів;
- зміни нормативної бази;
- події/інциденти (порушення, шахрайство/корупційні прояви, зриви постачання тощо);
- виявлена неефективність/не результативність контролів;
- отримання інформації про ризики, що потребують реагування на рівні установи (ОВУ, відповідального за діяльність), від підпорядкованих установ або ОВУ вищого рівня;
- результати аудитів/перевірок/моніторингу.

Дії: актуалізувати оцінки, додати/вилучити ризики, змінити дизайн заходів контролю, оновити профілі, внести зміни в Реєстр, довести зміни до виконавців.

8. Критерії якості (контрольні точки СОП)

1. Є затверджені: **склад РГ, Реєстр на рік, профілі ключових ризиків.**
2. Кожен ризик має: власника, оцінку, спосіб реагування, захід(и), строк, доказ.
3. По ключових ризиках є профіль із дизайном заходів і критерієм “виконано”.
4. Ризики, що потребують реагування на рівні ОВУ, разом з профілями таких ризиків направлені на розгляд ОВУ за підпорядкованістю.
5. Ризики, визначені ОВУ (надійшли від ОВУ вищого рівня), як такі, що потребують реагування на рівні установи, включені до реєстру ризиків установи як ключові ризики, профілі ризиків розроблені.

6. Реєстр оновлюється щоквартально в частині відображення фактичного результату виконання заходів контролю; “фактичний результат” описовий і підтверджений доказом.

7. Заходи контролю здійснюються на постійній основі, результативність та ефективність їх підтверджена МВК, моніторинговими перевітками, ВА.

8. Є механізм позапланового перегляду за подіями.

ДОДАТОК 1. Маршрут документів (стисло)

Старт циклу (наказ/графік) → контекст (цілі/процеси) → ідентифікація → оцінка (матриця) → Реєстр + протокол РГ → ключові ризики + профілі → затвердження → доведення до виконавців та направлення до ОВУ пропозицій (в частині що стосується ОВУ) → виконання → постійний моніторинг → квартальний моніторинг → коригування/перегляд.

ДОДАТОК 2. Шаблон квартального повідомлення підрозділу МВК (1 сторінка)

- Ризик №__ / назва
- Захід контролю (коротко)
- Строк за Реєстром/профілем
- Статус (виконується/виконано/прострочено)
- **Фактичний результат** (2–4 речення: що саме зроблено)
- Доказ (№/дата документа або посилання на запис/журнал)
- Проблеми/пропозиції (за потреби)

3.3. СОП № 3: Здійснення заходів контролю для впливу на ризики і реагування на відхилення **Власник СОП:** МВК
Затверджує: Керівник установи (*затверджує реєстр ризиків і профілі ризиків, підписує звіт про стан функціонування ВК*)

1. Мета

Встановити єдиний порядок **вибору, проєктування (дизайну), документування, затвердження, виконання та моніторингу заходів контролю**, які застосовуються:

для впливу на ризики (у т.ч. ключові);

для реагування на відхилення (за результатами контрольних заходів).

2. Сфера застосування

СОП обов'язкова для установ, щодо всіх функцій, процесів і операцій, оскільки заходи контролю здійснюються на всіх рівнях діяльності та включають типові правила й процедури контролю.

3. Визначення

Заходи контролю: це сукупність управлінських дій керівництва та персоналу для впливу на ризики/відхилення й запобігання корупції/шахрайству/зловживанням.

Дизайн заходу контролю: визначення самого заходу, місця/часу виконання, виконавців і постійного моніторингу, мети й очікуваного результату.

Профіль ризику/відхилення: структурована характеристика з описом проблематики та необхідним заходом контролю і відповідальними учасниками.

4. Ролі та відповідальність

4.1. Керівник установи

- приймає рішення щодо реагування на ризики (зменшення / прийняття / передача / уникнення);
- затверджує реєстр ризиків і відхилень, профілі ключових ризиків / відхилень.

4.2. Менеджер ВК (МВК)

- координує розробку/оновлення заходів контролю, забезпечує їх документування у реєстрі та профілях;
- здійснює періодичний моніторинг виконання заходів контролю (із залученням підрозділу-координатора ВК);
- несе відповідальність за інформування керівника про стан ВК/ризиків/реагування на відхилення (щоквартально письмово, а за потреби невідкладно).

4.3. Керівники структурних підрозділів (власники ризиків/відхилень)

- формують пропозиції щодо заходів контролю та їх дизайну;
- забезпечують виконання заходів контролю і надання доказів виконання відповідних заходів;
- здійснюють постійний моніторинг виконання заходів контролю щодо реагування на інші ризики (щодо ключових ризиків та відхилень – якщо це визначено дизайном заходу контролю у профілі ризику).

4.4. Виконавці заходів контролю

виконують захід у строк, ведуть докази;
щоквартально доповідають про виконання заходів контролю.

4.5. Координатор ВК ОВУ (якщо установа підпорядкована ОВУ)

- доводить рекомендовані заходи контролю щодо впливу на систематичні ризики та реагування на систематичні відхилення до підпорядкованих установ;
- здійснює моніторинг розроблення заходів контролю та результативності їх здійснення у підпорядкованих установах (або МВК – за відсутності підрозділу-координатора).

5. Вхідні дані та вихідні документи

5.1. Вхідні дані

Реєстр ризиків (як джерело “що контролюємо і чому”).

Профілі ризиків/відхилень (додаток 6 до Порядку) – для ключових ризиків та відхилень.

матеріали моніторингу/самооцінки/аудитів/перевірок, рішення керівників за їх результатами;

плани усунення недоліків та рекомендації суб'єктів контролю (для відхилень).

доведені “зверху” рекомендовані заходи контролю щодо систематичних ризиків (рекомендовані заходи контролю з ОВУ вищого рівня).

5.2. Вихідні документи (записи)

запис/оновлення в реєстрі: захід, дизайн, відповідальні, строки, очікуваний результат, докази;

профіль ризику/відхилення (додаток 6 до Порядку) з пропозиціями щодо дизайну заходу контролю;

доручення/наказ/резолуція керівника щодо впровадження (за потреби);

записи моніторингу (квартальні/періодичні, вибіркові перевірки, підтвердження ефективності).

6. Вимоги до якості заходів контролю (обов'язкові критерії)

Запроваджені заходи контролю мають відповідати умовам:

доцільність (правильний захід у правильному місці щодо конкретного ризику);

послідовність і періодичність (стабільне виконання персоналом правил/процедур);

економічність (ресурси контролю не перевищують очікуваний ефект);

повнота/обґрунтованість/зв'язок із цілями контролю.

7. Процедура (покроково)

Крок 1. Тригер (*подразник, фактор, який “запускає” дію*): **визначити потребу в заході контролю**

Відповідальний: керівник підрозділу (власник) + МВК

Тригери:

1. Ризик у реєстрі (особливо ключовий) → потрібен(ні) захід(и) контролю;

2. Відхилення (моніторинг/самооцінка/аудит/перевірка) → потрібні коригуючі/превентивні заходи;

3. Доведений систематичний ризик/рекомендований захід контролю з ОВУ вищого рівня → обов'язкове врахування.

Вихід: рішення “потрібен захід(и)” + визначений власник (відповідальний за діяльність в установі).

Крок 2. Вибір типу заходу контролю (класифікація)

Відповідальний: власник + РГ/фахівці + МВК

Визначити тип(и) за Порядком:

за часом: попередній / поточний / подальший;

за характером дій: превентивний / директивний / виявляючий / коригуючий;

за охопленням: суцільний / вибірковий / наскрізний;

за способом перевірки: документальний / фактичний;

за періодичністю: постійний / періодичний / раптовий.

Правило практики: для ключових ризиків комбінуйте превентивні + виявляючі + коригуючі, щоб був і “запобіжник”, і “датчик”, і “ремонт”.

Крок 3. Проєктування “дизайну” заходу контролю (обов’язкові елементи)

Відповідальний: власник + МВК

Описати дизайн так, щоб він включав: захід, місце/час виконання, виконавців і постійний моніторинг, мету й очікуваний результат.

Обов’язково в дизайні:

об’єкт контролю (процес/операція/документ/актив/доступ);

тригер виконання (*фактор, який “запускає” дію*) (кожна операція / щомісяця / при зміні даних / перед оплатою тощо);

доказ виконання (віза/журнал/акт/звірка/скріншот доступу/протокол комісії/виписка);

критерій “виконано” (що саме має бути підтверджено);

розмежування повноважень і “дві руки” для критичних операцій.

Типові правила/процедури контролю, які варто використовувати в дизайні: авторизація/погодження/затвердження; розмежування обов’язків; “дві руки”; звіряння; контроль доступу до ІС; інвентаризації; порівняння внутрішніх даних із зовнішніми тощо.

Крок 4. Перевірка заходу на відповідність критеріям якості (розд. 6 СОП)

Відповідальний:

МВК

Перевірити доцільність/послідовність/економічність/повноту і зв’язок із цілями. Якщо не проходить – повернути на доопрацювання.

Крок 5. Документування заходу контролю (ризик/відхилення)

5А. Якщо захід для ризику

для кожного ключового ризику розробляється **профіль ризику (додаток 6)** з пропозиціями щодо дизайну заходу;

МВК подає керівнику **реєстр ризиків + профілі ключових ризиків** на затвердження;

після затвердження реєстр та профілі ризиків доводяться до виконавців.

5Б. Якщо захід для відхилення

на кожне відхилення надається **профіль відхилення (додаток 6)** з пропозиціями щодо дизайну заходу;

заходи для реагування на відхилення розробляються з **обов’язковим урахуванням** планів усунення недоліків, рекомендацій суб’єктів контролю та рішень керівників за результатами контрольних заходів;

навіть якщо відхилення усунуте під час контролю, мають бути розроблені заходи контролю для недопущення повторення;

відхилення включаються у реєстр ризиків у розділ “Відхилення”;

виключення відхилення з реєстру допускається лише після підтвердження ефективності дизайну та повноти вжитих заходів, органом який ідентифікував відхилення.

Крок 6. Затвердження та запуск виконання

Відповідальний: керівник установи (затверджує), МВК (організує доведення)

ключові ризики: затвердження у складі реєстру та профілів; строк затвердження реєстру на наступний рік – не пізніше 31 грудня.

відхилення: затвердження профілю/плану заходів реагування у встановленому в установі порядку (резолуція/наказ/доручення), відображення у розділі “Відхилення” реєстру ризиків.

Крок 7. Виконання заходів контролю та ведення доказів

Відповідальні: виконавці заходів, керівники підрозділів

виконати захід у визначені строки;

сформувані й зберегти документальні докази виконання (те, що зазначено в дизайні);

надати інформацію МВК про результати виконання (щоквартально).

Крок 8. Моніторинг результативності заходів і коригування

Відповідальні: керівники структурних підрозділів та особи, визначені дизайном заходу контролю (постійний моніторинг), МВК (періодичний), комісії, робочі групи створені в установі, координатор ВК ОВУ (за наявності)

визначати ключові заходи контролю, процедури моніторингу та періодичність;

за результатами моніторингу/перевірок: аналіз причин, пріоритети, плани усунення недоліків, внесення змін до реєстру ризиків та дизайну заходів контролю.

моніторинг розроблення та результативності заходів контролю на рівні підпорядкованих: координатор ВК ОВУ (або МВК – за відсутності координатора).

Крок 9. Закриття / визнання заходу ефективним

Відповідальний: МВК + керівник установи

Захід вважається ефективним, коли:

є докази виконання;

за результатами моніторингу/контрольного заходу підтверджено досягнення мети;

для відхилень: інформація може бути виключена/перенесена в реєстрі лише після підтвердження ефективності та відсутності застережень зі сторони органу, який ідентифікував відхилення.

Крок 10. Звітність і комунікація (зв'язок із розділами III, VIII та X Порядку)

відповідальні за виконання щоквартально інформують МВК про результати виконання заходів контролю;

МВК інформує керівника установи щоквартально письмово (та невідкладно за потреби);

у щорічному **Звіті про стан функціонування ВК** відображається інформація щодо результатів виконання заходів контролю для впливу на ключові ризики, у т.ч. про реагування на відхилення та заходи з їх усунення.

8. Вимоги до впровадження в установі (узгоджено з розділом IX Порядку)

Керівник установи має визначити конкретних осіб, відповідальних за виконання заходів контролю та забезпечити уточнення посадових інструкцій із відповідальністю за здійснення заходів контролю які носять постійний (періодичний) характер.

ДОДАТОК. Мінімальний чек-лист МВК перед затвердженням заходу

- Захід “б’є” у конкретний ризик/відхилення (доцільність)
- Є виконавець, строк/періодичність, доказ, критерій виконання
- Дотримано розмежування обов’язків / “дві руки” для критичних операцій
- Враховано план усунення недоліків і рекомендації контролю (для відхилень)
- Передбачено моніторинг результативності

3.4. СОП № 4: Реагування на відхилення, виявлені органами військового управління, відповідальними за діяльність в системі Міноборони, Генеральною інспекцією, Службою внутрішнього аудиту, Рахунковою палатою, Державною аудиторською службою України (відповідно до розділу VII “Реагування на відхилення” Порядку)

Власник: МВК

Затверджує: Керівник установи (*затверджує реєстр ризиків і відхилень, профілі відхилень, план усунення недоліків, підписує донесення про виконання пропозицій та впровадження рекомендацій, звіт про стан функціонування ВК*)

1. Мета

Забезпечити єдиний порядок дій в установі щодо виявлення, реєстрації, інформування керівника, розроблення та виконання заходів контролю, моніторингу та виключення відхилень з числа тих, які підлягають моніторингу, виявлених органами військового управління, відповідальними за діяльність в системі Міноборони, Генеральною інспекцією, ВА, Рахунковою палатою, Державною аудиторською службою України, а також за результатами перевірок проведених внутрішньо-перевірочними комісіями та позапланових інвентаризацій та перевірок, періодичного моніторингу ВК в установі, включно з усуненням причин/умов і недопущенням повторення.

2. Сфера застосування

СОП застосовується до **всіх відхилень**, виявлених: під час заходів контролю (держфінконтроль, ВА, інспекції, перевірки ОБУ тощо);

під час **періодичного моніторингу ВК** в установі.

3. Терміни (скорочено)

Відхилення – порушення або недотримання вимог законодавства, документів щодо порядку діяльності установи внаслідок дії, бездіяльності її посадових осіб, осіб, які перебувають у відносинах з установою (правових, договірних тощо), що призводить або може призвести до втрат бюджету через неотримання чи зменшення обсягу надходжень, збільшення суми видатків бюджету.

Реєстр – Реєстр ризиків установи.

Профіль відхилення (Додаток 6 до Порядку) – документована інформація про відхилення з “дизайном заходу контролю” (що саме робимо, хто, коли, який доказ виконання).

4. Ролі та відповідальність

4.1. Керівник установи

приймає управлінські рішення щодо реагування;

затверджує профіль(і) відхилень;

визначає пріоритетність та ресурси (за потреби).

4.2. Менеджер ВК (МВК)

організує внесення відхилень до Реєстру ризиків;

координує підготовку профілів відхилень;

подає розроблені профілі відхилень на затвердження керівнику;

здійснює **періодичний моніторинг** виконання заходів контролю для реагування на відхилення;

проводить (за потреби) **вибіркову перевірку** фактичного виконання відповідних заходів контролю.

4.3. Керівник(и) структурних підрозділів – відповідальні за напрями діяльності в установі

спільно з робочою групою з оцінки ризиків готують профілі відхилень;

організують виконання заходів контролю у підрозділах;

щоквартально надають МВК інформацію про стан виконання заходів контролю та усунення відхилень.

4.4. Виконавці заходів контролю (за дизайном заходу)

виконують заходи контролю для реагування на відхилення у визначені строки;

забезпечують **постійний моніторинг** та документують докази виконання заходів контролю для реагування на відхилення.

4.5. Відповідальний за актуальність Реєстру

вносить/оновлює записи, у т.ч. розділ “Фактичний результат виконання”.

5. Вхідні/вихідні документи та записи

5.1. Вхідні документи

- акт/довідка/звіт контрольного заходу (аудит, Рахункова палата, інспекція тощо) або матеріали моніторингу ОБУ;
- план усунення недоліків, рекомендації/пропозиції контролюючих суб’єктів, рішення ОБУ (за наявності).

5.2. Вихідні документи/записи

- запис у Реєстрі (розділ “Відхилення”);
- **Профіль відхилення (Додаток 6 до Порядку)** – затверджений;
- кварталні повідомлення підрозділів МВК (про виконання заходів контролю);
- повідомлення керівнику установи та іншим адресатам (за належністю);
- матеріали вибіркової (моніторингової) перевірки (за потреби) виконання відповідних заходів реагування.

6. Процедура реагування (кроки, строки, відповідальні)

Крок 1. Виявлення та первинна фіксація (T0)

Тригер: отримано матеріали контрольного заходу або результати моніторингу, які містять опис відхилення.

Відповідальні: МВК + відповідальні за напрями діяльності в установі.

Дія: виділити кожне відхилення як окремий об’єкт реагування.

Крок 2. Інформування керівника установи (T0 – T+2 роб. дні) *

** Примітка: Зазначені строки T+ є орієнтовними та рекомендованими. Реальні строки виконання заходів встановлюються в установі з урахуванням строків, встановлених контролюючим органом для виконання пропозицій та впровадження рекомендацій за результатами контрольного заходу.*

Відповідальний: МВК.

Дія: подати керівнику коротку довідку: суть відхилення, наслідки/ризиків, попередні пропозиції (враховуючи пропозиції та рекомендації, надані контролюючим органом), відповідальний підрозділ. Інформація може надаватись у табличному форматі. Інформація у довідці повинна включати всі відхилення, виявлені в установі під час контрольного заходу (і ті, що були усунуті під час контрольного заходу, і ті, що залишились не усунутими та включаються до плану усунення недоліків за результатами контрольного заходу).

Крок 3. Розроблення профілю відхилення та дизайну заходу контролю (T0–T+10/15 роб. днів)

Відповідальні: відповідальні за напрями діяльності в установі + робоча група з оцінки ризиків + МВК (методична підтримка).

Дія: оформити **Профіль відхилення (Додаток 6 до Порядку).**

Обов'язково в дизайні заходу:

що саме усувається (факт відхилення);

які причини/умови прибираємо;

як запобігаємо повторенню;

виконавці, строки, ресурси (за потреби);

доказ виконання (наказ/акт/протокол/зміна процедури/виправлення обліку тощо);

критерій “виконано”.

Крок 4. Затвердження профілю та запуск виконання (не пізніше T+20 роб. днів)

Відповідальні: МВК (подання), керівник установи (затвердження).

Дія: керівник затверджує профіль; виконавці починають виконання.

Крок 5. Внесення змін (доповнень) до Реєстру (протягом 5 роб. днів після затвердження профілів відхилень)

Відповідальні: відповідальний за Реєстр (внесення) + МВК (контроль).

Вимога: відхилення вноситься **обов'язково і незалежно від того, чи усунуте воно під час перевірки.**

***Примітка:** навіть якщо усунуте – планується захід контролю для недопущення повторення.*

Крок 6. Виконання та постійний моніторинг (протягом строків визначених у профілі)

Відповідальні: виконавці заходів контролю.

Дія: виконати захід(и) та накопичити докази виконання; повідомляти відповідальних за напрями діяльності в установі /МВК про прогрес.

Крок 7. Періодичний моніторинг і квартальна звітність (щоквартально, у терміни визначені внутрішніми документами з ВК та УР)

Відповідальні: керівники підрозділів (інформація), МВК (узагальнення), відповідальний за підтримання Реєстру в актуальному стані.

Дія:

1. Керівники підрозділів подають МВК інформацію: що виконано, що не виконано, причини, нові строки (за потреби);

2. У Реєстрі в графі “**Фактичний результат виконання**” зазначається не лише статус, а **короткий зміст** виконаних дій + посилання на доказ.

Крок 8. Вибіркова перевірка фактичного виконання (за потреби)

Відповідальний: МВК (за участі профільних фахівців).

Дія: вибірково перевірити фактичність і достатність виконання; зафіксувати висновок та рекомендації.

Крок 9. Критерій “виконано” та закриття відхилення в Реєстрі

Виконано: коли підтверджено достатність заходів реагування (у т.ч. відсутні заперечення контролюючого органу після доповіді/довідки про усунення).

Закриття/виключення з розділу Реєстру: допускається лише після підтвердження ефективності та результативності дизайну заходу контролю (підтверджена відсутність відхилення) за результатами тестування аудиторамі

або моніторингових перевірок.

Крок 10. Інформування адресатів та включення у звітність

Відповідальний: МВК.

Адресати (за належністю):

- керівник установи;
- уповноважений з питань запобігання та виявлення корупції;
- підрозділ ВА (для планування), Генеральна інспекція, Рахункова палата, ДАСУ;

• інші особи, визначені керівником.

Відображення: у щорічному звіті про стан функціонування системи внутрішнього контролю та матеріалах моніторингу.

7. Контрольні точки якості (мінімум)

1. На кожне відхилення є **окремий запис** у Реєстрі.
2. На кожне відхилення оформлено **Профіль (Додаток 6 до Порядку)** і він **затверджений**.
3. У дизайні заходу визначено: **виконавець, строк, доказ, критерій виконання**.
4. “Фактичний результат” у Реєстрі містить зміст **виконаного**, а не тільки “виконано”.
5. Закриття відхилення здійснюється **тільки після підтвердження ефективності**.

ДОДАТОК 1. Маршрут документів (схема “Вхід – Вихід” стисло)

Виявлення (акт/звіт/моніторинг) → Інформування керівника (довідка МВК) → Реєстр (внесення відхилення) → Профіль відхилення (Додаток 6) (розробка відповідальними за напрями діяльності в установі + РГ) → Затвердження керівником → Виконання заходів (виконавці) → Моніторинг (постійний визначеними виконавцями та керівниками структурних підрозділів + періодичний МВК) → Оновлення Реєстру (документування “фактичного результату”, докази) → Підтвердження ефективності (аудит/перевірка/моніторинг) → Закриття + звітність/інформування

ДОДАТОК 2. Мінімальний шаблон повідомлення керівнику (до 1 стор або у табличному форматі)

Тема: Відхилення №__ (коротко)

1. Суть _____ відхилення:

2. Джерело інформації: (акт/звіт/моніторинг) від __ №__

3. Потенційні _____ наслідки/ризика:

4. Відповідальний за напрям діяльності в установі (підрозділ): _____

5. Пропонований захід контролю для реагування: (профіль Дод.6 буде подано до)

Підпис МВК: _____ дата: ../../..

ДОДАТОК 3. Мінімальний шаблон квартального інформування МВК (у табличному форматі)

- Відхилення №__ / назва / хто виявив/суть відхилення
- Захід контролю (коротко)
- Строк за профілем / фактичний стан
- Що виконано (1–3 речення)
- Доказ (номер/дата наказу, акт, протокол, документ)
- Що залишилось / ризики зриву / пропозиції

3.5. СОП № 5. Ескалація та реагування на ризики, що потребують вжиття заходів на вищому рівні

Ця Стандартна операційна процедура (СОП) описує алгоритм дій щодо передачі інформації про ризики, **які потребують впровадження заходів контролю на рівні ОБУ вищого рівня**, від нижчої ланки до стратегічного рівня, а також механізм реагування на такі ризики. Управління ризиками, які не потребують впровадження заходів контролю на рівні ОБУ вищого рівня (у тому числі зовнішні ризики, не пов'язані з діяльністю або повноваженнями ОБУ вищого рівня), здійснюється у загальному порядку УР.

Організація: МВК та підрозділ координації ВК ОБУ

1. Загальні положення

Ескалація – це процес передачі інформації про ризики на вищий рівень управління у випадках, коли установа не має достатніх повноважень, ресурсів або компетенції для самостійного впливу на них, проте такі повноваження є у ОБУ вищого рівня (відповідального за діяльність).

Мета ескалації – передача інформації про ризик на рівень органу військового управління (ОБУ) або відповідального за діяльність для прийняття ними управлінських рішень та вжиття заходів контролю на своєму рівні.

2. Етап I: Ескалація (Рух “Знизу – Вгору”)

Відповідальність: Установа → ОБУ → ОБУ вищого рівня → Відповідальний за діяльність (МОУ/ГШ)

1. **Ідентифікація:** Установа виявляє ризики, виконання заходів контролю щодо яких знаходяться поза межами повноважень установи та належать до повноважень ОБУ вищого рівня (у тому числі ризики щодо *нормативно-правового врегулювання або ризики щодо яких є ресурсна залежність (потрібні централізовані ресурси, ІТ-зміни, додатковий фінансовий ресурс, закупівлі, штатні рішення)*).

Ідентифікація таких ризиків здійснюється у рамках загальної організації роботи в установі щодо ідентифікації та оцінки ризиків у порядку, визначеному розділом III Порядку. Результати такої ідентифікації та пропозиції щодо надання інформації до ОБУ вищого рівня зазначаються у протоколі РГ. Всі

ідентифіковані ризики (як ті, щодо яких управління здійснюється виключно на рівні установи, так і ті, що потребують прийняття рішень на рівні ОБУ вищого рівня) відображаються у реєстрі ризиків установи.

Установою розробляються пропозиції для ОБУ щодо реагування на ідентифікований ризик, визначається відповідальний виконавець, терміни виконання в установі та захід контролю у межах повноважень установи (опрацювання пропозицій та обґрунтувань щодо порушення клопотання перед ОБУ у вигляді профілю ризику).

2. **Групування та подання:** Установа щороку подає інформацію про такі ризики, згруповану за напрямками відповідальних за діяльність, до ОБУ вищого рівня. У разі виникнення необхідності вжиття негайних заходів реагування на такі ризики на рівні ОБУ протягом року така інформація подається одразу при ідентифікації таких ризиків.

3. **Аналіз в ОБУ:** Органи військового управління аналізують надану інформацію та приймають рішення щодо розроблення заходів контролю на своєму рівні або надання її до органів управління вищого рівня та відповідальних за діяльність (у разі недостатності своїх повноважень для реагування на ризик).

4. **Фінальна ескалація (до 01 листопада):** ОБУ вищого рівня та командування подають інформацію про ідентифіковані ризики, які потребують реагування на рівні вищого керівництва, до підрозділів координації внутрішнього контролю МОУ та ЗСУ за належністю.

5. **Рівень ГШ ЗСУ (до 15 листопада):** Підрозділ координації ЗСУ надає пропозиції до МОУ щодо ризиків, які потребують реагування на рівні апарату Міноборони.

3. Етап II: Реагування на рівні ОБУ або Відповідального за діяльність

Відповідальність: ОБУ / МОУ / ГШ

1. **Включення до Реєстрів:** ОБУ (відповідальні за діяльність) аналізують отриману від підпорядкованих установ інформацію про ризики, які потребують реагування на рівні вищого керівництва, та **приймають рішення:**

- якщо такий ризик не потребує розроблення заходів контролю на рівні ОБУ, а пов'язаний з неврахуванням установою вимог керівних документів або незнанням (невиконанням) вже запроваджених заходів контролю – про **інформування** установи, що надала таку інформацію, з наданням рекомендацій щодо реагування (виконання заходів) на рівні установи;

- якщо такий ризик актуальний та потребує розроблення заходів контролю на рівні ОБУ – про **визначення** способів реагування на них шляхом **включення їх до своїх реєстрів ризиків.**

2. **Розроблення заходів контролю, профілю ризику, організація виконання заходів контролю:**

ОБУ розробляє заходи контролю для впливу на ризик, наданий підпорядкованою установою (при цьому може здійснюватися уточнення ризику та уточнення заходів контролю, запропонованих підпорядкованою установою):

- якщо вирішення питань щодо реагування на такі ризики заходиться у компетенції ОВУ – структурний підрозділ, відповідальний в ОВУ за напрям діяльності, за яким був виявлений ризик, розробляє заходи контролю на своєму рівні щодо реагування ризик та організовує їх виконання. Якщо ризик на рівні ОВУ оцінено як ключовий (загальний показник 15 і більше), відповідальний за цей напрям структурний підрозділ розробляє для нього профіль ризику;

- якщо виконання заходів контролю потребує як прийняття рішень на рівні ОВУ, так і виконання визначених заходів у підпорядкованих установах, такі заходи доводяться ОВУ до підпорядкованих установ для відображення в реєстрах ризиків таких установ та організації їх виконання;

- у разі неможливості впливу на ризики на своєму рівні – ОВУ приймає рішення щодо надання відповідної інформації до ОВУ вищого рівня та відповідальних за діяльність. У таких випадках також розробляється профіль ризику, який надається до ОВУ вищого рівня. У разі необхідності залучення співвиконавців для виконання заходу контролю (інших структурних підрозділів або ОВУ) інформаційний обмін здійснюється через МВК та підрозділ координації ВК ОВУ відповідного рівня;

- якщо ризик є систематичним (притаманним діяльності декількох установ) – виконуються заходи, зазначені в СОП № 6.

3. **Вжиття заходів:** Заходи контролю на ризики, які потребують реагування ОВУ, вживаються безпосередньо посадовими особами того органу управління, до чийої компетенції належить вирішення питання. УР здійснюється в загальному порядку.

4. **Стратегічне планування:** У разі потреби **ключові ризики** та заходи реагування на них включаються до **Плану діяльності Міноборони** на наступний рік.

4. Критерії якості

Обґрунтованість ескалації: Інформація має доводити, що установа не має повноважень для впливу на ризик, і він вимагає прийняття рішення на рівні ОВУ чи МОУ.

Дотримання термінів: Подання пропозицій до 01.11 (від ОВУ) та до 15.11 (від координатора ВК ЗСУ до координатора ВК МОУ) для вчасного врахування у плануванні. У разі виникнення ризиків, які потребують негайного реагування на протязі року, інформація подається одразу при виявленні таких ризиків.

Достовірність: Інформація повинна бути чіткою, обґрунтованою та достатньо деталізованою для прийняття управлінського рішення на стратегічному рівні.

Ескалація та реагування на відхилення, що потребують вжиття заходів (прийняття рішень) на вищому рівні, здійснюється в аналогічному порядку.

3.6. СОП № 6: Реагування на систематичні ризики та відхилення

Власник СОП: Координатор ВК ОВУ (або визначена посадова особа)
Співвласник: МВК ОВУ, структурні підрозділи ОВУ (відповідальні за діяльність)

Затверджує: Керівник ОВУ (для рекомендованих заходів контролю)

1. Мета

Встановити детальний порядок:

1. **Ідентифікації** ризиків/відхилень, що мають **систематичний характер** і потребують рішень на вищому рівні (на рівні ОВУ);
2. **Розроблення, виконання заходів контролю на рівні ОВУ та/або доведення рекомендованих заходів контролю** для підпорядкованих установ **та/або ескалації** таких ризиків/відхилень за підпорядкованістю (якщо потребують вжиття заходів (прийняття рішень) на рівні ОВУ вищого рівня);
3. **Інтеграція** заходів контролю у реєстри/профілі ризиків установ всіх рівнів для подальшого виконання заходів контролю для реагування на систематичні ризики та **моніторингу** результативності.

2. Сфера застосування

СОП застосовується:

в **ОВУ** (командування/управління/Адміністрації ДССТ тощо) – на етапах відбору, аналізу, вироблення, виконання та/або доведення рекомендованих заходів контролю;

у взаємодії з **ОВУ вищого рівня** – коли вирішення виходить за межі повноважень ОВУ нижчого рівня.

3. Визначення (операційні)

Систематичний ризик – ризик, який:

повторюється у кількох підрозділах/установах або протягом кількох періодів;

та/або має спільну першопричину на рівні політик/процедур/ресурсів/ІТ-систем/нормативних обмежень;

не може бути ефективно знижений силами однієї установи без рішень/ресурсів/регламентації “зверху” або існує висока вірогідність його виникнення в інших установах.

Систематичне відхилення – відхилення, яке:

повторюється за результатами моніторингу/перевірок/аудитів у різних установах або в часі;

та/або спричинене єдиним “дефектом дизайну” контролю/процесу/регламенту;

та/або потребує уніфікованого рішення (типової процедури/наказу/зміни довідників/прав доступу/форм документів).

Рекомендований захід контролю – типове (уніфіковане) управлінське рішення/процедура/правило контролю, сформоване ОВУ, яке **підпорядковані установи зобов’язані** врахувати та імплементувати (з адаптацією до специфіки) у своїх документах ВК.

4. Ролі та відповідальність на рівні ОВУ

Координатор ВК ОВУ

аналізує інформацію щодо ризиків/відхилень у підпорядкованих установах або аналітичну інформацію щодо ризиків/відхилень, виявлених в установах в системі Міноборони (при надходженні);

відбирає систематичні;

готує пропозиції щодо структурних підрозділів ОВУ, відповідальних за розроблення заходів контролю;

формує проєкт рекомендованих заходів контролю; доводить інформацію до відповідального структурного підрозділу ОВУ (через МВК, а на рівні координатора ВК ЗСУ та МОУ – самостійно або через керівний склад ЗСУ та МОУ);

контролює розроблення структурним підрозділом ОВУ заходів контролю щодо реагування на систематичні ризики/відхилення; доводить рішення вниз (контролює доведення відповідальним структурним підрозділом) або надання інформації до ОВУ вищого рівня (якщо вирішення питання виходить за межі повноважень ОВУ);

веде реєстр систематичних ризиків/відхилень ОВУ (у рамках ведення реєстру ризиків ОВУ);

здійснює моніторинг дієвості рекомендованих заходів контролю під час подальшої діяльності та при проведенні контрольних заходів у підпорядкованих установах.

Структурні підрозділи ОВУ (відповідальні за напрямки діяльності)

здійснюють:

експертизу причин, ресурсів, правових не врегульованостей тощо стосовно систематичних ризиків/відхилень, інформація про які надійшла від координатора ВК ОВУ та МВК (*крім цього, структурний підрозділ ОВУ, як відповідальний за визначений напрямок діяльності, самостійно також здійснює ідентифікацію та аналіз систематичних ризиків/відхилень у сфері своєї відповідальності*);

розробку дизайну контролю на підставі отриманих пропозицій від координатора ВК та доручень МВК;

доведення рекомендованих заходів контролю до підпорядкованих установ (самостійно, з інформуванням координатора ВК ОВУ про вжиті заходи, або через координатора ВК ОВУ);

моніторинг дієвості рекомендованих заходів контролю під час здійснення подальшої поточної діяльності та при проведенні контрольних заходів у підпорядкованих установах;

підготовку клопотання про порушення питання перед ОВУ вищого рівня (у разі недостатності ОВУ повноважень для впливу на систематичний ризик/відхилення).

Менеджер ВК ОВУ

організовує роботу щодо ідентифікації систематичних ризиків/відхилень, підготовку інформації (пропозицій) про систематичні ризики/відхилення для включення до реєстру ризиків;

доручає структурним підрозділам ОВУ розроблення заходів контролю для систематичних ризиків/відхилень за клопотаннями координатора ВК ОВУ;

контролює виконання заходів контролю щодо реагування на систематичні ризики/відхилення, зазначені в реєстрі ризиків.

Керівник ОВУ

затверджує (підписує): реєстр ризиків (з систематичними ризиками/відхиленнями та профілі таких ризиків/відхилень); розпорядчі документи, що містять рекомендовані заходи контролю / доручення / типові рішення; клопотання до ОВУ вищого рівня щодо вирішення порушених питань з реагування на систематичні ризики/відхилення (у разі необхідності звернення до ОВУ вищого рівня).

ВА / підрозділ з питань запобігання та виявлення корупції (за потреби) надають висновки щодо типових слабких місць, ознак шахрайства/корупції, критеріїв тестування контролю.

5. Вхідні дані / вихідні продукти

Вхідні

реєстри ризиків/відхилень установ;
профілі ключових ризиків/відхилень;
матеріали моніторингу, аудиту, інспекцій, ревізій, перевірок;
аналітична інформація щодо ризиків/відхилень, виявлених в установах в системі Міноборони (при надходженні);
інформація про втрати/порушення, інциденти ІБ/доступів/проблемні питання військ;
статистика повторюваності (квартали/півріччя/рік).

Вихідні

1. **Реєстр систематичних ризиків/відхилень ОВУ (у рамках формування реєстру ризиків ОВУ)** (з рішеннями по кожному кейсу).

2а. *У разі прийняття рішення про організацію та виконання заходів контролю на рівні ОВУ – визначений захід контролю на рівні ОВУ;*

2б. *У разі прийняття рішення про порушення клопотання перед ОВУ вищого рівня про розроблення заходів контролю (у разі недостатності повноважень для вирішення питання щодо реагування на систематичний ризик/відхилення) – пакет ескалації від ОВУ до ОВУ вищого рівня (клопотання перед ОВУ вищого рівня про необхідність розроблення заходів контролю (реагування), пропозиції з профілем ризику/відхилення);*

2в. *У разі прийняття рішення про організацію та виконання заходів контролю на рівні підпорядкованих установ:*

перелік рекомендованих заходів контролю (типові дизайн/вимоги) для підпорядкованих установ

розпорядчий документ/лист/розпорядження про доведення рекомендацій підпорядкованим установам.

3. **Запланований захід з моніторингу імплементації + контроль результативності** (включення до планів діяльності структурного підрозділу та планів (програм) перевірок, при їх проведенні і підпорядкованих установах, питань щодо дослідження виконання рекомендованих заходів контролю та їх дієвості).

6. Критерії відбору на ескалацію (фільтр)

Ризик/відхилення підлягає ескалації, якщо **виконується ≥ 1** з умов:

1. **Повторюваність:** ≥ 2 разів за рік в одній установі або ≥ 2 установи/підрозділи мають аналогічний випадок.
2. Ознаки системного дефекту дизайну контролю, **сигнали** від ОВУ вищого рівня або контролюючих органів про систематичність ризиків/відхилень.

7. Процедура: Реагування на систематичні ризики/відхилення

ЕТАП А. Дії координатора ВК ОВУ та/або структурного підрозділу ОВУ, відповідального за напрямок діяльності, при самостійній ідентифікації систематичних ризиків/відхилень у сфері відповідальності (ініціювання)

Крок А1. Виявити кандидата на систематичність

Тригери:

повторний ризик/відхилення за перевітками/аудитами/моніторингом;
 “однакові” ризики/відхилення по різних установах;
 надходження інформації від ОВУ нижчого рівня (або іншого ОВУ) про систематичні ризики/відхилення у підпорядкованих установах;
 доведені зверху сигнали про систематичні ризики (*від ОВУ вищого рівня, відповідальних за діяльність, контролюючих органів*).

Дія: Координатор ВК ОВУ формує результати аналізу систематичності ризиків/відхилень (проект пропозицій до реєстру ризиків/відхилень ОВУ з урахуванням ідентифікованих систематичних ризиків/відхилень).

Крок А2. Провести швидкий аналіз причин

Мінімум:

подія/симптом → першопричини (процес/люди/ІТ/норма/ресурси) → наслідки;

оцінка “що можемо зробити, а що ні”.

Крок А3. Сформувані пропозиції щодо систематичного ризику/відхилення (стандартизовано)

Пакет має містити:

1. Назва ризику/відхилення, процес, власник;
2. Опис фактів і джерела (*акти/звіт/моніторинг*);
3. Ознаки систематичності (*де/коли повторювалось*);
4. Першопричини (*не загальні фрази, а конкретика: “відсутній контроль доступу до ...”, “типовий договір не містить ...”*);
5. Наслідки/масштаб (*фінансові/операційні/правові*);
6. Локальні заходи, які вже зроблені/неможливі/недієві;
7. Пропозиція: **якому структурному підрозділу ОВУ доручити розглянути питання щодо реагування на систематичного ризику/відхилення** (у разі, якщо питання ініціюється координатором ВК ОВУ), **яке рішення пропонується від структурного підрозділу ОВУ** щодо рекомендованого заходу контролю (*типова процедура, зміни в ІТ, уніфікація форм, ресурс, навчання тощо*) – якщо підрозділ координації ВК ОВУ може запропонувати;
8. Докази: статистика, документи (*посилання/номери тощо*).

Крок А4. Доведення інформації до відповідального за напрямок діяльності

У разі ідентифікації систематичних ризиків/відхилень координатором ВК ОВУ така інформація (пропозицій щодо систематичного ризику/відхилення) доводиться до відповідального структурного підрозділу ОВУ, відповідального за напрямок діяльності. Інформація доводиться через МВК, а на рівні координатора ВК ЗСУ та МОУ – самостійно або через керівний склад ЗСУ та МОУ.)

ЕТАП В. Дії структурного підрозділу ОВУ (відповідального за напрямок діяльності в ОВУ)

Крок В1. Поглиблений аналіз (10-20 роб. днів)

Задачі аналізу:

1. Підтвердити систематичність (дані від інших установ, статистика, аудит);
2. Визначити “кореневу причину” (не лише симптоми);
3. Встановити, який контроль “мав би бути” (очікуваний дизайн) і де розрив;
4. Оцінити варіанти контролю:
превентивний/виявляючий/коригуючий;
5. Оцінити здійсненність і ресурси;
6. Визначити критерії доказу виконання і тестування.

Інструменти: порівняння процесів, вибірка документів.

Крок В2. Вироблення пропозицій щодо способів реагування

Прийняття рішення про:

- а) організацію та виконання заходів контролю на рівні ОВУ;
- б) порушення клопотання перед ОВУ вищого рівня про розроблення заходів контролю (у разі недостатності повноважень для вирішення питання щодо реагування на систематичний ризик/відхилення);
- в) організацію та виконання заходів контролю на рівні підпорядкованих установ.

Крок В3. Відображення в реєстрі ризиків

Структурний підрозділ ОВУ, відповідальний за напрямок діяльності, доповідає МВК пропозиції щодо способів реагування на систематичні ризики/відхилення, визначаються терміни виконання заходів контролю, відповідальні виконавці. Опрацьовуються пропозиції до реєстру ризиків щодо реагування на систематичні ризики/відхилення, які надаються МВК на затвердження керівнику установи. Після прийняття рішення керівником установи відповідальний виконавець організовує виконання заходу контролю у визначені реєстром ризиків терміни.

Крок В4. Розроблення рекомендованого заходу(ів) контролю (типовий дизайн)

а) У разі прийняття рішення про організацію та виконання заходів контролю на рівні ОВУ – розробляється захід контролю на рівні ОВУ шляхом формування профілю систематичного ризику/відхилення. Заходи виконуються у відповідності до СОП № 3 та СОП № 4.

б) У разі прийняття рішення про порушення клопотання перед ОВУ вищого рівня про розроблення заходів контролю (у разі недостатності повноважень для вирішення питання щодо реагування на систематичний ризик/відхилення) – готується пакет ескалації від ОВУ до ОВУ вищого рівня (клопотання перед ОВУ вищого рівня про необхідність розроблення заходів контролю (реагування), пропозиції з профілем ризику/відхилення). Заходи виконуються у відповідності до СОП № 5.

ОВУ, як правило, ескалює на вищий рівень систематичні ризики/відхилення у разі, якщо потрібні:

- зміни НПА/типових договорів/централізованих процедур;
- централізовані ІТ-зміни/довідники/рольові моделі доступів;
- фінансування/матеріальне забезпечення, що не в повноваженнях ОВУ;
- міжвідомча взаємодія.

в) У разі прийняття рішення про організацію та виконання заходів контролю на рівні підпорядкованих установ:

Для кожного кейсу структурний підрозділ ОВУ формує **перелік рекомендованих заходів контролю** (типові дизайн/вимоги), перелік питань, які мають бути відображені у розпорядчому документі про доведення рекомендацій підпорядкованим установам для реагування на систематичні ризики/відхилення.

Перелік рекомендованих заходів контролю оформлюються у вигляді **проєкту розпорядчого документу/листа/розпорядження про доведення рекомендацій** підпорядкованим установам для реагування на систематичні ризики/відхилення.

Розпорядчий документ щодо організації виконання рекомендацій у підпорядкованих установах для реагування на систематичні ризики/відхилення затверджується керівником, якому надані такі повноваження. За потреби керівником надаються окремі доручення профільним службам (ІТ-зміни, навчання, типові форми тощо).

Про виконання заходів структурний підрозділ, відповідальний за напрямок діяльності, інформує МВК та координатора ВК ОВУ.

ЕТАП С. Доведення вниз рекомендованих заходів контролю та врахування

Крок С1. Доведення рекомендованих заходів підпорядкованим установам

Розпорядчий документ ОВУ щодо організації виконання рекомендацій у підпорядкованих установах для реагування на систематичні ризики/відхилення доводиться до підпорядкованих установ (з вимогами інтегрувати з адаптацією під установу у **реєстр ризиків** установи та організувати виконання заходів контролю).

Крок С2. Адаптація установою (до 20 роб. днів)

МВК установи:

визначає, де саме в процесі, який виконується в установі, доповнюються запроваджені ОВУ заходи контролю;

призначає виконавців;

узгоджує докази виконання;

оформлює профіль, забезпечує внесення в реєстр;
подає керівнику установи на затвердження.

ЕТАП D. Моніторинг впровадження та результативності

Крок D1. Звітність установ за регламентом ОВУ

ОВУ встановлює форму і строки (типово – квартално):

статус впровадження;
короткий “фактичний результат”;
докази (номери документів/виписки/логи);
проблеми і потреби в ресурсах.

Крок D2. Перевірка якості імплементації (вибірково)

Координатор ВК ОВУ; структурний підрозділ ОВУ, відповідальний за напрямок діяльності:

вибірково перевіряє “чи працює контроль реально”, а не лише запис у реєстрі;

проводить тестування на невеликій вибірці (чи спрацьовує “датчик”, чи є докази).

Перевірка може проводитись як камерально, шляхом витребування документів (доказів виконання), так і фактична, під час здійснення контрольних заходів у підпорядкованих установах.

Крок D3. Оцінка ефекту і корекція рекомендацій

Через 2–3 цикли моніторингу ОВУ оцінює:

зниження повторюваності відхилень;
підвищення виконання заходів контролю;
побічні ефекти (надмірна бюрократія/затримки);
потребу у корекції дизайну або ескалації “ще вище”.

8. Контрольні точки якості (чек-лист)

Є реєстр ризиків ОВУ, до якого включені систематичні ризики/відхилення.

Кожен кейс має підтвердження систематичності і визначену першопричину.

Рекомендований захід контролю має повний дизайн: хто/коли/що/доказ/критерій/моніторинг.

Захід контролю виконується в ОВУ або надані пропозиції до вищого рівня щодо реагування на ризики/відхилення або розроблені рекомендації щодо впровадження заходів контролю у підпорядкованих установах.

Рекомендації доведені вниз офіційно, з вимогою інтеграції у реєстри/профілі.

Є регулярний моніторинг впровадження та тестування результативності.

Рекомендації оновлюються за результатами зворотного зв'язку.

ДОДАТОК 1. Шаблон “Рекомендований захід контролю” (типовий дизайн)

1. Назва систематичного ризику
2. Мета контролю
3. Тип контролю: превентивний / виявляючий / коригуючий; попередній / поточний / подальший
4. Точка в процесі (коли спрацьовує)
5. Опис дій (кроки)
6. Виконавець (роль) + незалежна перевірка (“дві руки”)
7. Доказ виконання (що саме зберігаємо)
8. Критерій “виконано”
9. Періодичність/частота
10. Моніторинг результативності (хто/як/вибірка)
11. Мінімальні вимоги до інтеграції в реєстр/профіль установи
12. Строк впровадження + формат квартальної звітності

3.7. СОП № 7: Дії менеджера ВК установи щодо координації ВК і УР

1. Мета

Встановити єдиний порядок дій **МВК** установи щодо координації ВК і УР, моніторингу, підготовки документів і звітності та взаємодії з уповноваженими суб'єктами.

2. Сфера застосування

Застосовується в **установі**, де визначено/призначено МВК як посадову особу, відповідальну за координацію УР, моніторинг та оцінку функціонування ВК.

3. Вхідні дані та вихідні документи

Вхідні:

документи з ВК та УР установи (наказ керівника установи про забезпечення функціонування внутрішнього контролю в установі, опис внутрішнього середовища, реєстр, профілі тощо);

дані виконання заходів контролю підрозділами/персоналом;

матеріали перевірок/інспекцій/ревізій/аудитів, результати періодичного моніторингу.

Вихідні:

оновлені/підготовлені для затвердження організаційні та поточні документи з ВК та УР;

щоквартальна письмова інформація керівнику установи;

інформація/звітність до ОВУ за підпорядкованістю (у строки, які він встановлює);

підготовлені матеріали/проект звіту про стан функціонування системи ВК.

4. Обов'язки менеджера ВК: покроковий порядок**Крок 1. Організувати періодичний моніторинг ВК**

Проводити **періодичний моніторинг ВК** та перевірки діяльності підрозділів/персоналу щодо виконання визначених заходів контролю.

Крок 2. Забезпечити щорічну самооцінку ВК (як частину моніторингу)

За рішенням керівника залучати до самооцінки членів внутрішньої перевіркової комісії/підкомісій та інших осіб, які не залучені до напрямів, що перевіряються.

Крок 3. Забезпечити належне документування процесів ВК і УР

Організовувати розроблення, подання на затвердження, **періодичне оновлення** та контроль за виконанням документів із ВК та УР (*обов'язки МВК щодо організації розробки організаційних та поточних документів, контролю за їх виконанням більш детально відображені у попередніх СОП*).

Крок 4. Взаємодіяти з уповноваженим з питань запобігання та виявлення корупції в установи щодо відхилень

Взаємодіяти з уповноваженим підрозділом/особою з питань запобігання та виявлення корупції щодо виявлення та реагування на відхилення, пов'язані з корупційними правопорушеннями, шахрайством або зловживанням службовим становищем.

Крок 5. Забезпечити взаємодію з органом військового управління та подання звітності

Організовувати взаємодію з ОВУ вищого рівня з питань ВК та **подавати необхідну інформацію і звітність**.

Крок 6. Сприяти зовнішнім/відомчим аудиторам (ревізіям, перевіркам) стану ВК і УР

Сприяти проведенню перевірок стану організації ВК та УР уповноваженими представниками МОУ, ЗСУ, ДССТ та іншими уповноваженими органами (аудит/ревізія/інспекція).

Крок 7. Взаємодіяти з ВА та захищати його незалежність

Взаємодіяти з підрозділом ВА з питань ВК/ризиків та **запобігати необґрунтованому втручанням у діяльність аудиторів**.

Крок 8. Організувати підготовку річного звіту про стан ВК

Організовувати підготовку звіту про стан функціонування системи внутрішнього контролю.

Крок 9. Інформування: кому, як часто

Інформувати ОВУ за підпорядкованістю про результати моніторингу ВК і заходи для його надійного функціонування, реагування на відхилення та повноту виконання рекомендацій контрольних заходів/ВА (строки/періодичність встановлює ОВУ).

Нести відповідальність за інформування керівника установи, підготовку звітних документів та інформування координатора ВК ОВУ вищого рівня.

Інформування керівника установи щодо стану ВК та УР: **щоквартально письмово**, за потреби – **невідкладно**.

Крок 10. Особливий випадок

В Адміністрації ДССТ та органах військового управління менеджер ВК спрямовує та координує діяльність підрозділу координації ВК (якщо такий створений).

5. Контрольні точки якості (мінімум)

Є документальні підтвердження проведення періодичного моніторингу/самооцінки.

Керівник установи отримує квартальне письмове інформування.

Документи з ВК/ризиків розробляються/оновлюються і контроль за їх виконанням організований.

ВА, Генеральною інспекцією, Рахунковою палатою, ДАСУ не виявляються ризики та відхилення в діяльності установи, або їх наявність не має суттєвого впливу на досягнення цілей діяльності установи.

3.8. СОП № 8: Формування звіту про стан функціонування системи внутрішнього контролю в установі

Власник СОП: МВК

Затверджує: Керівник установи

1. Мета

Встановити єдиний порядок підготовки, погодження, підписання та подання **щорічного Звіту про стан функціонування системи ВК**, який включає:

інформацію про досягнення цілей/результативність/економію/дотримання вимог;

опис відхилень і заходів їх усунення;

об'єктивну оцінку рівня ВК (належний/достатній/недостатній/незадовільний) за критеріями та за **найнижчим з оцінених показників**.

2. Сфера застосування

СОП застосовується для **всіх установ системи МОУ**, які зобов'язані **щорічно складати та подавати звіт до ОВУ вищого рівня**.

3. Ролі та відповідальність

3.1. Керівник установи

забезпечує підготовку звіту та **підписує його** (звіт є звітом керівника установи).

3.2. Менеджер ВК (МВК)

організовує збір даних, зводить показники, формує проєкт звіту за формою **додатка 9 до Порядку**;

контролює включення до звіту: відхилень, причин, заходів усунення, причин невиконання заходів контролю, наявності/статусу плану усунення недоліків.

3.3. Керівники структурних підрозділів

подають МВК вихідні дані щодо виконання планів/цілей, заходів контролю, відхилень, втрат і причин, а також інформацію про **стан виконання плану усунення недоліків**.

3.4. Діловодство

реєструє та забезпечує відправлення/зберігання звіту (відповідно до вимог документообігу).

4. Вхідні дані та вихідні документи

4.1. Вхідні дані (мінімально необхідні)

дані про **виконання планів/досягнення стратегічних (операційних) цілей** у %;

дані про **усунення відхилень** у % (за формулою з критеріїв);

дані про **виконання заходів контролю** для впливу на ключові ризики у %;

кількість відхилень за результатами моніторингу/аудитів/перевірок;

обсяги порушень, що призвели до втрат (у прожиткових мінімумах);

перелік відхилень з аудитів/перевірок + причини + статус заходів усунення;

4.2. Вихідні документи

Звіт про стан функціонування системи ВК за формою додатка 9;

супровідний лист (за правилами ОВУ);

внутрішній пакет доказів (розрахунки, витяги, довідки, копії актів/звітів).

5. Строки подання

Для структурних підрозділів апарату МОУ/Головнокомандувача/ГШ, командувань видів/родів, Адміністрації ДССТ, а також ОВУ та установ, **безпосередньо підпорядкованих МОУ та ГШ: подання не пізніше 01 січня року, наступного за звітним**, до підрозділів координації ВК у ЗСУ та в МОУ.

Для інших установ: строки визначає ОВУ відповідного рівня з урахуванням часу на обробку звітів підпорядкованих установ.

6. Порядок підготовки звіту (покроково)

Крок 1. Старт робіт і календар

Відповідальний: МВК

1. На початку грудня (або за внутрішнім графіком) МВК розсилає підрозділам запит на дані за 5 показниками та на перелік відхилень.

2. Встановлює дедлайни надання інформації так, щоб забезпечити підпис керівника і подання за строками розділу X Порядку.

Крок 2. Збір і перевірка вихідних даних**Відповідальні:** керівники підрозділів → МВК МВК приймає й перевіряє:

% виконання планів/цілей;

дані щодо відхилень та їх усунення;

% виконання заходів контролю щодо ключових ризиків;

кількість відхилень за моніторингом/аудитами/перевірками;

втрати в прожиткових мінімумах.

Крок 3. Розрахунок показників і визначення рівня ВК**Відповідальний:** МВК

1. Зводить 5 показників за критеріями (таблиця критеріїв).

2. Визначає рівень ВК за **найнижчим з оцінених показників**.

3. Перевіряє логіку рівнів і наявність доказів:

Належний: не більше 3 відхилень і відсутні втрати, заплановані заходи виконані у повному обсязі, усунуто не менше 80% відхилень в діяльності установи та виконано не менше 80% заходів контролю для впливу на ризики у звітному році.**Достатній:** 4–6 відхилень (або недоліки за напрямками), втрати ≤ 500 ПМ, заплановані заходи виконані від 81% до 100%, усунуто від 61% до 80% відхилень в діяльності установи та виконано від 61% до 80% заходів контролю для впливу на ризики у звітному році..**Недостатній:** суттєві відхилення в багатьох процесах (від 7-ти до 9-ти), втрати 500–2500 ПМ, заплановані заходи виконані від 50% до 80%, усунуто від 30% до 60% відхилень в діяльності установи та виконано від 30% до 60% заходів контролю для впливу на ризики у звітному році.**Незадовільний:** значна кількість відхилень (більше 9-ти)/системні порушення, втрати > 2500 ПМ, заплановані заходи виконані менше 50%, усунуто менше 30% відхилень в діяльності установи та виконано менше 30% заходів контролю для впливу на ризики у звітному році.*Примітка: якщо протягом звітного періоду не проводився періодичний моніторинг, відповідний показник “кількість відхилень” не оцінюється.***Крок 4. Заповнення форми звіту (додаток 9 до Порядку)****Відповідальний:** МВК

Заповнює обов'язкові блоки форми:

1. Обраний рівень (позначка).

2. П'ять числових показників (у %/кількості/прожиткових мінімумах).

3. Таблиця “Відхилення за результатами перевірок та аудитів” (прив'язка до цілі / функції / процесу / напрямку).

4. Причини відхилень (“зазначене стало можливим у зв'язку з...”).

5. Причини невиконання заходів контролю щодо ключових ризиків/відхилень.

6. Інформація про План заходів з усунення недоліків (ким і коли затверджений; що усунуто/не усунуто/частково; що переноситься на наступний рік).

7. Напрями, на які буде спрямовано удосконалення ВК у наступному році (таблиця напрямів).

Крок 5. Внутрішнє погодження (якість і повнота)**Відповідальний:** МВК

1. Узгоджує з ключовими підрозділами (фінанси/облік, тил/майно, закупівлі, кадри, ІТ/ІБ, юристи – залежно від структури) числові показники й формулювання причин/заходів.

2. Переконається, що **кожне відхилення має короткий опис заходів усунення і статус** (“виконується/виконано/в плані”).

Крок 6. Подання керівнику установи на підпис**Відповідальний:** МВК → керівник установи

1. МВК подає проєкт звіту з пакетом доказів.

2. Керівник підписує звіт (*у формі є реквізит підпису керівника*).

Крок 7. Реєстрація та відправка до ОВУ вищого рівня**Відповідальні:** діловодство/секретаріат + МВК

1. Реєстрація вихідного документа.

2. Відправка за належністю у строки, визначені розділом X Порядку (або наказом/вказівкою ОВУ).

Крок 8. Архівування і використання звіту в управлінні**Відповідальний:** МВК

1. Зберігає підписаний звіт, розрахунки, первинні довідки та перелік доказів.

2. Використовує висновки звіту для: пріоритезації удосконалень ВК на наступний рік і контролю виконання плану усунення недоліків (тому що форма звіту прямо вимагає опису цього плану та продовження робіт у наступному році).

7. Особливості для ОВУ (якщо СОП застосовує ОВУ)

1. Під час підготовки звіту ОВУ **обов'язково враховує звіти підпорядкованих установ**.

2. Рівень ВК для ОВУ **не може бути вищим**, ніж дозволяє частка підпорядкованих із “недостатнім/незадовільним” рівнем (10–25% → не вище “достатнього”; 25–50% → не вище “недостатнього”; ≥50% → “незадовільний”).

8. Контрольні точки якості (чек-лист МВК)

У звіті відображені всі напрями інформації, перелічені у розділі X Порядку (цілі/етика/економія/звітність/ресурси/дотримання).

Є опис **кожного відхилення** та заходів усунення (в т.ч. у виконанні).

Рівень визначено за **найнижчим показником**.

Звіт оформлено за **формою додатка 9** і підписано керівником.

Дотримані строки подання/адресати.

3.9. СОП № 9: Перевірка стану організації ВК координатором ВК органу військового управління

Власник СОП: Координатор ВК ОВУ (підрозділ координації ВК).

Об'єкти перевірки: Структурні підрозділи Міноборони, ГШ, ОВУ, військові частини та установи.

Тривалість: орієнтовна 5 робочих днів.

1. Мета та завдання перевірки

1.1. Ця СОП встановлює єдиний порядок проведення координатором ВК ОВУ перевірки стану організації ВК у підпорядкованій установі/підрозділі.

1.2. Мета перевірки:

оцінити фактичний стан організації ВК, УР та реагування на відхилення;
визначити рівень відповідності основним вимогам;

сформувати практичні рекомендації для усунення недоліків і посилення ВК.

1.3. Результат (обов'язкові вихідні документи):

а) заповнена Оцінювальна картка (розділи 1–4);

б) звіт (довідка, акт) за результатами перевірки з висновками, пропозиціями і рекомендаціями; подається керівнику-ініціатору.

2. Сфера застосування

СОП застосовується для:

планових/позапланових перевірок підпорядкованих установ/підрозділів;

перевірок виконання заходів координації та нагляду, якщо об'єктом є ОВУ/відповідальний за діяльність (розділ 4).

3. Терміни (коротко)

Відхилення – невиконання/неналежне виконання вимог, процедур або результатів діяльності, що впливає на досягнення цілей.

Оцінювальна картка – уніфікований інструмент оцінювання стану ВК (розділи 1–4).

4. Принципи перевірки

4.1. Перевірка проводиться з дотриманням принципів законності, об'єктивності, достовірності, актуальності та обґрунтованості рекомендацій.

4.2. Підхід – ризик-орієнтований: охоплюються найбільш ризикові процеси/функції/завдання/цілі діяльності та ключові елементи системи ВК.

5. Ролі та відповідальність

5.1. Координатор ВК (перевіряючий):

планує перевірку, визначає обсяг та вибірку;

збирає докази (документи, інтерв'ю), заповнює оцінну картку 1–4;

готує звіт (довідку, акт) за результатами перевірки та подає керівнику-ініціатору.

5.2. Об'єкт перевірки (установа, в особі керівника, МВК, відповідальних посадових осіб):

забезпечує надання документів/пояснень, доступ до реєстрів/матеріалів; призначає контактну особу для організації взаємодії під час 4-денного циклу.

6. Вхідні матеріали та докази (мінімальний перелік)

Запитуються не менше ніж за чотирнадцять робочих днів до початку перевірки:

внутрішні розпорядчі (організаційні) документи щодо ВК (організація, ролі, відповідальні, порядок моніторингу);

реєстри ризиків, матеріали оцінки ризиків/ідентифікації відхилень;

документи, що підтверджують виконання заходів контролю/реагування;

матеріали оцінювання результативності ВК (якщо ведуться) або дані для такої оцінки;

якщо об'єкт – ОБУ: матеріали координації/нагляду (плани перевірок, методична допомога, контроль виконання рекомендацій).

7. Алгоритм проведення перевірки (5 робочих днів)

7.1. День 1 – Оцінка організації (розділ 1) (6–8 год)

Крок 1. Заповнення Розділу 1 Оцінювальної картки.

Перевіряється наявність і адекватність: ролей, розподілу відповідальності, внутрішніх регламентів, організації моніторингу тощо.

1. **Оцінка внутрішнього середовища:** Перевірка повноти включення завдань до Положення про установу, наявність наказів про розподіл повноважень та призначення МВК.

2. **Документальна перевірка:** Аналіз наявності затвердженого Опису внутрішнього середовища, посадових інструкцій із закріпленою відповідальністю за заходи контролю.

Крок 2. Інтерв'ю (точково, не “всі підряд”).

Мінімум: МВК; Опитування керівників підрозділів щодо знання ними вимог нормативних актів.

Вихід Дня 1:

- розділ 1 заповнений;

7.2. День 2 — Функціонування контролів (розділ 2) (6–8 год)

1. УР: Перевірка актуальності Реєстру ризиків, наявності протоколів засідань робочої групи та профілів ключових ризиків.

2. Тестування заходів контролю: Вибіркова перевірка фактичного виконання контрольних дій (візування документів, контроль доступів, проведення інвентаризацій).

3. Реагування на відхилення: Аналіз того, чи включені всі виявлені аудитами відхилення до Реєстру та чи розроблені заходи для запобігання їх повторенню.

На вибірці підтверджується:
виконання заходів контролю;
реагування на відхилення;
наявність сліду моніторингу/підтвердження.
Вихід Дня 2: розділ 2 заповнений;

7.3. Дні 3 – 4 — Результативність ВК (розділ 3) (8–16 год)

Крок 1. Розділ 3: оцінка результативності ВК.

Проводиться оцінка рівня (низький/середній/високий) за методикою підрахунку.

Крок 2. Проміжне узгодження фактів (60 хв).

Озвучуються попередні спостереження, запитуються відсутні докази (якщо є).

Вихід Днів 3 та 4:

розділ 3 заповнений;
сформований перелік недоліків/причин/наслідків.

7.4. День 5 — Координація/нагляд (розділ 4) + підсумок і попередній звіт (6–8 год)

Крок 1. Розділ 4 (за наявності підстав).

Якщо об'єкт перевірки виконує функції ОВУ/відповідального за діяльність — оцінюються заходи координації та нагляду (планування, методична допомога, контроль усунення недоліків тощо в підпорядкованих установах).

Крок 2. Формування підсумкової оцінки.

Підсумкова оцінка — “**відповідає / частково відповідає / не відповідає**”. Для органів управління застосовується правило: підсумок визначається з урахуванням розділу 4 та має бути обмежений рівнем розділу 4.

Крок 3. Звіт (довідка) + додатки.

Звіт включає:

підстава, обсяг, період, методи, вибірка;
ключові спостереження (3–7 пунктів);
ризики/наслідки;
рекомендації із визначенням строків їх виконання;
потреба в рішеннях на рівні ОВУ;
додаток: заповнена картка 1–4.

Крок 4. Заключна нарада (30–45 хв).

Подається підсумок, погоджується фактична частина, фіксуються строки подання плану заходів (за потреби).

Вихід Дня 5:

1. Доведення результатів до керівника установи та передача підписаного звіту керівнику-ініціатору та додатків (оцінної картки 1–4);

2. **Рекомендації:** Формування плану коригувальних дій із чіткими термінами та відповідальними.

8. Правила вибірки і обмеження (щоб не “розпорошуватися”)

8.1. Вибірка процесів: **3–5 найбільш ризикових** (закупівлі/фінанси/майно/облік персоналу/виплати грошового забезпечення, заробітної плати, компенсаційні виплати /облік та списання майна/документообіг – залежно від специфіки).

8.2. На кожен відібраний ризик/контроль: мінімум **1–2 кейси** (доказ виконання + доказ моніторингу).

8.3. Якщо документів немає – це фіксується як недолік (відсутність доказів = невиконання).

9. Контроль якості та етичні вимоги

9.1. Під час перевірки заборонено:

змінювати документи об’єкта;

давати вказівки виконавцям об’єкта поза межами рекомендацій у звіті;

підміняти управлінські рішення.

9.2. Рекомендації мають бути **реалістичними**, з чіткими строками і відповідальними.

10. Ведення записів і зберігання

Зберігаються: план перевірки, запит документів, перелік отриманих доказів, заповнена картка 1–4, звіт, листування/протоколи нарад.

ДОДАТКИ (шаблони)

Додаток 1. План перевірки (1 сторінка)

1) **Об’єкт/період:** _____

2) **Підстава:** _____

3) **Мета:** оцінка стану організації ВК (картка 1–4), формування рекомендацій.

4) **Обсяг (вибірка процесів):**

Процес 1: _____ (ризик: _____)

Процес 2: _____ (ризик: _____)

Процес 3: _____ (ризик: _____)

5) **Методи:** аналіз документів, інтерв’ю, вибіркоче тестування кейсів.

6) **Графік:** День 1–5 (див. СОП).

7) **Контактні особи:** _____

Додаток 2. Запит документів (мінімум)

Надати до //____ :

1. наказ(и)/положення/регламенти щодо ВК, ролей, моніторингу;

2. реєстр ризиків, матеріали оцінки ризиків;

3. реєстр відхилень/журнал інцидентів (за наявності) та матеріали реагування;

4. приклади документів виконання заходів контролю (за 2–3 кейсами на процес);

5. звітність/довідки/моніторингові матеріали з ВК (якщо ведуться);

6. для ОБУ: матеріали координації/нагляду (плани перевірок, методичної допомоги, контроль виконання рекомендацій).

Додаток 3. Шаблон звіту (довідки) за результатами перевірки**1. Підстава, об'єкт, період, строки проведення****2. Обсяг і вибірка** (процеси, кількість кейсів, джерела доказів)**3. Ключові спостереження (3–7 пунктів), позитивні та негативні факти** (відхилення)

4. Узагальнена оцінка: відповідає / частково відповідає / не відповідає (з посиланням на картку 1–4 (кожен пункт: факт → ризик/наслідок → причина → рекомендація)

5. Пропозиції і рекомендації (або може бути у вигляді таблиці):

№ | Недолік | Рекомендація | Відповідальний | Строк | Доказ виконання

6. Додатки: заповнена Оцінювальна картка (розділи 1–4).**4. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА****ВИСНОВКИ:**

1. Використання матеріалу цієї публікації дозволяє комплексно підійти до організації системи ВК та УР в установах, які входять до системи Міноборони та в їх структурних підрозділах.

2. Для уникнення зайвої бюрократії, обсяг документів, які дозволяють забезпечити побудову та функціонування системи ВК та УР повинен бути мінімальним та обов'язково враховувати специфіку діяльності установи і масштаб управлінських процесів, не повинен продукувати та породжувати додаткову бюрократію.

3. У ході функціонування ВК та УР доцільно використовувати інструменти інформаційної підтримки, такі як бази даних УР, електронні версії процесів та стандартних операційних процедур, системи електронного документообігу та бази знань з ВК та УР.

Автори публікації сподіваються, що викладений матеріал додав практичну цінність фахівцям відповідних структурних підрозділів Міноборони, Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту, Генерального штабу Збройних Сил України, органів військового управління, військових частин та установ, щодо цілісного уявлення про систему ВК та її вплив на результативне використання ресурсів, направлених на досягнення (підтримку) визначених (спроможностей) та цілей діяльності.



МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ

НАКАЗ
Командира військової частини А1111
(з адміністративно-господарської діяльності)

22 10 2025

м. Київ

№ 100

*Про забезпечення функціонування
внутрішнього контролю у військовій частині
А1111*

З метою організації належного функціонування системи внутрішнього контролю та управління ризиками, відповідно до вимог Розділу IX Порядку організації в системі Міністерства оборони України внутрішнього контролю та управління ризиками, затвердженого наказом Міністерства оборони України від 02 квітня 2019 року № 145 (в редакції наказу Міністерства оборони України від 22 жовтня 2025 року № 709) (далі – Порядок)

НАКАЗУЮ:

1. Для здійснення координації управління ризиками, моніторингу та оцінки функціонування системи внутрішнього контролю у військовій частині А1111 визначити менеджером внутрішнього контролю заступника командира військової частини А1111 полковника НЕЧАЯ Олега Михайловича.

2. Для визначення (ідентифікації) ризиків, оцінки ймовірності їх виникнення та впливу на досягнення визначених військовій частині А1111 цілей, завдань та функцій призначити робочу групу з оцінки ризиків у військовій частині А1111 (за посадами) у складі:

голова робочої групи з оцінки ризиків – заступник командира військової частини А1111 – менеджер внутрішнього контролю військової частини А1111;

секретар робочої групи з оцінки ризиків – керівник першого структурного підрозділу військової частини А1111;

члени робочої групи з оцінки ризиків:

керівник другого структурного підрозділу військової частини А1111;

керівник третього структурного підрозділу військової частини А1111;

керівник четвертого структурного підрозділу військової частини А1111;

і так далі.

Організацію роботи робочої групи покласти на менеджера внутрішнього контролю військової частини А1111.

3. Для підтримання в актуальному стані реєстру ризиків і відхилень, робочої документації з внутрішнього контролю та управління ризиками визначити відповідальним за ведення та підтримку в актуальному стані поточних документів з управління ризиками керівника першого структурного підрозділу військової частини А1111 (секретаря робочої групи);

4. Керівникам структурних підрозділів, начальникам окремих відділів та служб військової частини А1111:

щорічно до 01 жовтня забезпечити подання менеджера внутрішнього контролю військової частини пропозицій до реєстру ризиків і відхилень на наступний рік;

щорічно у строки визначені менеджером внутрішнього контролю військової частини організувати розробку профілів ключових ризиків та профілів відхилень, пропозиції щодо усунення, яких залишилися не виконаними (не підтверджено ефективність та результативність заходів контролю за результатами його тестування внутрішніми (зовнішніми) аудиторами, Генеральною інспекцією, у ході планових та позапланових аудиторських заходів або результатами моніторингових перевірок);

організувати та забезпечити постійний моніторинг виконання заходів контролю для впливу на ризики та відхилення;

забезпечити подання до 07 числа місяця наступного за звітним кварталом інформації менеджеру внутрішнього контролю про виконання заходів контролю для впливу на ключові ризики та відхилення, включені до реєстру ризиків і відхилень.

5. Менеджеру внутрішнього контролю військової частини А1111:

Забезпечити здійснення періодичного моніторингу за виконання заходів контролю для впливу на ризики (пункт 9 розділу III Порядку), та реагуванням на відхилення (пункт 5 розділу VII Порядку);

щоквартально в термін до 10 числа місяця наступного за звітним доповідати письмово про стан функціонування внутрішнього контролю, управління ризиками та реагування на відхилення, а у разі необхідності невідкладно (пункт 3 розділу VIII Порядку);

перед складанням звіту про стан функціонування системи внутрішнього контролю організувати заходи періодичного моніторингу у формі самооцінки стану функціонування внутрішнього контролю за критеріями та показниками, визначеними у додатках 8 та 9 до Порядку;

забезпечити підготовку та подання на підпис командира військової частини щорічного проєкту звіту про стан функціонування системи внутрішнього контролю у військовій частині А1111, у строк не пізніше ніж за три доби до терміну, визначеного органом військового управління.

6. Затвердити Регламент роботи робочої групи з оцінки ризиків військової частини А1111, що додається.

7. Накази командира військової частини А1111 (зазначаються попередні накази про визначення менеджера внутрішнього контролю, створення робочої групи з оцінки ризиків та про затвердження положення про внутрішній контроль), вважати такими, що втратили чинність.

8. Контроль за виконанням наказу залишаю за собою.

9. Наказ довести до особового складу військової частини А1111, в частині, що стосується.

Командир військової частини А1111
полковник

Олександр БУРТОВИЙ

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом командира військової

частини А1111

22.10.2025 року № 100

РЕГЛАМЕНТ

роботи робочої групи з оцінки ризиків військової частини А1111

1. Цей регламент визначає завдання робочої групи з оцінки ризиків військової частини А1111 (далі – робоча група) та повноваження її членів, регулює питання організації її діяльності, порядку роботи в ході ідентифікації та оцінки ризиків та оформлення результатів роботи.

2. Робочу групу створено для ідентифікації та оцінки ризиків, які можуть призвести до невиконання (неналежного виконання) завдань та функцій, визначених військовій частині А1111, аналізу виявлених відхилень та формування пропозицій щодо способів реагування на такі ризики, заходів контролю щодо їх недопущення (зменшення, уникнення) та запобігання настанню відхилень у майбутньому.

3. Завданням робочої групи є:
аналіз виявлених відхилень;
ідентифікація та оцінка ризиків;
формування пропозицій до реєстру ризиків і відхилень.

4. У своїй діяльності робоча група керується вимогами Порядку організації в системі Міністерства оборони України внутрішнього контролю та управління ризиками, затвердженого наказом Міністерства оборони України від 02 квітня 2019 року № 145 (в редакції наказу Міністерства оборони України від 22 жовтня 2025 року № 709) (далі – Порядок).

5. Основним методом роботи робочої групи є засідання під головуванням менеджера внутрішнього контролю, результати якого оформлюються протоколом, який ведеться відповідальним за ведення та підтримку в актуальному стані поточних документів з управління ризиками.

Робоча група щорічно в термін не пізніше 10 жовтня проводить засідання для здійснення ідентифікації та оцінки ризиків на наступний рік (відповідно до пункту ІІ розділу V Порядку), а також у разі:

виявлення нових ризиків і відхилень в діяльності військової частини А1111;
надходження від органу військового управління вищого рівня інформації про рекомендовані заходи контролю для впливу на систематичні ризики та відхилення (відповідно до пункту ІІ розділу III Порядку).

Робоча група збирається на засідання за вказівкою менеджера внутрішнього контролю. Засідання робочої групи може відбуватись лише за наявності не менше 70% членів робочої групи. У разі відсутності менеджера, керівника структурного підрозділу (члена робочої групи), то у роботі робочої групи приймає участь посадова особа, на яку покладено виконання їх обов'язків.

Надані керівниками структурних підрозділів, відділів, служб військової частини, менеджером внутрішнього контролю, членами робочої групи пропозиції та інформація підлягає колегіальному обговоренню щодо причин виникнення ризику (відхилення), ймовірності виникнення, ступеню впливу на діяльність, виду, категорії ризику, очікуваних наслідків у разі настання ризику (відхилення), способів реагування, заходів контролю та відповідальних за їх здійснення.

За результатами колегіального обговорення здійснюється остаточне оцінювання ризиків відповідно до Матриці оцінки ризиків (додаток 2 до Порядку).

Результат обговорення кожної пропозиції виноситься головоючим на голосування. Рішення приймається простою більшістю голосів. За рівності голосів – голос головуючого є визначальним.

Хід обговорення та прийняті рішення вносяться у протокол засідання робочої групи та слугують вихідними даними для реєстру ризиків і відхилень.

На основі протоколу засідання робочої групи відповідальний за ведення та підтримку в актуальному стані поточних документів з управління ризиками опрацьовує проєкт реєстру ризиків і відхилень.

Ризики, які ідентифіковані у військовій частині та які потребують вироблення заходів реагування на рівні органу управління вищого рівня, згруповані за напрямками діяльності, надсилаються до зазначених органів військового управління у визначені ним строки, але не пізніше 20 жовтня.

Ризики, які оцінені з загальним показником ризику 15 і більше, відносяться до ключових ризиків установи та включаються до I-го розділу реєстру ризиків.

Інформація щодо відхилень, виявлених за результатами контрольних заходів, відображається у II розділі реєстру ризиків незалежно від повноти їх усунення під час такого контрольного заходу.

Витяг з проєкту реєстру ризиків і відхилень в частині ключових ризиків і відхилень доводиться до відповідних керівників структурних підрозділів, визначених відповідальними за виконання заходів контролю.

Відповідними керівниками структурних підрозділів за участі членів робочої групи з оцінки ризиків в п'ятиденний термін після доведення витягу з проєкту реєстру ризиків і відхилень розробляються профілі кожного ключового ризику та відхилення (пропозиції щодо усунення, яких залишилися не виконаними, не підтверджено ефективність та результативність заходів контролю за результатами його тестування внутрішніми (зовнішніми) аудиторями у ході планових та позапланових аудиторських заходів або результатами моніторингових перевірок), за формою, наведеною у додатку 6 до Порядку.

Профілі ключових ризиків і відхилень надаються менеджеру внутрішнього контролю.

Менеджер внутрішнього контролю в термін до 31 грудня надає на затвердження командирів військової частини реєстр ризиків і відхилень на наступний рік разом з профілями ключових ризиків/відхилень військової частини.

6. По звершенню контрольних заходів в десятиденний термін після затвердження плану усунення недоліків за результатами контрольного заходу менеджер внутрішнього контролю організовує проведення позапланового засідання робочої групи з оцінки ризиків для уточнення реєстру ризиків і відхилень, вироблення заходів контролю для реагування на відхилення та визначення відповідальних за їх виконання.

Відповідними керівниками структурних підрозділів, визначених відповідальними за виконання заходів контролю, в п'ятиденний термін після доведення проєкту змін до реєстру ризиків і відхилень розробляються профілі кожного такого відхилення за формою, наведеною у додатку 6 до Порядку. Профілі ключових відхилень надаються менеджеру внутрішнього контролю.

Менеджер внутрішнього контролю в триденний термін надає на затвердження командирів військової частини зміни до реєстру ризиків і відхилень на поточний рік разом з профілями відповідних відхилень.

6. При надходженні від органу військового управління рекомендованих заходів контролю для впливу на систематичні ризики та відхилення в десятиденний термін менеджер внутрішнього контролю організовує проведення позапланового засідання робочої групи з оцінки ризиків для уточнення реєстру ризиків і відхилень (включення до розділу I Ключові ризики реєстру ризиків і відхилень), уточнення заходів контролю та визначення

відповідальних за їх виконання, з урахуванням специфіки діяльності та організаційної структури військової частини.

Відповідними керівниками структурних підрозділів, визначених відповідальними за виконання рекомендованих заходів контролю, в п'ятиденний термін після доведення проєкту змін до реєстру ризиків і відхилень розробляються профілі кожного такого ризику за формою, наведеною у додатку 6 до Порядку. Профілі таких ризиків надаються менеджеру внутрішнього контролю.

Менеджер внутрішнього контролю в триденний термін надає на затвердження командирів військової частини зміни до реєстру ризиків і відхилень на поточний рік разом з профілями відповідних ризиків.

7. Затверджений командиром військової частини реєстр ризиків і відхилень на відповідний рік разом з профілями ризиків/відхилень доводяться до керівників заінтересованих структурних підрозділів установи, менеджера внутрішнього контролю для здійснення відповідних заходів контролю, здійснення постійного та періодичного моніторингу за їх виконанням, а також до члена робочої групи з оцінки ризиків до повноважень якого віднесена підтримка в актуальному стані реєстру ризиків та робочої документації з внутрішнього контролю та управління ризиками.

*Заступник командира військової частини А1111
полковник*

Олег НЕЧАЙ

ЗАТВЕРДЖУЮ

*Менеджер внутрішнього контролю
військової частини А0000
полковник*

Олег НЕЧАЙ

“04” жовтня 2025 року

ПРОТОКОЛ № 4

засідання робочої групи з оцінки ризиків військової частини А0000

03 жовтня 2025 року

місто Чорноморське

СЕКРЕТАР

РОБОЧОЇ ГРУПИ:

*майор Іванів Назар, старший офіцер відділу військової частини
А0000*

ЧЛЕНИ

РОБОЧОЇ ГРУПИ:

*підполковник Б'ятецький Віталій, старший офіцер військової частини
А0000*

полковник Костенків Олег, начальник відділу військової частини А0000

полковник Фарід Сейфуль Мулюков, офіцер військової частини А0000

майор Федюнів Іларіон, офіцер військової частини А0000

*підполковник Нікітенко Петро, старший офіцер військової частини
А0000*

*.....
полковник Яків Вадим, уповноважена особа з питань запобігання та
виявлення корупції військової частини А0000*

Порядок денний:

1. Ідентифікація ризиків (визначення ймовірних подій, які негативно впливають (вплинуть) на здатність структурних підрозділів військової частини А0000 виконувати визначені законодавчими актами та внутрішніми документами функцій і завдань для досягнення мети та стратегічних цілей.

2. Визначення та класифікація ризиків за категоріями та видами.

3. Аналіз ризиків (розгляд широкого кола питань і проведення комплексного дослідження, включаючи оцінки технічних, економічних, управлінських, соціальних та інших факторів).

4. Опис ризиків (опис причин, наслідків та їх можливий вплив на цілі суб'єкта внутрішнього контролю (причинно-наслідковий зв'язок).

5. Оцінка ризиків.

6. Надання пропозицій, за результатами ідентифікації та оцінки ризиків, до Реєстру ризиків і відхилень військової частини А0000 на 2026 рік.

Виступили:

1. Полковник Олег Нечай наголосив, що відповідно до вимог розділу III Порядку № 145, управління ризиками у військовій частині здійснюється шляхом:

- 1. Системної ідентифікації ризиків за всіма основними напрямками діяльності;*
- 2. Визначення причин виникнення ризиків та можливих наслідків їх реалізації;*
- 3. Оцінки ризиків за встановленими критеріями;*
- 4. Визначення заходів управління ризиками та відповідальних виконавців;*
- 5. Документального оформлення результатів у Реєстрі ризиків та відхилень.*

Голова робочої групи підкреслив, що ідентифікація ризиків має здійснюватися на підставі реальних процесів, функцій і завдань військової частини А0000, а не формально або шляхом механічного копіювання ризиків вищого рівня.

2. Полковник Олег Нечай довів до присутніх інформацію про керівні документи з питань внутрішнього контролю, зокрема “Порядок організації в системі Міністерства оборони України внутрішнього контролю та управління ризиками” затверджений наказом Міністерства оборони України від 02.04.2019 № 145, окремо зазначив що керівні документи з питань внутрішнього контролю розміщені на офіційному сайті Міністерства оборони України <https://mod.gov.ua/diyalnist/normativno-pravova-baza/area-vnutrishnij-kontrol>.

3. Майор Іванів Назар доповів порядок ідентифікації та оцінки ризиків відповідно до Порядку № 145, зокрема звернув увагу на:

- 1. Необхідність чіткого формулювання ризику як події, що може негативно вплинути на досягнення цілей військової частини;*
- 2. Обов'язкове визначення причин виникнення ризику та можливих наслідків;*
- 3. Коректне визначення рівня ризику;*
- 4. Недопущення дублювання ризиків та неправильного віднесення їх до напрямів діяльності;*
- 5. Важливість визначення реальних, дієвих заходів управління ризиками.*

Слухали членів робочої групи, які доповіли про наявні ризики у відповідних сферах діяльності військової частини та внесли пропозиції щодо:

- 1. Включення нових ризиків до Реєстру ризиків і відхилень на 2026 рік;*
- 2. Уточнення формулювань раніше ідентифікованих ризиків;*
- 3. Коригування причин виникнення та можливих наслідків ризиків;*
- 4. Оцінки імовірності настання та критеріїв впливу (суттєвості) ризиків;*
- 5. Ключових ризиків в діяльності військової частини;*
- 6. Ризиків, які потребують вирішення на рівні органів військового управління вищого рівня;*
- 7. Відхилень, які були виявлені попередніми контрольними заходами (внутрішніми аудитами), та виконання рекомендацій (пропозицій) щодо яких залишається актуальним у наступному році;*
- 8. Уточнення заходів управління ризиками та відповідальних посадових осіб.*

Вирішили:

1. Прийняти до відома інформацію голови та секретаря робочої групи щодо порядку ідентифікації та оцінки ризиків відповідно до Порядку № 145.

2. Схвалити запропоновані членами робочої групи ризики та пропозиції для включення до Реєстру ризиків і відхилень військової частини на 2026 рік (додаток – робочий перелік ідентифікованих та оцінених ризиків).

3. Керівникам структурних підрозділів, начальникам відділів та служб військової частини спільно з відповідним членами робочої групи опрацювати за напрямками відповідальності профілі ключових ризиків та розробити (уточнити) профілі відхилень, які

були виявлені попередніми контрольними заходами (внутрішніми аудитами) та виконання, яких залишається актуальним. Профілі ризиків/відхилень надати секретарю робочої групи в термін до 15 жовтня 2025 року.

4. Доручити секретарю робочої групи, як відповідальному за ведення та підтримку в актуальному стані поточних документів з управління ризиками:

4.1. Узагальнити подані пропозиції, які розглянуті робочою групою, та викладені у робочому переліку ідентифікованих та оцінених ризиків, сформованому на засіданні робочої групи;

4.2. У термін до 17 жовтня 2025 року підготувати проєкт Реєстру ризиків та відхилень військової частини А0000 разом профілями ризиків/відхилень на 2026 рік, який надати менеджеру внутрішнього контролю військової частини А0000 на розгляд до 18 жовтня 2025 року.

4.3. У термін до 20 жовтня 2025 року опрацювати проєкт пропозицій щодо реагування на ризики та відхилення, що потребують реагування ОБУ вищого рівня, з профілями таких ризиків/відхилень, які надати менеджеру внутрішнього контролю військової частини А0000 на розгляд до 21 жовтня 2025 року.

5. Доручити Менеджеру внутрішнього контролю:

5.1. У термін до 25 жовтня 2025 року надіслати до Командування Сухопутних військ ЗС України пропозиції щодо реагування на ризики та відхилення, які потребують реагування ОБУ вищого рівня, з профілями таких ризиків/відхилень;

5.2. У термін до 31 грудня 2025 року подати на затвердження командиру військової частини Реєстр ризиків і відхилень військової частини А0000 на 2026 рік, разом з профілями ризиків і відхилень.

Секретар робочої групи:

майор

Іванів Назарій.

Члени робочої групи:

підполковник

Б'ятецький Віталій

полковник

Костенків Олег

полковник

Фарід Сейфуль Мулюков.

майор

Федюнів Іларіон

підполковник

Нікітенко Петро

підполковник

Яків Вадим.

Додаток 3
до ВП 8-00(199).01
(підпункт 2.2.)

ЗАТВЕРДЖУЮ
Командир військової частини А0000
полковник
"30" грудня 2025 р.
Іван ФРАНКО

РЕЄСТР РИЗИКІВ І ВІДХИЛЕНЬ
військової частини А0000 на 2026 рік

№ з/п	Ціль/завдання/функція/процес	Назва ризику (відхилення)	Категорія ризику (зовнішній / внутрішній)	Причина ризику (відхилення)	Наслідки ризику (відхилення)	Індикатори ризику			Захід контролю	Відповідальний за виконання заходу контролю	Строк виконання	Очікуваний результат	Фактичний результат виконання
						Імовірність ризику	Вплив ризику	Затягнутість виконання ризику					
I. Ключові ризики													
1	Організація та контроль за здійсненням заходів матеріально-технічного забезпечення, контроль за виконанням укладених договорів постачання	Недоотримання фінансових ресурсів внаслідок нездійснення претензійної та позовної роботи у разі невиконання умов договорів постачання товарів, робіт та послуг	Внутрішній	Незабезпечення дієвого контролю службою забезпечення за виконанням умов укладених договорів постачання, нездійснення претензійної роботи. Не ініціювання перед юридичною службою питання початку позовної роботи для вирішення питань відповідальності за невиконання умов договору в судовому порядку.	Допущене фінансове порушення у вигляді недоотримання доходів бюджету. Тривале незабезпечення виконання контрагентами договорів постачання при відсутності матеріальної відповідальності за порушення договірних умов.	4	4	16	(Згідно з профілем ризику) Внесення змін до Порядку підготовки, погодження, укладення, реєстрації, обліку, зберігання договорів у військової частині А0000, доповнення розділом щодо здійснення контролю за виконанням умов договорів та порядку ведення претензійної і позовної роботи у військової частині (унормувати заходи згідно з профілем ризику).	Заступник командира військової частини - начальник логістики	до 01.02.2026	Забезпечення контролю за виконанням умов договорів, застосування штрафних санкцій при невиконанні договірних умов контрагентами, спрямування отриманого фінансового ресурсу до доходів державного бюджету	
2	Планування, організація, спрямування, проведення робіт та контроль за їх виконанням під час створення (модернізації) комплексних систем захисту інформації в АС	Загроза витоку інформації з грифом обмеження доступу	Внутрішній	Відсутність відповідного налаштування ПЕОМ стосовно безпеки інформації	Заволодіння противником інформації внаслідок витоку, інфікування ПЕОМ шкідливим програмним забезпеченням	3	5	15	(Згідно з профілем ризику) 1. Забезпечення підключення АРМ структурних підрозділів до ЗАТК "ТЕСТ" та його сервісів. 2. Проведення перевірок стану кібербезпеки у підрозділах (за окремим планом, який розробити та надати на затвердження до 01.02.2026). (остально заходи згідно з профілем ризику)	Начальник СЗ в АС	п.1-до 01.04.2026; п.2-за окремим планом	Безпечна обробка інформації на ПЕОМ, унеможливлення витоку інформації	
II. Відхилення													
<i>Аудиторський звіт 2 ГУВА від 23.09.2025 № 535/29/21 "Аудит використання коштів та майна у сфері Сил ТрО ЗС України"</i>													
1	Організація та здійснення фінансово-господарської діяльності військової частини	Безпідставна виплата додаткової винагороди за періоди, протягом яких не підтверджено залучення особового складу до виконання бойових (спеціальних) завдань	Внутрішній	Відсутність належного контролю за достовірністю та повнотою інформації, внесеній до документів, які є підставою для підтвердження безосередньої участі військовослужбовців у бойових діях або виконанні бойових (спеціальних) завдань.	Незаконні витрати бюджетних коштів на виплату додаткової винагороди	X	X	X	(Згідно з профілем відхилення) Розроблення внутрішнього регламенту щодо порядку підготовки та видання щомісячних наказів про виплату додаткової винагороди з визначенням відповідальних осіб, їх обов'язків та порядку взаємодії. Передбачити завдання щодо проведення перевірок проектів наказів на виплату додаткової винагороди, з обов'язковою перевіркою обґрунтованості та підстав для виплати, достовірності первинних документів та відповідності їх вимогам чинного законодавства. (відповідно до рекомендацій, зазначених в Аудиторському звіті)	Начальник СП, начальник ФЕС	до 01.03.2026	Відсутність незаконних виплат додаткової винагороди, забезпечення достовірності підтверджуючих документів та підвищення ефективності внутрішнього контролю у сфері фінансово-господарської діяльності.	
III. Інші ризики													
1	Забезпечення експлуатації автомобільної техніки	Невизначення норм витрат пального для окремих видів автомобільної техніки, яка може бути прийнята для експлуатації у військової частині від благодійних організацій	Зовнішній	Надходження автомобільної техніки в якості благодійної, яка не була передбачена питаннями військової частини та для якої не встановлені норми витрат пального.	Неможливість експлуатації автомобіля, які надійшли в якості благодійної допомоги, неможливість законного списання пального при використанні при використанні автомобільної техніки	3	3	9	(Згідно з профілем відхилення) Підготовка та надання клопотання до ОБУ вищого рівня щодо порушення питання перед Командуванням Сил логістики ЗС України про встановлення норм витрат пального для автомобільної техніки відповідної марки та моделі. Призупинення експлуатації техніки у разі не встановлення постійних норм витрат (після закінчення терміну дії тимчасових норм).	Заступник командира військової частини - начальник логістики	в 10-денний термін після отримання автомобільної техніки	Встановлення норм витрат пального для всіх видів автомобільної техніки, що експлуатується у військової частині	
2	Організація та ведення бухгалтерського обліку	Заниження в обліку вартості вартості активів (речового майна)	Внутрішній	Ненадання до фінансово-економічної служби документів для відображення в реєстрах обліку інвентарного майна, яке надійшло у військову частину з військовослужбовцями та зазначалось в речових атестатах (додаток 58)	Невідповідність даних обліку фактичній наявності військового майна, недостовірні дані про стан забезпечення та потреби у майні.	2	3	6	1. Визначення графіком документообігу військової частини порядку та строків надання документів для отримання інвентарного майна. 2. Проведення щомісячних звірок речової служби з службою персоналу щодо повноти отримання речових атестатів по кожному військовослужбовцю, що прибув для подальшого проходження військової служби у військову частину; речової служби та фінансово-економічної служби щодо відповідності даних обліку майна за номенклатурою.	Начальник ФЕС Начальник РС, Начальник ФЕС, Начальник СП	п.1 - до 01.02.2026 п.2 - щомісячно до 05 числа	Забезпечений достовірний облік інвентарного майна, що надійшло у військову частину	

Менеджер внутрішнього контролю військової частини А0000
майор

Павло ТИЧИНА

ВІДКРИТА ІНФОРМАЦІЯ

ВІДКРИТА ІНФОРМАЦІЯ

ЗАТВЕРДЖУЮ
Командир військової частини А0000
полковник Іван ФРАНКО
“ ” 2025 р.

ПРОФІЛЬ РИЗИКУ
Військова частина А0000

(назва установи (структурного підрозділу), що ідентифікувала ризик)

Дата виявлення: 10.11.2025

Суб'єкт, який ідентифікував ризик (відхилення): Фінансово-економічна служба

Ціль завдання/функція/процес	Суть ризику (відхилення)	Негативний вплив	Загальний показник ризику (відхилення) (вплив та імовірність)	Категорія ризику (відхилення)
Організація та контроль за здійсненням заходів матеріально-технічного забезпечення, контроль за виконанням укладених договорів	Недоотримання фінансових ресурсів внаслідок нездійснення претензійної та позовної роботи у разі невиконання умов договорів постачання товарів, робіт та послуг	Допущене фінансове порушення у вигляді недоотримання доходів бюджету. Тривале незабезпечення виконання контрагентами договорів постачання при відсутності матеріальної відповідальності за порушення договірних умов	16	внутрішній

Показники	Опис
Закони, нормативно-правові акти, які регулюють відповідні відносини	НМОУ від 16.07.97 № 300; НМОУ від 22.05.2017 № 280; НМОУ від 30.12.2016 № 744; ДСТУ В 15.703:2021
Стислий опис ідентифікованої проблематики	Під час організації та здійснення фінансово-господарської діяльності військової частини ідентифіковано проблему щодо незастосування штрафних санкцій при неналежному виконанні договорів контрагентами, що призводить до недоотримання доходів бюджету. Зазначене зумовлено неунормуванням внутрішнього порядку здійснення контролю за виконанням умов договорів, організації та ведення претензійної та позовної роботи.
У чому саме полягає негативний вплив ризику (відхилення) та опис особливостей/чинників процесу, що спричиняє його виникнення	Негативний вплив ризику полягає у недоотриманні доходів бюджету та призводить до незабезпечення виконання контрагентами договорів постачання при відсутності матеріальної відповідальності за порушення договірних умов. Виникнення ризику обумовлено невизначенням чіткого розподілу обов'язків між структурними підрозділами військової частини у процесі контролю за виконанням договорів та вжиття заходів реагування у разі їх невиконання, невстановлення часових рамок для організації зазначених заходів.
Дизайн заходу контролю:	
назва заходу контролю	Внесення змін до Порядку підготовки, погодження, укладення, реєстрації, обліку, зберігання договорів у військової частини А0000.

	доповнення розділом щодо здійснення контролю за виконанням умов договорів та порядку ведення претензійної і позовної роботи у військовій частині, в якому передбачити: - завдання начальникам служб забезпечення (ініціаторам договору постачання) щодо постійного контролю за дотримання термінів та повноти обсягів постачання товарів (робіт, послуг); - порядок здійснення претензійної роботи, відповідальних, строки опрацювання претензій; - завдання начальнику фінансово-економічної служби щодо контролю за погашенням попередньої оплати за договорами, надання доповідей у разі порушення термінів; - порядок ініціювання початку позовної роботи у разі відхилення (залишення без реагування) претензій; - перелік документів, що підтверджують обґрунтованість позову, розрахунки, відповідальні та строки опрацювання; - завдання начальнику юридичної служби щодо організації позовної роботи; - порядок витребування коштів на сплату судового збору; - питання взаємодії служб забезпечення, юридичної та фінансово-економічної служби під час процесу.
мета заходу контролю	Унормування порядку здійснення контролю за виконанням договірних умов, вжиття заходів реагування при їх невиконанні
тип контролю (попередній, поточний, наступний)	Поточний контроль
відповідальна посадова особа за безпосереднє здійснення заходу контролю	Заступник командира військової частини - начальник логістики. Співвиконавці: начальник юридичної служби, начальник фінансово-економічної служби, начальники служб забезпечення
відповідальна посадова особа за здійснення постійного моніторингу заходу контролю	Менеджер внутрішнього контролю військової частини А0000
частота виконання заходу контролю	Внесення змін до Порядку – одноразово, у подальшому – за необхідності
строки виконання заходу контролю	до 01.02.2026
засоби документування заходу контролю (якими формами, звітами, підписами фіксується виконання заходу контролю)	Наказ командира військової частини А0000 “Про внесення змін до Порядку.....”
індикатор результативності (ефективності) заходу контролю	Питання контролю за виконанням договорів унормовані, заходи виконуються своєчасно, фактів незастосування штрафних санкцій при невиконанні умов договорів контрагентами не встановлено.
Можливий залишковий ризик та шляхи здійснення контролю за недопущенням подальшого посилення впливу ризику (відхилення), після вжиття заходів реагування	Ризик прострочення термінів сплати судового збору внаслідок несвочасного фінансування – потребує супроводження заявки на фінансування; ризик тривалого розгляду справи у суді – потребує направлення клопотань про прискорення розгляду справи; ризик подальшого невиконання рішення суду щодо стягнення штрафних санкцій – потребує взаємодії з виконавчою службою, супроводження змін у майновому стані контрагента у разі процедури банкрутства.

Менеджер внутрішнього контролю військової частини А0000
полковник

Олег НЕЧАЙ

Додаток 5
до ВП 8-00(199).01
(підпункт 2.4)

ЗАТВЕРДЖУЮ
Командир військової
частини А0000
полковник Іван ФРАНКО
“___” _____ 2025 р.

ПРОФІЛЬ ВІДХИЛЕННЯ

Військова частина А0000

(назва установи (структурного підрозділу), що ідентифікувала ризик)

Дата виявлення: 2025 рік (аудиторський звіт 2 ТУВА від 23.09.2025 № 535/29/21)

Суб'єкт, який ідентифікував ризик (відхилення): 2 територіальне управління внутрішнього аудиту

Ціль/завдання/функція/процес	Суть ризику (відхилення)	Негативний вплив	Загальний показник ризику (відхилення) (вплив та імовірність)	Категорія ризику (відхилення)
Організація та здійснення фінансово-господарської діяльності військової частини, виплата додаткової винагороди	Безпідставна виплата додаткової винагороди за період, протягом яких не підтверджено залучення о/с до виконання бойових (спеціальних) завдань	Незаконні витрати бюджетних коштів на виплату додаткової винагороди	х	внутрішній

Показники	Опис
Закони, нормативно-правові акти, які регулюють відповідні відносини	ПКМУ від 28.02.22 № 168 НМОУ від 07.06.2018 № 260
Стислий опис ідентифікованої проблематики	Під час проведення аудиту використання коштів (аудиторський звіт 2 ТУВА від 23.09.2025 № 535/29/21) ідентифіковано відхилення щодо виплати додаткової винагороди військовослужбовцям за відсутності фактичного перебування таких осіб у районі ведення бойових дій. Зазначене зумовлено відсутністю належного контролю за достовірністю та повнотою інформації, внесеної до документів та координації між структурними підрозділами, відповідальними за облік участі особового складу у бойових діях і підготовку документів на виплату винагороди.
У чому саме полягає негативний вплив ризику (відхилення) та опис особливостей/чинників процесу, що спричиняє його виникнення	Негативний вплив відхилення полягає у незаконних витратах бюджетних коштів на виплату додаткової винагороди військовослужбовцям, які фактично не перебували в районі ведення бойових дій та не мали законних підстав для отримання зазначених виплат. Реалізація ризику призводить до неефективного та незаконного використання бюджетних коштів, завдання збитків державі.

	Виникнення ризику обумовлено складнощами документування та здійснення контролю за достовірністю даних, що є підставою для виплати додаткової винагороди зокрема. За таких умов управлінські рішення приймаються на підставі неперевіреної або неточної інформації.
Дизайн заходу контролю: назва заходу контролю	Розроблення та надання на затвердження внутрішнього регламенту щодо порядку підготовки та видання щомісячних наказів про виплату додаткової винагороди з визначенням відповідальних осіб, їх обов'язків та порядку взаємодії (утворення комісії по перевірці проектів наказів про виплату та документів, що є підставою для їх видання). Передбачити завдання щодо проведення перевірок проектів наказів на виплату додаткової винагороди, з обов'язковою перевіркою підстав для виплати, обґрунтованості включення військовослужбовців до рапортів командирів підрозділів, достовірності первинних документів та їх відповідності вимогам керівних документів.
мета заходу контролю	Організація поточного контролю обґрунтованості включення військовослужбовців до проектів наказів на виплату додаткової грошової винагороди
тип контролю (попередній, поточний, наступний)	Попередній і поточний
відповідальна посадова особа за безпосереднє здійснення заходу контролю	Старший офіцер служби персоналу, співвиконавець – заступник начальника ФЕС
відповідальна посадова особа за здійснення постійного моніторингу заходу контролю	Начальник служби персоналу військової частини А0000
частота виконання заходу контролю	Розроблення – одноразово, виконання – щомісячно
строки виконання заходу контролю	До 01.03.2026, виконання заходів – згідно регламенту.
засоби документування заходу контролю (якими формами, звітами, підписами фіксується виконання заходу контролю)	Розроблений та затверджений внутрішній регламентуючий документ щодо порядку підготовки та видання щомісячних наказів про виплату додаткової винагороди, утворена комісія по перевірці проектів наказів про виплату та документів, комісія фактично функціонує.
індикатор результативності (ефективності) заходу контролю.	Проекти наказів про виплату та документи, що є підставою для їх видання перевірені. Відсутні факти безпідставних виплат додаткової грошової винагороди
Можливий залишковий ризик та шляхи здійснення контролю за недопущенням подальшого посилення впливу ризику (відхилення), після вжиття заходів реагування	Ризик переплати додаткової винагороди внаслідок неналежної перевірки документів або недостатньої фахової підготовки особового складу комісії. Вибіркова перевірка результатів роботи комісії начальником служби персоналу та начальником фінансово-економічної служби, проведення додаткового інструктажу особового складу комісії.

Менеджер внутрішнього контролю військової частини А0000
полковник

Олег НЕЧАЙ

МЕТОДИКА
перевірки стану організації внутрішнього контролю
в системі Міністерства оборони України

Мета перевірки

Перевірка стану організації внутрішнього контролю здійснюється відповідно до Порядку організації в системі Міністерства оборони України внутрішнього контролю та управління ризиками, затвердженого наказом Міністерства оборони України від 02 квітня 2019 року № 145 (в редакції наказу Міністерства оборони України від 22.10.2025 № 709) (далі – Порядок) як інструмент здійснення періодичного моніторингу за функціонуванням внутрішнього контролю та управління ризиками в апараті Міністерства оборони України, Апараті Головнокомандувача Збройних Сил України, Генеральному штабі Збройних Сил України, та їх структурних підрозділах, Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту, органах військового управління, з'єднаннях, військових частинах, військових навчальних закладах та інших установах і організаціях (далі – установи), що утримуються за рахунок коштів Державного бюджету України, та які входять до сфери управління Міністерства оборони України (далі - Міноборони).

Суб'єкти перевірки

Суб'єктами перевірки є підрозділи координації внутрішнього контролю у Міноборони та Збройних Силах України, підрозділи координації внутрішнього контролю органів військового управління Збройних Сил України, Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту та регіональних управлінь Державної спеціальної служби транспорту, а також відповідальними за діяльність під час здійснення ними контрольних-наглядових функцій у межах установлених повноважень та сфер відповідальності

Об'єкти перевірки

Структурні підрозділи Міноборони України, Апарату Головнокомандувача Збройних Сил України, Генерального штабу Збройних Сил України, Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту, органи військового управління, військові частини, установи (організації), підприємства, які входять до сфери управління Міноборони (в обсязі який не суперечить вимогам законодавства щодо організації внутрішнього контролю на підприємствах, частка Держави у власності яких становить не менше 50 відсотків статутного капіталу).

Загальні положення

Перевірка стану організації внутрішнього контролю включає:
оцінку відповідності створеної системи внутрішнього контролю законодавству та Порядку;
оцінку фактичного виконання запроваджених системою внутрішнього контролю процедур;

оцінку результативності внутрішнього контролю;
оцінку виконання заходів координації і нагляду за функціонуванням внутрішнього контролю та управління ризиками (у разі наявності підпорядкованих установ).

Завданнями перевірки є:

визначення відповідності створеної в установі системи внутрішнього контролю законодавству та Порядку;

визначення стану виконання окремих завдань, покладених на установу, відповідно до цілей діяльності установи та індикаторів їх виконання;

визначення рівня впливу заходів контролю, вжитих для досягнення стратегічних цілей установи, дієвості засобів їх реалізації та надання рекомендацій щодо їх удосконалення;

виявлення недоліків у взаємопов'язаному функціонуванні елементів внутрішнього контролю та надання рекомендацій та пропозицій керівникам установ щодо запровадження та виконання заходів контролю в процесах, що підлягали дослідженню (вивченню) під час перевірки;

визначення стану виконання заходів з реагування на відхилення (у тому числі на систематичні відхилення, виявлені у підпорядкованих установах): їх попередження, виявлення, інформування керівника установи про відхилення, їх усунення та усунення причин і умов, що сприяли їх виникненню;

визначення стану досягнення показників цілей внутрішнього контролю при виконанні окремих завдань, покладених на установу, що перевіряється;

визначення стану виконання органом військового управління заходів з координації та нагляду за функціонуванням внутрішнього контролю та управління ризиками у підпорядкованих установах, а також організації інформаційного обміну з внутрішнього контролю з органами військового управління вищого рівня, структурними підрозділами в органі військового управління та підпорядкованими установами;

налагодження дієвої взаємодії між виконавцями завдань та функцій, покладених на Міноборони та установи в системі Міноборони, для успішної їх реалізації.

Основними принципами перевірки є законність, об'єктивність, достовірність, актуальність, неупередженість, плановість та обґрунтованість наданих рекомендацій (пропозицій) за результатами перевірки.

Перед початком проведення перевірки комісія (робоча група або особа, що буде здійснювати перевірку) розробляє план проведення перевірки, у якому зазначаються:

питання, які перевіряються (вивчаються) в ході перевірки, їх розподіл між членами комісії;

попередній перелік функцій або завдань (стратегічних та операційних цілей діяльності), результати виконання яких підлягають перевірці (із застосуванням ризик-орієнтовного підходу до планування та проведення перевірки та з метою зосередження основної уваги на найбільш ризикових об'єктах зі зменшенням дослідження завдань та функцій із низьким рівнем ризику, перелік функцій та завдань, що підлягають перевірці, може бути

уточнений безпосередньо під час перевірки у разі встановлення більш ризикових функцій та завдань під час практичного дослідження діяльності установи);

критерії перевірки та ступінь охоплення (за часом, за кількістю об'єктів та суб'єктів перевірки);

строки проведення перевірки та подання звітних матеріалів;

особливості проведення перевірки;

інша інформація, необхідна для організації та проведення перевірки.

Підготовка до проведення перевірки передбачає:

аналіз ризиків та проблем, які зумовили необхідність проведення перевірки функцій або завдань (стратегічних та операційних цілей діяльності), як в окремій установі, так і в установах, залучених до їх виконання, з метою якісного формування плану проведення перевірки;

визначення мети, завдань, строків і місця проведення перевірки;

ознайомлення з документами, що підтверджують стан та результати виконання функцій або завдань (стратегічних та операційних цілей діяльності), що досліджуватимуться під час перевірки;

ознайомлення з результатами перевірки за попередні періоди;

визначення необхідності в отриманні додаткової інформації про результати здійснення заходів, джерела такої інформації і способи її отримання, посадових осіб, відповідальних за збір та узагальнення такої інформації;

узагальнення отриманих довідкових та статистичних даних, необхідних для проведення перевірки.

Перевірка проводиться щодо питань діяльності установи та її взаємодії з іншими виконавцями досліджуваних функцій та завдань (стратегічних та операційних цілей діяльності).

Для оцінки стану організації внутрішнього контролю застосовуються:

опитування (інтерв'ювання) особового складу установи для перевірки їх знань та кваліфікації, а також отримання інформації про порядок фактичного виконання заходів з управління ресурсами і майном та здійснення внутрішнього контролю;

перевірка документальних доказів функціонування внутрішнього контролю.

заслуховування посадових осіб установи з питань виконання функцій та завдань (стратегічних та операційних цілей діяльності), покладених на установу;

аналіз внутрішнього середовища установи;

аналіз звітів про виконання завдань з реалізації Стратегічного оборонного бюлетеня, планів діяльності на відповідний період та на рік, інших планувальних документів;

спостереження за управлінням ресурсами та майном і виконанням процедур внутрішнього контролю;

вимірювання і порівняння фактичних результатів із запланованими індикаторами та показниками виконання завдань, покладених на установу;

аналіз управління ризиками (ідентифікацію ризиків, вибір заходів контролю та стану їх виконання) в процесах, функціях або завданнях (стратегічних та операційних цілях діяльності), що досліджуються;

ідентифікація ризиків в процесах, що досліджуються, які не були визначені раніше, з подальшою підготовкою рекомендацій керівнику установи (або відповідному органу управління) щодо заходів контролю, які необхідно вжити для реагування на такі ризики;

аналіз визначених заходів контролю для впливу на ризики та підготовка обґрунтованих пропозицій (рекомендацій) щодо їх корегування;

оброблення, узагальнення та аналіз отриманої інформації щодо виконання функцій або завдань (стратегічних та операційних цілей діяльності), покладених на установу, що підлягали дослідженню;

встановлення відмінностей між фактичними результатами виконання завдань та визначеними індикаторами виконання, причин таких відмінностей з одночасним розробленням пропозицій для їх усунення;

визначення доцільності та ефективності використання бюджетних коштів, об'єктів державної власності та інших ресурсів, отриманих для виконання процесів, функцій або завдань, їх збереження та раціональне використання;

аналіз стану та порядку взаємодії між виконавцями процесів, завдань та функцій, що досліджувалися.

Під час проведення перевірок члени комісії аналізують надані керівництвом об'єкта перевірки документи, вивчають (перевіряють) питання, які підлягають перевірці, визначають ефективність реалізації об'єктом перевірки прийнятих керівництвом рішень, узагальнюють матеріали, надають методичну та практичну допомогу керівництву об'єкта перевірки щодо покращення діяльності та підвищення результативності його роботи, формулюють висновки, готують рекомендації щодо вирішення проблемних питань.

Результати перевірки заносяться до розділів 1-4 Контрольного листа оцінки стану організації внутрішнього контролю (Додаток).

Загальна оцінка стану організації внутрішнього контролю визначається за одним з трьох рівнів:

“відповідає встановленим вимогам”;

“частково відповідає встановленим вимогам”;

“не відповідає встановленим вимогам”.

1. Оцінка організації заходів з впровадження внутрішнього контролю та управління ризиками на об'єкті перевірки

При оцінці організації заходів з впровадження внутрішнього контролю та управління ризиками на об'єкті перевірки перевіряється:

повнота включення до положення про установу всіх завдань і функцій, делегованих установі як головному виконавцю та співвиконавцю відповідних функцій державного органу, або завдань і функцій, делегованих органом військового управління вищого рівня та іншими актами законодавства (крім тих де установа лише приймає участь у відповідному процесі (функції));

наявність фактів викривлення у затвердженому положенні про установу змісту завдань та функцій, визначених для установи нормативно-правовим актом, керівним документом вищого рівня або розподілом завдань та функцій, покладених на державний орган (орган військового управління);

наявність наказу керівника установи про розподіл повноважень між заступниками керівника установи, повнота розподілу повноважень та відповідальності, пов'язаних з виконанням завдань та функцій установи,

відсутність дублювання і нечіткого розмежування повноважень та відповідальності;

повнота розподілу завдань та функцій, покладених на установу відповідно до затвердженого положення, між структурними підрозділами установи; відсутність дублювання процесів при виконанні завдань та функцій, нечіткого розмежування повноважень та відповідальності, нерезультативних процесів;

наявність наказу керівника установи про забезпечення функціонування внутрішнього контролю в установі, нормативне врегулювання цим наказом питань організації внутрішнього контролю в установі, а саме: призначення менеджера (координатора) внутрішнього контролю з числа заступників керівника установи; визначення складу робочої групи з оцінки ризиків (за посадами), встановлення регламенту роботи робочої групи з оцінки ризиків, визначення посадової особи, відповідальної за ведення та підтримання в актуальному стані поточних документів з управління ризиками; встановлення строків та порядку періодичного моніторингу і звітування з питань внутрішнього контролю в установі;

наявність розробленого та затвердженого опису внутрішнього середовища та його відповідність вимогам Порядку (для установ, визначених у пункті 2 розділу II Порядку);

наявність у функціональних обов'язках (посадових інструкціях) керівника установи відповідальності за організацію внутрішнього контролю, а у особового складу установи обов'язків та відповідальності за здійснення заходів контролю для впливу на ризики;

визначення в установі порядку планування діяльності та звітування про результати;

визначення (призначення) в установі уповноваженого підрозділу (уповноваженої особи) з питань запобігання та виявлення корупції *(перевіряється в Апараті Головнокомандувача Збройних Сил України, Генеральному штабі Збройних Сил України, Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту, органах військового управління, з'єднаннях, військових частинах, військових навчальних закладах, військових навчальних підрозділах закладів вищої освіти, установах та організаціях Збройних Сил України, установах, організаціях та державних підприємствах, які належать до сфери управління Міноборони, військових частинах, установах, організаціях Державної спеціальної служби транспорту – відповідно до пункту 2.2 Положення про організацію системи роботи з питань запобігання та виявлення корупції в Міністерстві оборони України, Збройних Силах України та Державній спеціальній службі транспорту, затвердженого наказом Міністерства оборони України від 05.02.2024 № 81)*;

визначення в установі порядків, правил і процедур управління бюджетними коштами та іншими ресурсами, зокрема щодо: організації короткострокового планування заходів утримання та розвитку; розподілу повноважень та відповідальності за формування та виконання бюджетних програм (підпрограм) Міноборони; організації використання благодійної допомоги, коштів, отриманих від спрямування 10 % частини податку на доходи фізичних осіб та коштів, отриманих у якості субвенції; організації здійснення господарської діяльності, надання установою платних послуг;

визначення в установі порядків, правил і процедур ведення бухгалтерського обліку, зокрема щодо: організації бухгалтерського обліку в установі, встановлення графіку документообігу; визначення облікової політики в установі; затвердження положення про бухгалтерську службу бюджетної установи;

визначення в установі порядків, правил і процедур здійснення оборонних та публічних закупівель товарів, робіт та послуг, зокрема щодо: призначення уповноваженої особи із закупівель (колегіального органу) та затвердження відповідного Положення про уповноважену особу із закупівель (колегіальний орган); проведення закупівель товарів, робіт та послуг для забезпечення потреб військ, у тому числі формування переліку та обсягів закупівель товарів, робіт і послуг оборонного призначення, інших товарів, робіт і послуг для гарантованого забезпечення потреб безпеки і оборони при оборонних закупівлях (річного плану закупівель при публічних закупівлях); підготовки, погодження, укладення, реєстрації, обліку, зберігання та контролю за виконанням договорів (державних контрактів); підготовки проектів рішень щодо попередньої оплати товарів, робіт і послуг.

Під час проведення перевірки зазначені питання відповідності створеної системи внутрішнього контролю законодавству, нормативно-правовим актам та керівним документам перевіряються в частині що стосується, в залежності від об'єкту перевірки, його організаційно-правової форми, покладених на нього завдань та функцій. У разі відсутності окремих завдань та функцій (наприклад, відсутності статусу розпорядника бюджетних коштів, відповідального за формування та виконання бюджетних програм (підпрограм) Міноборони тощо), окремі питання, що не стосуються діяльності установи, не перевіряються, не оцінюються та не враховуються при визначенні рівня виконання організаційних заходів з впровадження внутрішнього контролю.

За результатами перевірки розділу формується відповідний висновок та визначається рівень виконання організаційних заходів з впровадження внутрішнього контролю та управління ризиками:

“виконані” (зелена зона) – якщо рівень виконання заходів у зеленій зоні становить не менше 75%, а решта у жовтій;

“виконані частково” (жовта зона) – якщо рівень виконання заходів у зеленій та жовтій зонах становить не менше 60%;

“не виконані” (червона зона) – якщо не відповідає рівням “виконані” або “виконані частково”.

2. Оцінка фактичного виконання запроваджених системою внутрішнього контролю процедур

При оцінці фактичного виконання запроваджених системою внутрішнього контролю процедур перевіряється:

знання особовим складом вимог законодавства, нормативно-правових актів та керівних документів з організації внутрішнього контролю та управління ризиками;

документальне підтвердження проведення ідентифікації та оцінки ризиків, зокрема наявність протоколів засідань робочої групи з оцінки ризиків, пропозицій та матеріалів структурних підрозділів, що підтверджують ідентифікацію ризиків,

повнота залучення структурних підрозділів до ідентифікації ризиків за всіма визначеними завданнями, функціями та процесами, що виконуються в установі;

наявність опрацьованого та затвердженого керівником установи у терміни, визначені Порядком, реєстру ризиків і відхилень;

актуальність ідентифікованих ризиків, відповідність ідентифікованих ризиків завданням, функціям та цілям діяльності установи, правильність визначення категорії ризику та встановлення причинно-наслідкового зв'язку;

відповідність визначених заходів контролю ідентифікованим ризикам, їх результативність, спрямованість на зменшення впливу ризику, конкретність, реальність виконання, визначення відповідальних за виконання заходів контролю та строків виконання, визначення очікуваного результату від виконання заходу контролю;

розроблення та затвердження керівником установи для кожного ключового ризику профілю такого ризику, з відповідним дизайном заходу контролю;

доведення до керівників структурних підрозділів та особового складу установи реєстру ризиків і відхилень в частині, що їх стосується;

здійснення періодичного перегляду ризиків у разі суттєвих змін у внутрішньому середовищі, встановленні неефективних заходів контролю та за результатами контрольних заходів і внутрішніх аудитів, внесення відповідних змін до реєстру ризиків і відхилень;

надання щоквартально керівниками структурних підрозділів (посадовими особами), до повноважень яких належать питання організації виконання заходів контролю, інформації про фактичне виконання заходів контролю щодо реагування на ризики менеджера внутрішнього контролю установи. Відображення цієї інформації в реєстрі ризиків і відхилень;

стан фактичного виконання заходів контролю (термін виконання яких настав) для впливу на ризики, ідентифіковані у звітному періоді. При цьому рівень за даним показником визначається як: виконано у встановлені терміни більше 80 % заходів контролю – зелена зона контрольного листа, виконано у встановлені терміни 30-80% заходів контролю – жовта зона контрольного листа, виконано менше 30% заходів контролю – червона зона контрольного листа;

здійснення менеджером внутрішнього контролю установи та іншими уповноваженими особами моніторингу фактичного виконання заходів контролю щодо реагування на ризики, зокрема: здійснення щоквартальної вибіркової перевірки фактичного виконання заходів контролю щодо реагування на ризики менеджером внутрішнього контролю установи (із залученням підрозділу координації внутрішнього контролю (за наявності такого підрозділу); здійснення постійного моніторингу фактичного виконання заходів контролю щодо ключових ризиків відповідальними посадовими особами, визначеними дизайном заходу контролю, відповідно до затвердженого керівником установи профілю ризику;

ідентифікація органом військового управління (відповідальним за діяльність) у підпорядкованих установах (або за напрямом діяльності) систематичних ризиків та відхилень, що потребують прийняття рішень та вжиття заходів контролю на рівні органів військового управління (відповідальних за діяльність), включення до реєстрів ризиків і відхилень, розробленням

структурними підрозділами органу військового управління, відповідальними за напрями діяльності, заходів контролю для реагування на систематичні ризики та відхилення, які перебувають у компетенції такого органу військового управління (відповідального за діяльність) *(перевіряється в органах військового управління та відповідальних за діяльність)*;

подання установами до органів військового управління вищого рівня та/або відповідального за діяльність інформації про ідентифіковані зовнішні ризики, а органами військового управління – інформації про ідентифіковані зовнішні ризики та ідентифіковані у підпорядкованих установах систематичні ризики та відхилення, що потребують прийняття рішень та вжиття заходів контролю на рівні органів військового управління вищого рівня (відповідальних за діяльність);

включення до реєстру ризиків і відхилень установи систематичних ризиків, які були визначені та доведені органом військового управління вищого рівня з рекомендованими заходами контролю, що підлягають виконанню на рівні установи. Розроблення та затвердження профілів таких ризиків;

надання пропозицій щодо ключових ризиків, що можуть мати визначальний вплив на досягнення цілей діяльності Міноборони в наступному році, ідентифікованих в підрозділах апарату Міноборони (з профілями таких ризиків), для врахування в плані діяльності Міноборони на відповідний рік *(перевіряється в структурних підрозділах апарату Міноборони)*;

ідентифікація ризиків, що можуть вплинути на реалізацію стратегій, концепцій, програм, статутів проєктів, доктрин, а також планів діяльності, які розробляються у Міноборони, Апараті Головнокомандувача Збройних Сил України, Генеральному штабі Збройних Сил України, Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту, при їх розробці. Управління ризиками під час реалізації заходів, передбачених зазначеними стратегічними, програмними та планувальними документами управлінського характеру *(перевіряється в структурних підрозділах зазначених органів управління, визначених у пункті 16 розділу III Порядку)*;

наявність планів усунення недоліків за результатами проведених інспекційних, аудиторських та інших контрольних заходів, визначення конкретних відповідальних виконавців заходів, термінів їх виконання, доведення до виконавців та моніторинг їх виконання;

включення до відповідного розділу реєстру ризиків і відхилень інформації щодо відхилень, виявлених за результатами заходів державного фінансового контролю, внутрішніх аудитів, інспекційних перевірок, перевірок, проведених органами військового управління, періодичного—моніторингу внутрішнього контролю в установі, по завершенні таких контрольних заходів. Обґрунтованість виключення відхилень з реєстру (після підтвердження відповідності та достатності вжитих установою заходів);

розроблення та затвердження керівником установи для кожного відхилення профілю такого відхилення, з відповідним дизайном заходу контролю;

актуальність та результативність заходів контролю щодо відхилень, їх спрямованість як на усунення відхилення, так і причин його виникнення, забезпечення недопущення у подальшому;

надання щоквартально керівниками структурних підрозділів (посадовими особами), до повноважень яких належать питання організації виконання заходів контролю, інформації про фактичне виконання заходів контролю щодо реагування на відхилення та їх усунення менеджера внутрішнього контролю установи. Відображення цієї інформації в реєстрі ризиків і відхилень;

стан усунення у звітному періоді відхилень в діяльності установи (врахування рекомендацій у практичній діяльності та виконання пропозицій, внесених керівнику установи та керівникам структурних підрозділів установи, у ході контрольних (аудиторських) заходів), термін виконання яких на звітну дату настав. Стан визначається відповідно до рівня усунення відхилень в діяльності установи у звітному році, визначеного за формулою, зазначеною у додатку 8 до Порядку, а саме:

$$\text{Відсоток усунення відхилень} = \frac{\text{Виконані пропозиції} + \text{виконані рекомендації}}{\text{Залишок не виконаних на початок звітнього року пропозицій та рекомендацій} + \text{внесені протягом року пропозиції та рекомендації, термін виконання яких на звітну дату настав}} * 100 \%$$

При цьому рівень за даним показником визначається як: усунення більше 80 % відхилень – зелена зона контрольного листа, усунення 30-80% відхилень – жовта зона контрольного листа, усунення менше 30 % відхилень – червона зона контрольного листа). У разі відсутності відхилень показник не оцінюється;

здійснення менеджером внутрішнього контролю установи та іншими уповноваженими особами моніторингу фактичного виконання заходів контролю щодо реагування на відхилення, зокрема: здійснення постійного моніторингу виконання заходів контролю щодо реагування на відхилення в установі посадовими особами, визначеними дизайном заходу контролю, відповідно до затвердженого профілю відхилення; здійснення щоквартальної вибіркової перевірки фактичного виконання заходів контролю щодо реагування на відхилення менеджером внутрішнього контролю установи (із залученням підрозділу координації внутрішнього контролю, за наявності такого підрозділу);

звітування про стан усунення відхилень, впровадження рекомендацій та виконання пропозицій, наданих за результатами аудиторських та контрольних заходів, відповідно до вимог, встановлених нормативно-правовими актами та керівними документами з питань проведення таких заходів;

виконання типових правил та процедур контролю під час здійснення операцій з управління коштами та ресурсами (надання повноважень з підписання фінансових та господарських документів; розмежування повноважень з планування закупівель товарів, робіт та послуг, їх здійснення, обліку військового майна та використання коштів; затвердження керівником установи переліку та обсягів закупівель товарів, робіт і послуг оборонного призначення, інших товарів, робіт і послуг для гарантованого забезпечення потреб безпеки і оборони при оборонних закупівлях (річного плану закупівель при публічних закупівлях); забезпечення документування організації та здійснення процедур закупівель; укладання договорів про повну матеріальну відповідальність з особами, що обіймають посади або виконують роботи, пов'язані зі зберіганням, обробкою,

перевезенням або використанням матеріальних цінностей (відповідно до статті 135-1 КЗпП); комісійне приймання майна, яке надійшло для військових частин як міжнародна допомога, благодійна, гуманітарна допомога, у разі відсутності супровідних документів, зі складанням акта приймання-передачі такого майна; своєчасність направлення до відповідних служб забезпечення органів військового управління, які здійснюють забезпечення Збройних Сил та Державної спеціальної служби транспорту військовим майном за визначеною номенклатурою, документів щодо оприбуткування майна, яке надійшло для військових частин як міжнародна допомога, благодійна, гуманітарна допомога; діяльність комісій з списання військового майна, дотримання Порядку списання військового майна у Збройних Силах України та Державній спеціальній службі транспорту; проведення періодичних звірок даних обліку військового майна в підрозділах з даними служб забезпечення установи та даними бухгалтерського обліку, виконання інших правил та процедур контролю) *(здійснюється вибіркова перевірка)*;

проведення інвентаризацій (наявність наказів на проведення інвентаризації, оформлених інвентаризаційних відомостей, актів інвентаризацій, наказів про оголошення результатів інвентаризацій), відсутність ознак формального проведення інвентаризацій, прийняття рішень за результатами проведення інвентаризацій;

наявність неприйнятих рішень по відшкодуванню завданих державі збитків та повнота вжитих заходів щодо відшкодування зазначених збитків;

вжиття заходів щодо погашення простроченої дебіторської заборгованості (у разі її наявності);

дотримання порядку організації документообігу та роботи з документами, зокрема: затвердження номенклатури справ; визначення списку особового складу, допущеного до роботи з документами, які мають гриф “Для службового користування”; визначення списку особового складу, який має право надавати матеріальним носіям інформації гриф секретності; визначення та дотримання графіку документообігу (обов’язкового – для ведення бухгалтерського обліку розпорядниками бюджетних коштів, доцільного – для інших процесів); організація моніторингу виконання управлінських рішень, нагляду за виконавською дисципліною, своєчасним виконанням документів в установі тощо;

розроблення та вжиття заходів, які є необхідними та обґрунтованими для запобігання та протидії корупції, здійснення ідентифікації та оцінки корупційних ризиків *(відповідно до пунктів 1.8 та 3 Положення про організацію системи роботи з питань запобігання та виявлення корупції в Міністерстві оборони України, Збройних Силах України та Державній спеціальній службі транспорту, затвердженого наказом Міністерства оборони України від 05.02.2024 № 81)*;

розроблення та затвердження антикорупційної програми *(перевіряється у видах Збройних Сил України, Командуванні Сил логістики Збройних Сил України, Командуванні Сил підтримки Збройних Сил України, Командуванні Сил територіальної оборони Збройних Сил України, Командуванні Медичних сил Збройних Сил України, Командуванні Військ зв’язку та кібербезпеки Збройних Сил України, Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту, Головному управлінні справами Міноборони; суб’єктах господарювання, які*

належать до сфери управління Міноборони, або активи яких передано в управління Міноборони – відповідно до пунктів 2.7 та 4 Положення про організацію системи роботи з питань запобігання та виявлення корупції в Міністерстві оборони України, Збройних Силах України та Державній спеціальній службі транспорту, затвердженого наказом Міністерства оборони України від 05.02.2024 № 81, пункту 7 додатку 2 до Антикорупційної програми Міністерства оборони України на 2025–2026 роки, затвердженої наказом Міністерства оборони України від 26.12.2024 № 861);

розроблення плану роботи уповноваженого підрозділу (уповноваженої особи) з питань запобігання та виявлення корупції на рік на підставі проведеної оцінки корупційних ризиків (перевіряється в органах, у яких не розробляється антикорупційна програма – відповідно до пункту 4.5 Положення про організацію системи роботи з питань запобігання та виявлення корупції в Міністерстві оборони України, Збройних Силах України та Державній спеціальній службі транспорту, затвердженого наказом Міністерства оборони України від 05.02.2024 № 81);

здійснення моніторингу виконання заходів впливу на корупційні ризики, передбачених антикорупційною програмою органу військового управління (плану роботи уповноваженого підрозділу (уповноваженої особи) з питань запобігання та виявлення корупції – для установ, в яких не розробляється антикорупційна програма);

організація менеджером внутрішнього контролю проведення періодичної самооцінки функціонування внутрішнього контролю перед поданням звіту про стан функціонування системи внутрішнього контролю (перевіряється починаючи з подання звіту за 2026 рік);

здійснення менеджером внутрішнього контролю періодичного (щоквартального) інформування керівника про стан функціонування внутрішнього контролю, управління ризиками та реагування на відхилення в установі, підготовку звітних документів із внутрішнього контролю;

своєчасність надання звіту про стан функціонування системи внутрішнього контролю;

об'єктивність визначення рівня внутрішнього контролю у щорічному звіті про стан функціонування системи внутрішнього контролю, повнота відображення інформації у звіті;

наявність розроблених та затверджених у встановленому порядку інструкцій, порядків, положень за напрямком діяльності установи та повнота охоплення ними всіх питань у відповідній сфері діяльності (перевіряється в установах, які є відповідальними за діяльність), а також відповідність зазначених документів законодавству та діючій системі управління;

повнота надання інформації до щорічної декларації Міністра оборони України з внутрішнього контролю та звіту про стан організації та функціонування внутрішнього контролю в системі Міноборони (Звіту про стан організації та здійснення внутрішнього контролю у розрізі елементів внутрішнього контролю в Міноборони) та її об'єктивність (перевіряється у підрозділах апарату Міноборони та органах військового управління, які визначені відповідальними за подання відповідних розділів щорічної Декларації та звіту).

Під час проведення перевірки зазначені питання фактичного виконання запроваджених системою внутрішнього контролю процедур перевіряються в частині що стосується, в залежності від об'єкту перевірки, його організаційно-правової форми, покладених на нього завдань та функцій. У разі відсутності окремих завдань, функцій та повноважень (наприклад, відсутності статусу органу військового управління, відповідального за діяльність, розпорядника бюджетних коштів тощо), окремі питання, що не стосуються діяльності та повноважень установи, не перевіряються, не оцінюються та не враховуються при визначенні рівня фактичного виконання запроваджених системою внутрішнього контролю процедур.

За результатами перевірки розділу формується відповідний висновок.

Запроваджені системою внутрішнього контролю процедури:

“виконуються” (зелена зона) – якщо рівень виконання заходів у зеленій зоні становить не менше 60%, а у червоній – не більше 15%;

“виконуються частково” (жовта зона) – якщо рівень виконання заходів у зеленій та жовтій зонах становить не менше 70%;

“не виконуються” (червона зона) – якщо не відповідає рівням “виконуються” або “виконуються частково”.

3. Внутрішня оцінка результативності внутрішнього контролю

Внутрішня оцінка результативності внутрішнього контролю проводиться з метою встановлення:

відповідності результатів діяльності показнику виконання завдань для досягнення цілей внутрішнього контролю;

недоліків у взаємопов'язаному функціонуванні елементів внутрішнього контролю в процесах, що досліджувалися під час перевірки;

причин відхилення від визначених індикаторів виконання завдань;

актуальних проблем, що впливають на ступінь досягнення результатів діяльності та цілей внутрішнього контролю.

Внутрішня оцінка результативності внутрішнього контролю здійснюється поетапно:

попередня перевірка – проводиться перед початком перевірки з метою ідентифікації, виявлення (підтвердження) відхилень від установлених вимог, правил, процедур і стандартів виконання процесів, функцій і завдань, прийнятих у системі Міноборони, у нерозривному зв'язку з необхідністю досягнення операційних та стратегічних цілей діяльності;

поточна перевірка – проводиться безпосередньо під час перевірки з метою визначення стану виконання функцій та завдань, покладених на установу, їх актуальності для досягнення цілей, раціональності використання ресурсів;

заключна перевірка – проводиться після завершення перевірки всіх етапів, що були заплановані, з метою визначення рівня досягнення установою цілей та загальної оцінки рівня результативності внутрішнього контролю;

За ступенем охоплення внутрішня оцінка результативності внутрішнього контролю передбачає:

повну перевірку – перевірку результатів виконання всіх функцій та завдань (досягнення стратегічних та операційних цілей) діяльності установи;

вибіркову перевірку – перевірку результатів виконання декількох функцій у рамках одного або декількох завдань (досягнення декількох стратегічних та операційних цілей), покладених на установу.

Керівник установи, що ініціював перевірку, визначає ступінь охоплення завдань, цілей та функцій, що підлягають внутрішній оцінці результативності внутрішнього контролю, в залежності від строків проведення перевірки, а також складу та спроможностей комісії, яка проводить таку оцінку.

У структурних підрозділах апарату Міноборони та Генерального штабу ЗС України, органах військового управління, Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту внутрішня оцінка результативності внутрішнього контролю передбачає оцінку не менше ніж одного основного завдання та не менше двох функцій, спрямованих на виконання цього завдання, за напрямком діяльності структурного підрозділу (органу військового управління).

В установах рівня військової частини, бюджетної установи, організації, суб'єкта господарювання, який належить до сфери управління Міноборони внутрішня оцінка результативності внутрішнього контролю здійснюється не менше ніж за одним завданням та двома функціями, спрямованими на його виконання, пов'язаними з ресурсним забезпеченням діяльності установи (напрямами ведення військового господарства).

Оцінювання результативності виконання функцій та завдань здійснюється за такими критеріями:

1) дотримання вимог законів, інших нормативно-правових актів, регламентів, правил та процедур, установлених у Міноборони, Державній спеціальній службі транспорту та Збройних Силах України, під час виконання завдання (функції). Урегульованість виконання функції або завдання (стратегічної та операційної цілі діяльності) нормативно-правовими актами, регламентами, правилами та процедурами, установленими в системі Міноборони, та безпосередньо в установі, відповідність їх вимогам законодавства.

2) виконання визначених завдань у найбільш ефективний, результативний та економний спосіб, зокрема забезпечення:

ефективності – досягнення визначених показників у встановлені строки у співвідношенні до витрат, які забезпечили цей результат (ресурсів, передбачених для виконання відповідних завдань та функцій), відсутності фактів дублювання або невиконання завдань та функцій;

результативності – досягнення очікуваних результатів та виконання планових показників відповідних завдань. При цьому досліджується стан виконання запланованих заходів щодо досягнення стратегічних (операційних цілей), встановлених на період, що підлягає перевірці, термін виконання яких настав. У разі виконання від 50 до 100 відсотків запланованих заходів рівень за даним критерієм визначається не вище ніж “Частково відповідають показнику”. У разі виконання менше 50 відсотків запланованих заходів – рівень за даним критерієм визначається як “Не відповідають показнику”;

економності – раціонального використання наявних у розпорядженні ресурсів, для отримання результату, здатності своєчасно продовжувати виконання завдань та функцій, досягнення цілей;

3) забезпечення цільового, ефективного управління бюджетними коштами, об'єктами державної власності та іншими ресурсами, недопущення порушень бюджетного законодавства та втрат ресурсів. При цьому враховуються лише обсяги порушень, які призвели до втрат, що були виявлені протягом періоду, що підлягає перевірці. Втрати внаслідок бойових або інших дій з боку противника, терористичних актів, диверсій, а також у зв'язку з виконанням бойового (спеціального) завдання при оцінюванні не враховуються.

У разі виявлення в установі порушень, які призвели до втрат, але зазначені втрати становили не більше 2500 прожиткових мінімумів, установлених для працездатних осіб на 1 січня року, в якому виявлені порушення, рівень за даним критерієм визначається не вище ніж "Частково відповідають показнику". У разі виявлення в установі порушень, які призвели до втрат на суму більше 2500 прожиткових мінімумів, установлених для працездатних осіб на 1 січня року, в якому виявлені порушення, рівень за даним критерієм визначається як "Не відповідають показнику";

4) виконання заходів з попередження/уникнення ризиків, що негативно впливають на досягнення цілей та розвиток спроможностей (у тому числі попередження виникнення корупційних ризиків, шахрайства або зловживань службовим становищем, відповідно до Положення про організацію системи роботи з питань запобігання та виявлення корупції в Міністерстві оборони України, Збройних Силах України та Державній спеціальній службі транспорту, що затверджується наказом Міністерства оборони України);

5) попередження потенційних подій, виявлення та реагування на відхилення, які негативно впливають на досягнення цілей та розвиток спроможностей. При цьому враховується кількість виявлених відхилень за результатами зовнішнього періодичного моніторингу (оцінки стану організації внутрішнього контролю, аудитів та перевірок), не включаючи відхилення, встановлені під час здійснення самооцінки стану функціонування внутрішнього контролю та фактичного виконання в установі запроваджених системою внутрішнього контролю процедур. У разі виявлення в установі за результатами зовнішнього періодичного моніторингу, проведеного протягом періоду, що підлягає перевірці, від чотирьох до дев'яти відхилень рівень за даним критерієм визначається не вище ніж "Частково відповідають показнику". У разі виявлення протягом періоду, що підлягає перевірці, більше дев'яти відхилень рівень за даним критерієм визначається не вище ніж "Не відповідають показнику";

6) використання можливостей щодо покращення процесів та розвитку спроможностей, позитивних наслідків при управлінні ризиками;

7) достатність, своєчасність і достовірність інформаційного забезпечення для прийняття управлінських рішень, здійснення інформаційного та комунікаційного обміну.

Опис основних результатів оцінювання за кожною функцією та завданням відображається у звіті, а для оцінювання застосовується матриця оцінки результативності внутрішнього контролю для кожної оцінюваної функції:

Цілі внутрішнього контролю		Стан досягнення показників цілі (бали)		
№	Індикатори	Відповідають показнику	Частково відповідають показнику	Не відповідають показнику
1	Дотримання законів, інших нормативно-правових актів, регламентів, правил та процедур, установлених у Міноборони та Збройних Силах України	5	4	1-3
2	Забезпечення виконання завдань у найбільш результативний та економний спосіб	5	4	1-3
3	Забезпечення цільового, ефективного управління бюджетними коштами, об'єктами державної власності та іншими ресурсами	5	4	1-3
4	Попередження/уникнення ризиків, що негативно впливають на досягнення цілей та розвиток спроможностей (у тому числі попередження виникнення корупційних ризиків, шахрайства або зловживань службовим становищем)	5	4	1-3
5	Попередження потенційних подій, виявлення та реагування на відхилення, які негативно впливають на досягнення цілей та розвиток спроможностей	5	4	1-3
6	Вчасне використання створених обставинами можливостей щодо покращення процесів та розвитку спроможностей	5	4	1-3
7	Забезпечення достовірності та своєчасності фінансової, статистичної і управлінської звітності та іншої інформації, яка використовується для прийняття управлінських рішень	5	4	1-3

Результати проведеного аналізу відображають ступінь досягнення кожного індикатора, а також критерії, які необхідно покращити з метою його досягнення.

Основними критеріями перевірки виконання функцій або завдань (стратегічних та операційних цілей діяльності), покладених на установу, є відповідність досягнутих результатів цілям внутрішнього контролю та управління ризиками.

Для визначення відповідності зазначеним критеріям проводиться аналіз виконання завдань (функцій) за п'ятибальною шкалою, а саме:

1 бал – результат оцінити неможливо у зв'язку з невиконанням завдання (функції);

2 бали – результати не вимірюються через їх відсутність або декларуються лише наміри, показники виконання завдань та функцій незначні та не дають змоги досягти в повній мірі визначених цілей;

3 бали – наявні незначні результати, показники виконання завдань та функцій вищі за середні;

4 бали – наявні суттєві результати, показники виконання завдань та функцій в цілому направлені на досягнення визначених цілей;

5 балів – наявні відмінні результати, що відзначаються сталістю та спрямовані на досягнення цілей установи, дають змогу повною мірою виконувати поставлені завдання та функції.

Оцінка рівня результативності виконання кожного завдання (функції) визначається як середнє арифметичне всіх оцінок, за такою формулою:

$$\Sigma = (p1, + p2 + p3 + \dots + p7) / k, \text{ де}$$

Σ – оцінка досягнення цілі;

$p1, p2, p3, \dots, p7$ – показник оцінки виконання завдань та функцій (здійснення заходів) за відповідними критеріями;

k – кількість індикаторів, за якими виставлено оцінки.

Для визначення загальної оцінки рівня результативності внутрішнього контролю оцінки по виконанню кожного завдання (функції), що оцінювалися додаються та діляться на їх кількість.

За отриманими результатами формується загальна оцінка рівня результативності внутрішнього контролю:

від 1 до 3 балів – “низький рівень” – обов’язкові дії відсутні, здійснення відповідних заходів тільки декларується та заплановані до виконання в майбутньому або вони формальні;

4 бали – “середній рівень” – заходи щодо виконання процесів, функцій або завдання (стратегічних та операційних цілей діяльності) унормовані та здійснюються, проте їх кількість та якість недостатня для результативного та ефективного виконання завдань, покладених на установу;

5 балів – “високий рівень” – процеси, функції або завдання (стратегічні та операційні цілі діяльності) виконуються відповідно до плану своєчасно, забезпечують досягнення очікуваних результатів, отримані результати є сталими та їх досягнуто в належний спосіб.

4. Оцінка заходів координації і нагляду за функціонуванням внутрішнього контролю та управління ризиками

При оцінці заходів координації та нагляду за функціонуванням внутрішнього контролю та управління ризиками органом військового управління щодо підпорядкованих військових частин (установ, організацій) додатково перевіряється:

спрямування діяльності підрозділів внутрішнього контролю підпорядкованих органів військового управління та координація діяльності менеджерів внутрішнього контролю підпорядкованих установ, надання методичних рекомендацій та організація впровадження в роботу підпорядкованих установ кращих практик внутрішнього контролю, управління ризиками та реагування на відхилення;

нагляд за роботою підрозділів внутрішнього контролю підпорядкованих органів військового управління та менеджерів внутрішнього контролю підпорядкованих установ (щодо планування діяльності та виконання запланованих заходів, виконання завдань, покладених на координаторів та менеджерів внутрішнього контролю);

наявність установлених та доведених до підпорядкованих установ строків, порядку інформування та подання звітності про стан функціонування внутрішнього контролю;

узагальнення та підготовка звітних документів з внутрішнього контролю за орган військового управління та підпорядковані установи, забезпечення повноти та об'єктивності звітної інформації, здійснення аналізу звітності підпорядкованих установ;

планування періодичних перевірок стану організації внутрішнього контролю та управління ризиками в підпорядкованих установах та структурних підрозділах органу військового управління, застосування ризик-орієнтовного підходу при плануванні перевірок;

здійснення періодичних перевірок стану організації внутрішнього контролю та управління ризиками в підпорядкованих установах та структурних підрозділах органу військового управління, стан виконання запланованих заходів;

дотримання Методики перевірки стану організації внутрішнього контролю в системі Міністерства оборони України під час здійснення перевірок та оформлення їх результатів, повнота охоплення питань під час перевірки;

надання конкретних, чітко сформульованих рекомендацій і пропозицій, їх спрямованість на усунення виявлених недоліків та причин їх виникнення, визначення чітких термінів впровадження рекомендацій (виконання пропозицій);

здійснення моніторингу впровадження рекомендацій (виконання пропозицій), наданих за результатами перевірок стану організації внутрішнього контролю та управління ризиками, здійснення відстеження впливу результатів впровадження рекомендацій (виконання пропозицій) на вдосконалення системи управління, поліпшення внутрішнього контролю, підвищення ефективності виконання завдань і функцій, ефективності використання коштів та інших активів;

нагляд за проведенням перевірок стану організації внутрішнього контролю та управління ризиками підрозділами внутрішнього контролю підпорядкованих органів військового управління, здійснення моніторингу дотримання ними Методики перевірки стану організації внутрішнього контролю в системі Міністерства оборони України під час здійснення перевірок та оформлення їх результатів, надання рекомендацій та пропозицій;

організація інформаційного обміну з підпорядкованими установами з питань визначення систематичних ризиків (відхилень) та ризиків (відхилень), що потребують вирішення на рівні органу військового управління та відповідальних за діяльність, зокрема: подання підпорядкованими військовими частинами інформації про зовнішні ризики; подання підпорядкованими органами військового управління інформації про зовнішні та систематичні ризики та відхилення, ідентифіковані у підпорядкованих військових частинах;

здійснення аналізу пропозицій, наданих підпорядкованими установами,

щодо ризиків та відхилень, що потребують розроблення та впровадження заходів контролю органами військового управління вищого рівня. Підготовка та направлення відповідних пропозицій за належністю (для розроблення та впровадження заходів контролю структурними підрозділами органу військового управління на своєму рівні або щодо надання відповідної інформації до органів управління вищого рівня та відповідальних за діяльність);

забезпечення підрозділом координації внутрішнього контролю органу військового управління періодичного моніторингу за розробленням структурними підрозділами органу військового управління, відповідальними за напрями діяльності, заходів контролю для реагування на систематичні ризики та відхилення;

доведення координаторами внутрішнього контролю до підпорядкованих установ, у частині що їх стосується, рекомендованих заходів контролю для впливу на систематичні ризики, розроблені на рівні Міністерства Оборони, Збройних Сил України, Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту, органів військового управління для здійснення відповідних заходів контролю, які повинні виконуватися на рівні таких установ;

забезпечення підрозділом координації внутрішнього контролю та структурними підрозділами органу військового управління (за напрямками діяльності) періодичного моніторингу виконання заходів контролю для впливу на ризики та реагування на відхилення в органі військового управління та підпорядкованих установах;

здійснення підрозділом координації внутрішнього контролю органу військового управління аналізу стану усунення відхилень у підпорядкованих установах, підготовка пропозицій керівнику органу військового управління щодо посилення дієвості заходів реагування на відхилення;

надання керівнику органу військового управління узагальненої інформації за підпорядковані установи з питань організації і здійснення внутрішнього контролю та управління ризиками;

виконання заходів моніторингу щодо дотримання вимог законодавства з питань організації та здійснення внутрішнього контролю суб'єктами господарювання, які входять до сфери управління Міністерства Оборони (*перевіряється в органах військового управління, які здійснюють функціональне управління суб'єктами господарювання в системі Міністерства Оборони*);

планування, організація та виконання заходів з моніторингу фінансово-господарської діяльності суб'єктів господарювання, які входять до сфери управління Міністерства Оборони, у порядку встановленому у Міністерстві Оборони (*перевіряється в органах військового управління, які здійснюють функціональне управління об'єктами державної власності*).

За результатами перевірки розділу формується відповідний висновок.

Заходи з координації і нагляду за функціонуванням внутрішнього контролю та управління ризиками у підпорядкованих військових частинах (установах, організаціях):

“виконуються” (зелена зона) – якщо рівень виконання заходів у зеленій зоні становить не менше 60%, а решта у жовтій;

“виконуються частково” (жовта зона) – якщо рівень виконання заходів у зеленій та жовтій зонах становить не менше 70% та до підпорядкованих військових частин доведені вимоги щодо строків, порядку інформування та

подання звітності про стан функціонування внутрішнього контролю та забезпечене узагальнення та підготовка звітних документів з внутрішнього контролю за орган військового управління та підпорядковані установи;

“не виконуються” (червона зона) – якщо не відповідає рівням “виконуються” або “виконуються частково”.

Оформлення результатів перевірки та оцінка стану організації внутрішнього контролю

За результатами перевірки робоча група формує звіт про стан організації внутрішнього контролю, який повинен містити:

1. вступну частину (найменування установи, що оцінюється, строк проведення перевірки, ким проводилась перевірка, функції та завдання (стратегічні та операційні цілі діяльності), що підлягали дослідженню);

2. результати перевірки з описом заходів, які були здійснені під час перевірки, оцінку стану організації внутрішнього контролю за кожним етапом перевірки, а саме:

оцінку організації заходів з впровадження внутрішнього контролю та управління ризиками на об'єкті перевірки;

оцінку фактичного виконання запроваджених системою внутрішнього контролю процедур;

внутрішню оцінку результативності внутрішнього контролю;

оцінку координації та нагляду за функціонуванням внутрішнього контролю та управління ризиками у підпорядкованих органах військового управління, військових частинах (установах, організаціях, суб'єктах господарювання, які входять до сфери управління Міноборони) (*перевіряється в органах військового управління*);

3. загальний висновок за результатами проведеної перевірки стану організації внутрішнього контролю із зазначенням оцінки;

4. пропозиції та рекомендації щодо покращення стану організації та функціонування внутрішнього контролю;

5. додаток до звіту у формі Контрольного листа перевірки стану організації внутрішнього контролю.

Підсумкова оцінка стану організації внутрішнього контролю та управління ризиками визначається за такими показниками:

“відповідає встановленим вимогам”, якщо організація внутрішнього контролю та управління ризиками відповідає діючому законодавству та керівним документам Міноборони і своєчасно усуває суттєві ризики, помилки, недоліки у виконанні завдань та функцій покладених на об'єкт перевірки, не допускаючи при цьому втрат бюджетних коштів, ресурсів та активів. Найвні недоліки внутрішнього контролю своєчасно виявляються у ході його систематичного моніторингу та оперативно вживаються коригуючі заходи, направлені на усунення недоліків внутрішнього контролю (розділ 1 оцінено як “виконані”, розділ 2 – не нижче ніж “виконуються частково”, розділ 3 – не нижче ніж “середній рівень”);

“частково відповідає встановленим вимогам”, якщо організація внутрішнього контролю та управління ризиками в основному відповідає діючому законодавству та керівним документам Міноборони, водночас на

об'єкті перевірки мають місце факти не виконання встановлених процедур внутрішнього контролю або керівництвом не організовано своєчасне реагування на ризики (розділ 1 оцінено – не нижче ніж “виконано частково”, розділ 2 – не нижче ніж “виконано частково”, розділ 3 – не нижче ніж “середній рівень”);

“не відповідає встановленим вимогам”, якщо більшість заходів направлених на організацію функціонування внутрішнього контролю та управління ризиками передбачених керівними документами не виконані, система внутрішнього контролю та управління ризиками не здатна запобігти втратам ресурсів та майна, а заходи реагування на вже виявлені порушення і недоліки не вживаються, внутрішня оцінка результативності внутрішнього контролю на “низькому рівні” (не задовольняються вимоги на оцінку “відповідає встановленим вимогам” та “частково відповідає встановленим вимогам”).

Для органів військового управління підсумкова оцінка здійснюється з урахуванням оцінки розділу 4 оцінки стану організації внутрішнього контролю. Загальна оцінка не може перевищувати оцінку “частково відповідає встановленим вимогам”, якщо розділ 4 оцінено, як “частково відповідає встановленим вимогам” та не може перевищувати оцінку “не відповідає встановленим вимогам”, якщо зазначений розділ оцінено, як “не відповідає встановленим вимогам”.

Звіт з додатком підписується особою, яка проводила перевірку, а у разі роботи комісії (робочої групи) – всіма її членами, які проводили перевірку та у визначений строк подаються на розгляд керівнику, який ініціював перевірку.

Попередні результати перевірки доводяться до керівника установи, щодо якої проведено перевірку, у ході або після завершення роботи комісії (робочої групи або посадової особи, яка проводила перевірку).

Рекомендації і пропозиції, що надаються за результатами проведення перевірки, повинні базуватися на висновках (пов'язаними з встановленими проблемами, недоліками та/або порушеннями), бути конкретними, чітко сформульованими, реальними для впровадження, спрямованими на усунення виявлених недоліків та причин їх виникнення, із чітко визначеними термінами впровадження рекомендацій (виконання пропозицій).

Остаточні результати перевірки, пропозиції та рекомендації щодо заходів удосконалення внутрішнього контролю, доводяться до керівника установи, щодо якої проведено перевірку, у строк не пізніше десяти робочих днів після затвердження звіту про результати перевірки керівником, який ініціював перевірку.

Керівник установи, що ініціював перевірку, організовує моніторинг виконання наданих рекомендацій.

Додатки: Контрольний лист перевірки стану організації внутрішнього контролю, на _____ аркушах.

Головний інспектор Головної інспекції
Міністерства оборони України
полковник

Костянтин КУСТРИЧ

КОНТРОЛЬНИЙ ЛИСТ

оцінки стану організації внутрішнього контролю

1. Назва установи (об'єкта перевірки): _____

2. Підпорядкованість (орган, який здійснює функціональне управління): _____

3. Менеджер внутрішнього контролю (посада, військове звання, ініціал, прізвище) _____

4. Наказ про забезпечення функціонування внутрішнього контролю:
дата _____ № _____

5. Дата реєстрації опису внутрішнього середовища _____

6. Оцінка проводилась за розділи 1 - _____

7. ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА:**Стан організації внутрішнього контролю та управління ризиками:**

- відповідає встановленим вимогам (розділ 1 оцінено як "виконані", розділ 2 – не нижче ніж "виконуються частково", розділ 3 – не нижче ніж "середній рівень");

- частково відповідає встановленим вимогам (розділ 1 оцінено – не нижче ніж "виконано частково", розділ 2 – не нижче ніж "виконано частково", розділ 3 – не нижче ніж "середній рівень");

- не відповідає встановленим вимогам (не задовольняються вимоги на оцінку "відповідає встановленим вимогам" та "частково відповідає встановленим вимогам").

Для органів управління оцінка здійснюється з урахуванням розділу 4. (Загальна оцінка не може перевищувати оцінку "частково відповідає встановленим вимогам", якщо розділ 4 оцінено, як "частково відповідає встановленим вимогам" та не може перевищувати оцінку "не відповідає встановленим вимогам", якщо зазначений розділ оцінено, як "не відповідає встановленим вимогам").

 - відповідає встановленим вимогам - частково відповідає встановленим вимогам - не відповідає встановленим вимогам

Період проведення перевірки: з _____ по _____

Перевірку здійснив (посада, військове звання, ім'я та прізвище) _____

Розділ 1. Оцінка відповідності створеної системи внутрішнього контролю законодавству, нормативно-правовим актам та керівним документам

	Зелена зона	Жовта зона	Червона зона
1.1. Повнота включення до Положення про установу всіх завдань і функцій, делегованих установі як головному виконавцю та співвиконавцю відповідних функцій державного органу, або завдань і функцій, делегованих органом військового управління вищого рівня та іншими актами законодавства (крім тих де установа лише приймає участь у відповідному процесі (функції) <i>* у разі не включення до Положення всіх завдань і функцій, делегованих установі як головному виконавцю - червона зона</i>	включені повною мірою	частково	не включені
1.2. Наявність фактів викривлення у затвердженому Положенні про установу змісту завдань та функцій визначених для установи	відсутні	частково (одичинний випадок, несуттєві)	наявні (значна кількість або суттєві)
1.3. Наявність наказу керівника установи про розподіл повноважень між заступниками керівника установи, повнота розподілу повноважень та відповідальності, пов'язаних з виконанням завдань та функцій установи, відсутність дублювання і нечіткого розмежування повноважень та відповідальності	наявний, повноваження розподілені	наявний, проте розподілені не у повному обсязі	відсутній
1.4. Повнота розподілу завдань та функцій, покладених на установу, відповідно до затвердженого положення, між структурними підрозділами установи; відсутність дублювання процесів при виконанні завдань та функцій, нечіткого розмежування повноважень та відповідальності, нерезультативних процесів <i>* у разі не здійснення розподілу завдань і функцій, делегованих установі як головному виконавцю - червона зона</i>	наявний, актуальний та повний	наявний, проте в окремих випадках неповний або неефективний	відсутній
1.5. Наявність наказу керівника установи про забезпечення функціонування внутрішнього контролю в установі, призначення цим наказом менеджера (координатора) внутрішнього контролю з числа заступників керівника установи	наявний	наявний, проте є окремі невідповідності	відсутній
1.6. Визначення наказом керівника установи про забезпечення функціонування внутрішнього контролю складу робочої групи з оцінки ризиків (за посадами), встановлення регламенту роботи робочої групи з оцінки ризиків, визначення посадової особи, відповідальної за ведення та підтримання в актуальному стані поточних документів з управління ризиками	визначений	визначений, але частково неактуальний або є окремі невідповідності	відсутній
1.7. Встановлення наказом керівника установи про забезпечення функціонування внутрішнього контролю строків та порядку періодичного моніторингу і звітування з питань внутрішнього контролю в установі	встановлений	встановлений, але частково неактуальний	відсутній
1.8. Наявність розробленого та затвердженого опису внутрішнього середовища та його відповідність вимогам Порядку (для установ, визначених у п.2 розділу II Порядку)	наявний	опис частково не актуальний	відсутній
1.9. Наявність розроблених та затверджених встановленим порядком функціональних обов'язків (посадових інструкцій) персоналу, забезпечення чіткого та повного розподілу обов'язків персоналу при виконанні установою функцій, процесів і операцій	наявні, забезпечують розподіл обов'язків	частково забезпечують розподіл обов'язків	відсутні або не забезпечують розподіл обов'язків
1.10. Наявність у функціональних обов'язках (посадових інструкціях) керівника установи відповідальності за організацію внутрішнього контролю, а у особового складу установи обов'язків та відповідальності за здійснення заходів контролю для впливу на ризики	наявні	наявні частково	відсутні
1.11. Визначення в установі порядку планування діяльності та звітування про результати	визначений	визначений частково	не визначений
1.12. Визначення (призначення) в установі уповноваженого підрозділу (уповноваженої особи) з питань запобігання та виявлення корупції	визначений		не визначений
1.13. Визначення в установі порядків, правил і процедур управління бюджетними коштами та іншими ресурсами	визначені	визначені частково	переважно не визначені
1.14. Визначення в установі порядків, правил і процедур ведення бухгалтерського обліку	визначені	визначені частково	переважно не визначені
1.15. Визначення в установі порядків, правил і процедур здійснення оборонних та публічних закупівель товарів, робіт та послуг	визначені	визначені частково	переважно не визначені
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ 1 Організаційні заходи з впровадження внутрішнього контролю та управління ризиками: - "виконані" – якщо рівень виконання заходів у зеленій зоні становить не менше 75%, а решта у жовтій; - "виконані частково" – якщо рівень виконання заходів у зеленій та жовтій зонах становить не менше 60%; - "не виконані" – якщо не відповідає рівням "виконані" або "виконані частково".	виконані	виконані частково	не виконані

Підпис посадової особи що здійснила перевірку _____

Розділ 2. Оцінка фактичного виконання запроваджених системою внутрішнього контролю процедур

	Зелена зона	Жовта зона	Червона зона
2.1. Знання особовим складом вимог законодавства, нормативно-правових актів та керівних документів з організації внутрішнього контролю та управління ризиками	відповідні	знає та керується частково	невідповідні
2.2. Документальне підтвердження проведення ідентифікації та оцінки ризиків, зокрема наявність протоколів засідань робочої групи з оцінки ризиків, пропозицій та матеріалів структурних підрозділів, що підтверджують ідентифікацію ризиків	ідентифікація та оцінка проведена, документально підтверджена	частково	не задокументовано
2.3. Наявність опрацьованого та затвердженого керівником установи у терміні, визначені Порядком, реєстру ризиків і відхилень	наявний, затверджений	частково відповідає	відсутній
2.4. Актуальність ідентифікованих ризиків, відповідність ідентифікованих ризиків завданням, функціям та цілям діяльності установи, правильність визначення категорії ризику та встановлення причинно-наслідкового зв'язку	відповідає	частково відповідає	переважно не відповідає
2.5. Відповідність визначених заходів контролю ідентифікованим ризикам, їх результативність, спрямованість на зменшення впливу ризику, конкретність, реальність виконання, визначення відповідальних за виконання заходів контролю та строків виконання, визначення очікуваного результату від виконання заходу контролю	відповідає	частково відповідає	переважно не відповідає
2.6. Розроблення та затвердження керівником установи для кожного ключового ризику профілю такого ризику, з відповідним дизайном заходу контролю	наявний	розроблений, але неповний або	відсутній
2.7. Доведення до керівників структурних підрозділів та особового складу установи реєстру ризиків і відхилень в частині, що їх стосується	доведений	частково	не доведений
2.8. Здійснення періодичного перегляду ризиків у разі суттєвих змін у внутрішньому середовищі, встановленні неефективних заходів контролю та за результатами контрольних заходів і внутрішніх аудитів, внесення відповідних змін до реєстру ризиків і відхилень	переглянуті, актуалізовані	частково	не переглядався (за наявності необхідності)
2.9. Надання щоквартально керівниками структурних підрозділів (посадовими особами), до повноважень яких належать питання організації виконання заходів контролю, інформації про фактичне виконання заходів контролю щодо реагування на ризики менеджеру внутрішнього контролю установи. Відображення цієї інформації в реєстрі ризиків і відхилень	інформація надана, в реєстрі відображена	частково	інформація не надавалась, не відображалась в реєстрі
2.10. Стан фактичного виконання заходів контролю (термін виконання яких настав) для впливу на ризики, ідентифіковані у звітному періоді	виконано у встановлені терміни більше 80 %	виконано у встановлені терміни 30-80%	виконано менше 30 %
2.11. Здійснення менеджером внутрішнього контролю установи та відповідальними посадовими особами, визначеними дизайном заходу контролю, моніторингу фактичного виконання заходів контролю щодо реагування на ризики	здійснювався	переважно здійснювався	не здійснювався
2.12. Ідентифікація органом військового управління (відповідальним за діяльність) у підпорядкованих установах (або за напрямом діяльності) систематичних ризиків та відхилень, їх включення до реєстрів ризиків і відхилень, розробленням заходів контролю для реагування на систематичні ризики та відхилень, які перебувають у компетенції такого ОВУ (перевіряється в органах військового управління та відповідальних за діяльність)	заходи виконані	заходи виконані не у повному обсязі	не ідентифіковано, не визначено заходи контролю
2.13. Подання до органів військового управління вищого рівня та/або відповідального за діяльність інформації про зовнішні ризики, а також (в органах військового управління та відповідальних за діяльність) ідентифіковані у підпорядкованих установах або за напрямом діяльності систематичні ризики та відхилень, що потребують прийняття рішень та вжиття заходів контролю на рівні органів військового управління вищого рівня (відповідальних за діяльність)	заходи виконані	заходи виконані не у повному обсязі	заходи не виконані
2.14. Включення до реєстру ризиків і відхилень установи систематичних ризиків, які були визначені та доведені органом військового управління вищого рівня з рекомендованими заходами контролю, що підлягають виконанню на рівні установи. Розроблення та затвердження профілів таких ризиків	заходи виконані	виконано частково	заходи не виконані
2.15. Надання пропозицій щодо ключових ризиків, що можуть мати визначальний вплив на досягнення цілей діяльності Міноборони в наступному році, ідентифікованих в підрозділах апарату Міноборони (з профілями таких ризиків), для врахування в плані діяльності Міноборони на відповідний рік (перевіряється в структурних підрозділах апарату Міноборони)	заходи виконані	виконано частково	заходи не виконані

продовження на наступній сторінці

Підпис посадової особи що здійснила перевірку _____

Розділ 2. Оцінка фактичного виконання запроваджених системою внутрішнього контролю процедур (продовження)

	Зелена зона	Жовта зона	Червона зона
2.16. Ідентифікація ризиків та управління ними при розробці та виконанні стратегічних, програмних та планувальних документів управлінського характеру структурними підрозділами органів управління стратегічного рівня (перевіряється в структурних підрозділах зазначених органів управління, визначених у пункті 16 розділу III Порядку)	ідентифіковано, здійснюється управління	виконується частково	не виконано
2.17. Наявність планів усунення недоліків за результатами проведених інспекційних, аудиторських та інших контрольних заходів, визначення конкретних відповідальних виконавців заходів, термінів їх виконання, доведення до виконавців та моніторинг їх виконання	наявні, забезпечують усунення недоліків, виконуються	наявні, але мають недоліки, що знижують результативність	відсутні або не забезпечують усунення недоліків
2.18. Включення до реєстру ризиків і відхилень інформації щодо відхилень, виявлених за результатами контрольних заходів по їх завершенні. Обґрунтованість виключення відхилень з реєстру.	виконано	переважно виконано, але є окремі	не виконано
2.19. Розроблення та затвердження керівником установи для кожного відхилення профілю такого відхилення, з відповідним дизайном заходу контролю	виконано	наявні, але мають недоліки	не виконано
2.20. Актуальність та результативність заходів контролю щодо відхилень, їх спрямованість як на усунення відхилення, так і причин його виникнення, забезпечення недопущення у подальшому	актуальні, результативні	мають окремі недоліки	не забезпечують усунення відхилень та їх причин
2.21. Надання щоквартально посадовими особами, до повноважень яких належать питання організації виконання заходів контролю, інформації про фактичне виконання заходів контролю щодо реагування на відхилення та їх усунення менеджеру внутрішнього контролю установи. Відображення цієї інформації в реєстрі ризиків і відхилень	інформація надана, в реєстрі відображена	частково	інформація не надавалась, не відображалась в реєстрі
2.22. Стан усунення у звітному періоді відхилень в діяльності установи (врахування рекомендацій у практичній діяльності та виконання пропозицій, внесених за результатами контрольних заходів), термін виконання яких на звітну дату настав.	усунуто більше 80 %	усунуто 30-80%	усунуто менше 30 %
2.23. Здійснення менеджером внутрішнього контролю установи та іншими уповноваженими особами моніторингу фактичного виконання заходів контролю щодо реагування на відхилення	здійснювався	переважно здійснювався	не здійснювався
2.24. Звітування про стан усунення відхилень, впровадження рекомендацій та виконання пропозицій, наданих за результатами аудиторських та контрольних заходів, відповідно до вимог, встановлених нормативно-правовими актами та керівними документами з питань проведення таких заходів	поінформовано своєчасно та у повному обсязі	поінформовано частково, несвоєчасно	не поінформовано
2.25. Виконання типових правил та процедур контролю під час здійснення операцій з управління коштами та ресурсами (вибіркова перевірка)	виконуються	переважно виконуються, але є недоліки	переважно не виконуються
2.26. Проведення інвентаризацій (наявність наказів на проведення інвентаризації, оформлених інвентаризаційних відомостей, актів інвентаризацій, наказів про оголошення результатів інвентаризацій), відсутність ознак формального проведення інвентаризацій, прийняття рішень за результатами проведення інвентаризацій	проведені та підтвержені, рішення прийняті	фрагментарно	не проведено
2.27. Наявність неприйнятих рішень по відшкодуванню завданих державі збитків та повнота вжитих заходів щодо відшкодування зазначених збитків	відсутні (належні заходи вжиті)	рішення не вчасні/заходи недостатньо ефективні	наявні, заходи не вжиті
2.28. Вжиття заходів щодо погашення простроченої дебіторської заборгованості (у разі її наявності)	вжито	вжито з порушенням термінів, недостатньо ефективні	не вжито
2.29. Дотримання порядку організації документообігу та роботи з документами	дотримується	дотримується, але є окремі недоліки	наявні суттєві недоліки
2.30. Розроблення та вжиття заходів, які є необхідними та обґрунтованими для запобігання та протидії корупції, здійснення ідентифікації та оцінки корупційних ризиків	виконано	виконано частково	не виконано

продовження на наступній сторінці

Підпис посадової особи що здійснила перевірку _____

Розділ 2. Оцінка фактичного виконання запроваджених системою внутрішнього контролю процедур (продовження)

	Зелена зона	Жовта зона	Червона зона
2.31. Розроблення та затвердження антикорупційної програми (у визначених органах військового управління та суб'єктах господарювання, які належать до сфери управління Мініборони, або активи яких передано в управління Мініборони) або плану роботи уповноваженого підрозділу (уповноваженої особи) з питань запобігання та виявлення корупції на рік на підставі проведеної оцінки корупційних ризиків (в органах, у яких не розробляється антикорупційна програма)	розроблена на підставі оцінки корупційних ризиків	розроблена, але є окремі невідповідності	не розроблена або наявні суттєві невідповідності
2.32. Здійснення моніторингу виконання заходів впливу на корупційні ризики, передбачених антикорупційною програмою органу військового управління (плану роботи уповноваженого підрозділу (уповноваженої особи) з питань запобігання та виявлення корупції – для установ, в яких не розробляється антикорупційна програма)	заходи виконуються, моніторинг здійснюється	виконується частково	не здійснюється
2.33. Організація менеджером внутрішнього контролю проведення періодичної самооцінки функціонування внутрішнього контролю перед поданням звіту про стан функціонування системи внутрішнього контролю	проведена встановленим порядком	проведена, але є окремі недоліки та невідповідності	не проведена або містить суттєві невідповідності
2.34. Здійснення менеджером внутрішнього контролю періодичного (щоквартального) інформування керівника про стан функціонування внутрішнього контролю, управління ризиками та реагування на відхилення в установі, підготовку звітних документів із внутрішнього контролю	здійснюється	здійснюється, але неінформативно/частково	не здійснюється
2.35. Своєчасність надання звіту про стан функціонування системи внутрішнього контролю	наданий вчасно	наданий з порушенням терміну	не наданий
2.36. Об'єктивність визначення рівня внутрішнього контролю у щорічному звіті про стан функціонування системи внутрішнього контролю, повнота відображення інформації у звіті	об'єктивно	підтверджуюча інформація зазначена частково	не об'єктивно
2.37. Наявність розроблених та затверджених у встановленому порядку інструкцій, порядків, положень за напрямком діяльності установи та повнота охоплення ними всіх питань у відповідній сфері діяльності (перевіряється в установах, які є відповідальними за діяльність), а також відповідність зазначених документів законодавству та діючій системі управління	наявні та відповідають	частково	не відповідають
2.38. Повнота надання інформації до щорічної декларації Міністра оборони України з внутрішнього контролю та звіту про стан організації та функціонування внутрішнього контролю в системі Мініборони (Звіту про стан організації та здійснення внутрішнього контролю у розрізі елементів внутрішнього контролю в Мініборони) та її об'єктивність (перевіряється у підрозділах апарату Мініборони та органах військового управління, які визначені відповідальними за подання відповідних розділів щорічної Декларації та Звіту)	повна	часткова	відсутня, необ'єктивна або переважно не відповідає визначеним питанням
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ 2 Запроваджені системою внутрішнього контролю процедури: - "виконуються" – якщо рівень виконання заходів у зеленій зоні становить не менше 60%, а у червоній - не більше 15%; - "виконуються частково" – якщо рівень виконання заходів у зеленій та жовтій зонах становить не менше 70%; - "не виконуються" – якщо не відповідає рівням "виконуються" або "виконуються частково".	виконуються	виконуються частково	не виконуються

Підпис посадової особи що здійснила перевірку _____

Розділ 3. Внутрішня оцінка результативності внутрішнього контролю

Цілі внутрішнього контролю		Критерії оцінювання			Назва завдання (стратегічної цілі) 1			....	Назва завдання (стратегічної цілі)	
		Стан досягнення показників цілі			Назва функції (операційної цілі) №1	Назва функції (операційної цілі) №2	Назва функції (операційної цілі) №1
№ з/п	Індикатор	Відповідають показнику	Частково відповідають показнику	Не відповідають показнику						
3.1.	Дотримання законів, інших нормативно-правових актів, регламентів, правил та процедур, установлених у Міноборони та Збройних Силах	5	4	1-3						
3.2.	Забезпечення виконання завдань у найбільш результативний та економний спосіб	5	4	1-3						
3.3.	Забезпечення цільового, ефективного управління бюджетними коштами, об'єктами державної власності та іншими ресурсами	5	4	1-3						
3.4.	Попередження/уникнення ризиків, що негативно впливають на досягнення цілей та розвиток спроможностей (у тому числі попередження виникнення корупційних ризиків, шахрайства або зловживань службовим становищем)	5	4	1-3						
3.5.	Попередження потенційних подій, виявлення та реагування на відхилення, які негативно впливають на досягнення цілей та розвиток спроможностей	5	4	1-3						
3.6.	Вчасне використання створених обставинами можливостей щодо покращення процесів та розвитку спроможностей	5	4	1-3						
3.7.	Забезпечення достовірності та своєчасності фінансової, статистичної і управлінської звітності та іншої інформації, яка використовується для прийняття управлінських рішень	5	4	1-3						
Результативність виконання кожного окремого завдання, що оцінювалося					(1-5)	(1-5)	(1-5)	(1-5)	(1-5)	(1-5)
Висновок за розділом 3: Загальна результативність системи внутрішнього контролю					(1-5)					

Підпис посадової особи що здійснила перевірку _____

Розділ 4. Оцінка заходів координації і нагляду за функціонуванням внутрішнього контролю та управління ризиками

	Зелена зона	Жовта зона	Червона зона
4.1. Спрямування діяльності підрозділів внутрішнього контролю підпорядкованих органів військового управління та координація діяльності менеджерів внутрішнього контролю підпорядкованих установ, надання методичних рекомендацій та організація впровадження в роботу підпорядкованих установ кращих практик внутрішнього контролю, управління ризиками та реагування на відхилення	заходи здійснюються	організовано та забезпечується епізодично	заходи не здійснюються
4.2. Нагляд за роботою підрозділів внутрішнього контролю підпорядкованих органів військового управління та менеджерів внутрішнього контролю підпорядкованих установ (щодо планування діяльності та виконання запланованих заходів, виконання завдань, покладених на координаторів та менеджерів внутрішнього контролю)	заходи здійснюються	організовано та забезпечується епізодично	заходи не здійснюються
4.3. Наявність установлених та доведених до підпорядкованих установ строків, порядку інформування та подання звітності про стан функціонування внутрішнього контролю	доведені	доведено частково	не доведені
4.4. Узагальнення та підготовка звітних документів з внутрішнього контролю за орган військового управління та підпорядковані установи, забезпечення повноти та об'єктивності звітної інформації, здійснення аналізу звітності підпорядкованих установ	виконано	виконано частково	не виконано
4.5. Планування періодичних перевірок стану організації внутрішнього контролю та управління ризиками в підпорядкованих установах та структурних підрозділах органу військового управління, застосування ризикорієнтованого підходу при плануванні перевірок	сплановані, ризикорієнтовані	сплановані, але вибір об'єктів необгрунтований	не сплановані
4.6. Здійснення періодичних перевірок стану організації внутрішнього контролю та управління ризиками в підпорядкованих установах та структурних підрозділах органу військового управління, стан виконання запланованих заходів	виконується	переважно виконується у визначені терміни	переважно не виконується
4.7. Дотримання Методики перевірки стану організації внутрішнього контролю у системі Міністерства оборони України під час здійснення перевірок та оформлення їх результатів, повнота охоплення питань під час перевірки	дотримується	переважно дотримується, невідповідності	переважно не дотримується, є суттєві
4.8. Надання конкретних, чітко сформульованих рекомендацій і пропозицій, їх спрямованість на усунення виявлених недоліків та причин їх виникнення, визначення чітких термінів впровадження рекомендацій (виконання пропозицій)	дотримується	переважно дотримується, невідповідності	переважно не дотримується, є суттєві
4.9. Здійснення моніторингу впровадження рекомендацій (виконання пропозицій), наданих за результатами перевірок стану організації внутрішнього контролю та управління ризиками, здійснення відстеження впливу результатів впровадження рекомендацій (виконання пропозицій)	виконується	виконується частково	переважно не виконується
4.10. Нагляд за проведенням перевірок стану організації внутрішнього контролю та управління ризиками підрозділами внутрішнього контролю підпорядкованих органів військового управління, здійснення моніторингу дотримання ними Методики перевірки стану організації внутрішнього контролю у системі Міністерства оборони України	здійснюється	здійснюється частково	переважно не здійснюється
4.11. Організація інформаційного обміну з підпорядкованими установами з питань визначення систематичних ризиків (відхилень) та ризиків (відхилень), що потребують вирішення на рівні органу військового управління та відповідальних за діяльність	організовано та забезпечується на періодичній основі	організовано та забезпечується епізодично	не організовано та не здійснюється
4.12. Здійснення аналізу пропозицій, наданих підпорядкованими установами, щодо ризиків та відхилень, що потребують розроблення та впровадження заходів контролю органами військового управління вищого рівня. Підготовка та направлення відповідних пропозицій за належністю	організовано та здійснюється	організовано та здійснюється частково	не організовано та не здійснюється
4.13. Забезпечення підрозділом координації внутрішнього контролю органу військового управління періодичного моніторингу за розробленням структурними підрозділами органу військового управління, відповідальними за напрями діяльності, заходів контролю для реагування на систематичні ризики та відхилення	здійснюється	здійснюється частково	не здійснюється
4.14. Доведення координаторами внутрішнього контролю до підпорядкованих установ, у частині що їх стосується, рекомендованих заходів контролю для впливу на систематичні ризики, розроблені на рівні Міноборони, Збройних Сил, Адміністрації Держспецтрансслужби, органів військового управління для здійснення відповідних заходів контролю, які повинні виконуватися на рівні таких установ	організовано, доведено	здійснюється частково	не здійснюється
4.15. Забезпечення підрозділом координації внутрішнього контролю та структурними підрозділами органу військового управління (за напрямами діяльності) періодичного моніторингу виконання заходів контролю для впливу на ризики та реагування на відхилення в органі військового управління та підпорядкованих установах	організовано, доведено	здійснюється частково	не здійснюється

продовження на наступній сторінці

Підпис посадової особи що здійснила перевірку _____

Розділ 4. Оцінка заходів координації і нагляду за функціонуванням внутрішнього контролю та управління ризиками (продовження)

	Зелена зона	Жовта зона	Червона зона
4.16. Здійснення підрозділом координації внутрішнього контролю органу військового управління аналізу стану усунення відхилень у підпорядкованих установах, підготовка пропозицій керівнику органу військового управління щодо посилення дієвості заходів реагування на відхилення	організовано, доведено	здійснюється частково	не здійснюється
4.17. Надання керівнику органу військового управління узагальненої інформації за підпорядковані установи з питань організації і здійснення внутрішнього контролю та управління ризиками	виконується	виконується лише з окремих питань	не виконується
4.18. Виконання заходів моніторингу щодо дотримання вимог законодавства з питань організації та здійснення внутрішнього контролю суб'єктами господарювання, які входять до сфери управління Міноборони (<i>перевіряється в органах військового управління, які здійснюють функціональне управління суб'єктами господарювання в системі Міноборони</i>)	моніторинг організовано	моніторинг організовано, але не стосовно всіх підприємств	моніторинг не організовано
4.19. Планування, організація та виконання заходів з моніторингу фінансово-господарської діяльності суб'єктів господарювання, які входять до сфери управління Міноборони, у порядку встановленому у Міноборони (<i>перевіряється в органах військового управління, які здійснюють функціональне управління об'єктами державної власності та Директораті економічного аналізу і планування Міноборони</i>)	моніторинг здійснюється на плановій основі	проведення моніторингу сплановано, але заходи виконуються не на всіх підприємствах	моніторинг не здійснюється
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ 4 Заходи з координації і нагляду за функціонуванням внутрішнього контролю та управління ризиками у підпорядкованих військових частинах (установах, організаціях): - “виконуються” – якщо рівень виконання заходів у зеленій зоні становить не менше 60%, а решта у жовтій; - “виконуються частково” – якщо рівень виконання заходів у зеленій та жовтій зонах становить не менше 70%, а за показником 4.4 – рівень виконання не менше жовтої зони; - “не виконуються” – якщо не відповідає рівням “виконуються” або “виконуються частково”.	виконуються	виконуються частково	не виконуються

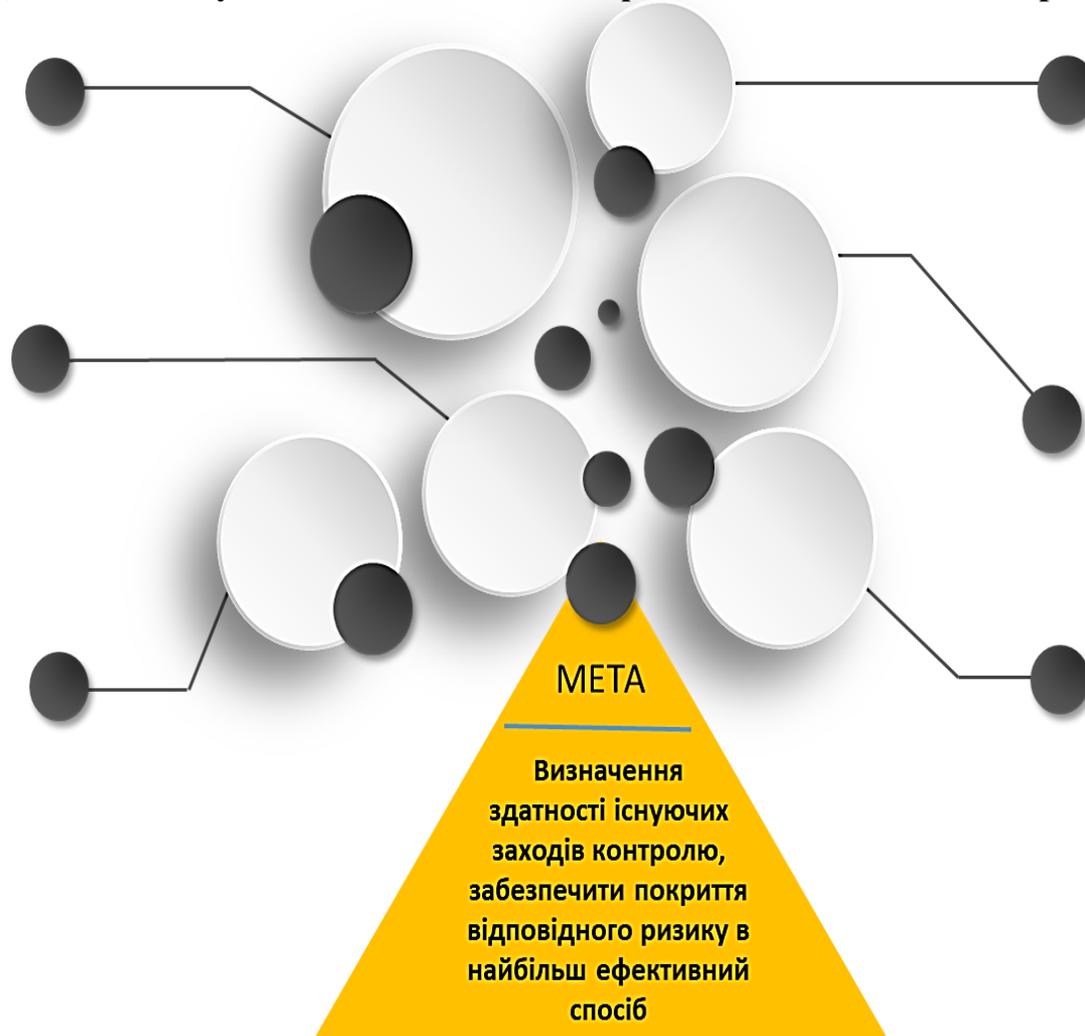
Підпис посадової особи що здійснила перевірку _____

Аспекти, щодо яких може здійснюватися оцінка ефективності системи внутрішнього контролю



Аспекти, які досліджуються під час оцінки ефективності заходів контролю

- Взаємозв'язок заходів контролю з ризиками
- Вплив існуючих заходів контролю на якість виконання завдань і функцій та досягнення встановленої мети
- Знання і досвід виконавців заходів контролю

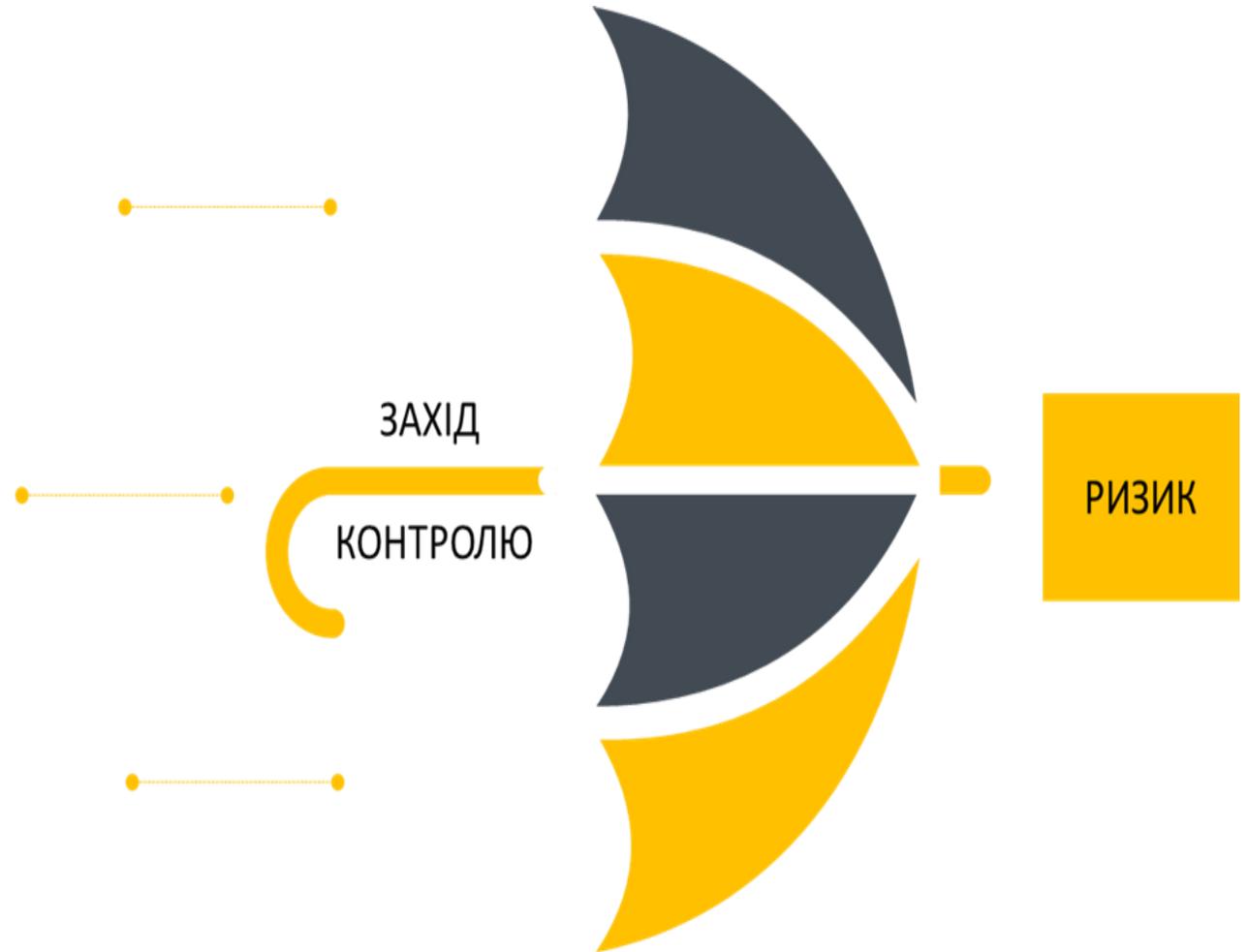


- Розмежування повноважень між учасниками процесу
- Своєчасність вирішення проблемних питань і усунення невідповідностей, які виявляються в результаті здійснення заходу контролю
- Надійність інформації, яка використовується при здійсненні заходу контролю

Ключові аспекти вимірювання ефективності заходів контролю

Продовження додатку 7

- ✓ **Ефективний дизайн (структура) заходу контролю**
(відповідність змісту заходу контролю завданням (цілям), на які направлений контроль)
- ✓ **Здійснюється відповідно до розробленого дизайну та є дієвим**
(наявні докази здійснення заходу контролю, та досягнення його цілей)
- ✓ **Цілі заходу контролю досягаються найбільш ефективним (економним) способом**
(кошти на проведення заходу контролю не перевищують очікуваного ефекту)



Етапи здійснення оцінки ефективності заходів контролю



Детальний аналіз системи внутрішнього контролю

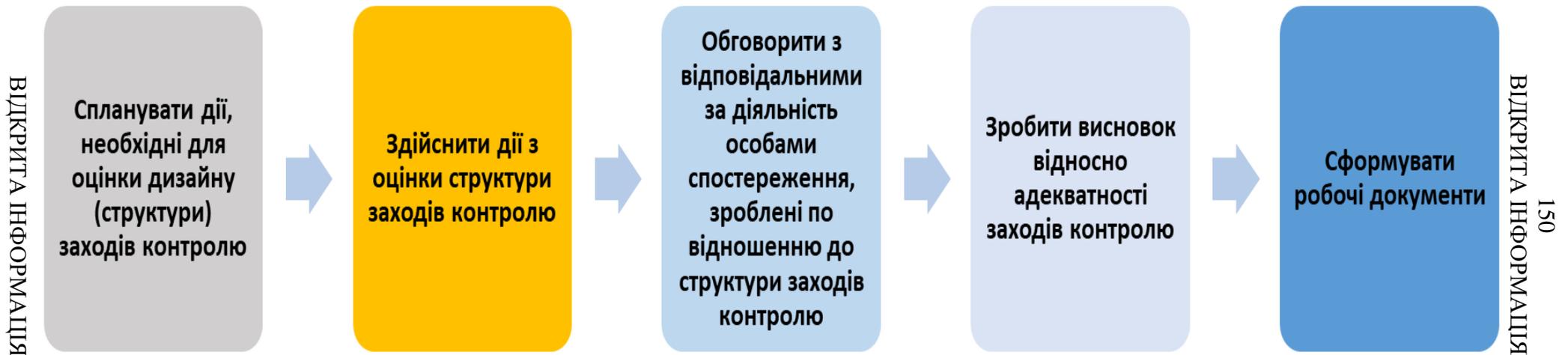
Продовження додатку 7



Оцінка дизайну (структури) заходу контролю

Продовження додатку 7

Мета: Оцінити, чи здатні теоретично заходи контролю зменшити ризик

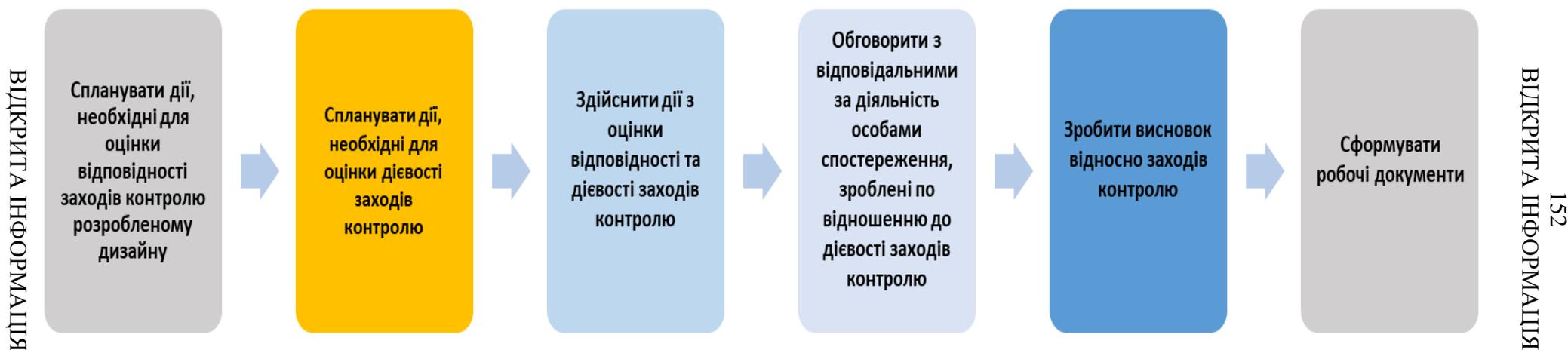


Складові елементи дизайну		Приклади критеріїв	
Ціль заходу контролю	Доцільні	✓ Ціль заходу контролю визначена і, у разі необхідності, формалізована	✓ Ціль заходу контролю направлена на здійснення максимального впливу на ризик
Виконавець заходу контролю	Розмежування повноважень	✓ Ціль заходу контролю доведена до виконавця заходу контролю і зрозуміла йому	✓ Відповідальність за виконання заходу контролю закріплена за конкретним працівником
Місце (етап застосування)	Послідовні	✓ Виконавцю відомі його обов'язки з контролю і методи його здійснення	✓ Виконавець володіє необхідними професійними знаннями і досвідом
Умови виконання заходу контролю	Періодичні	✓ Виконавець заходу контролю НЕ є виконавцем функції, яка контролюється	✓ Забезпечена безперервність виконання заходу контролю
Інформація про предмет контролю	Економні	✓ Місце виконання відповідає цілі контролю (до отримання результату чи після отримання результату)	✓ Часові фактори (настання певної дати чи часу) / фактори подій (настання тої чи іншої події) виконання заходу контролю відповідають цілям контролю
Спосіб виконання та характер реагування	Документально підтверджені	✓ Частота здійснення заходу контролю й об'єм вибірки адекватні суттєвості ризику, який контролюється	✓ Інформація про предмет контролю актуальна, своєчасна, достовірна і повна
Підтвердження заходу контролю	Регламентовані	✓ Спосіб виконання заходу контролю та характер реагування забезпечують досягнення цілі контролю	✓ Результати здійснення контролю зафіксовані належним чином
Регламентація заходу контролю		✓ Регулярні результати здійснення контролю зафіксовані належним чином	✓ Актуальний дизайн заходу контролю формалізований у відповідних документах

Оцінка операційної ефективності заходів контролю

Продовження додатку 7

Мета: Оцінити, чи існуючі заходи контролю фактично зменшують ризик



Командиру військової частини А1111

ДОПОВІДЬ
про стан внутрішнього контролю у військовій частині А0000
за ____ квартал 202__ року

1. Стан виконання заходів контролю для впливу на ризики та реагування на відхилення

Стан виконання заходів контролю для впливу на ризики

За звітний період (з початку року) реалізовано **70 %** запланованих заходів контролю.

Основна увага приділялася здійсненню заходів контролю для впливу на ключові ризики, а саме щодо:

1. Якісного моніторингу ринку при здійсненні оборонних закупівель.
2. Антикорупційного контролю за особами, залученими до процесів закупівель.
3. Своєчасного уточнення переліків закупівель товарів, робіт і послуг.
4. Контролю за фактичним отриманням продукції, яка постачається за державними контрактами та недопущення безтоварних операцій.
5. Недопущення фактів незаконних виплат грошового забезпечення.

Всі заплановані на цей період заходи контролю виконані у визначені терміни, за винятком:

1. Визначений ризик: втрата ПММ унаслідок неналежного зберігання та документального підтвердження видачі. – Захід контролю: проведення інвентаризації ПММ та спецрідин на складі та заправному пункті військової частини. – Термін виконання: щомісячно, до 10 числа. – Відповідальний виконавець: Голова інвентаризаційної комісії майор Трутень В.П. Захід контролю у встановлені терміни не виконаний. Вноситься пропозиція.

2.

Щодо реагування на систематичні ризики

Відповідно до листа органу військового управління від 12.01.2025 №320/78994, визначено заходи контролю для впливу на систематичні ризики, пов'язані з переплатами та незаконними виплатами окремих видів грошового забезпечення, обліку, використання та списання гуманітарної допомоги отриманої військовою частиною, а також запобігання порушень у використанні та списанні продуктів харчування. Це дозволить, при постійному здійсненні відповідних заходів контролю посадовими особами, запобігти

виникненню аналогічних порушень у військовій частині. Відповідні ризики та відхилення включені до реєстру ризиків і відхилень військової частини А1111, заходи контролю виконуються.

Стан реагування на відхилення

Окрему увагу протягом кварталу приділено усуненню відхилень (порушень та недоліків), що були виявлені зовнішніми та внутрішніми аудитами та перевітками.

За результатами аудитів (Акт про результати внутрішнього аудиту З ТУВА від 24.01.2026 № 74, Акт Рахункової палати від 24.07.2025 № 725) у звітному періоді було виявлено 6 відхилень.

Усунуто: 4 відхилення (щодо обліку та видачі військовослужбовцям речового майна). Донесення про виконання пропозицій направлено до 3 управління внутрішнього аудиту.

У стадії виконання: 2 відхилення, за результатами державного фінансового аудиту Рахункової палати (порушення в обліку об'єктів завершеного капітального будівництва фортифікаційних споруд, завищення вартості проєктної документації об'єктів капітального будівництва). Термін завершення виконання, визначений Рахунковою палатою, не настав (встановлений до 01.05.2026), проте існує ризик незавершення виконання у встановлені терміни. Вноситься пропозиція.

Залишається неусуненим 1 відхилення, виявлене в результаті контрольного заходу в минулих періодах (п. 7 Плану усунення недоліків від 05.12.2024 № 1524). Невиконані пропозиції щодо ведення позовної роботи та забезпечення стягнення штрафних санкцій за невиконання умов договору від 25.11.2024 № 15 щодо постачання автозапчастин ТОВ "Колесо". Термін до 15.12.2025. Відповідальні: начальник юридичної служби, начальник автомобільної служби озброєння логістики. Вноситься пропозиція.

2. Ідентифіковані ризики та відхилення (у т.ч. корупційні) у процесі повсякденної діяльності військової частини

Операційні ризики Виявлено ризик затримки поставок безпілотних систем через фарс-мажорні обставини, підтверджені висновком Торгово-промислової палати. Рівень: Середній. Захід контролю: укладання додаткової угоди щодо продовження постачання продукції на 30 діб.

Корупційні ризики та зловживання: Ідентифіковано ризик призначення на посаду начальника продовольчого складу дружини начальника продовольчої служби військової частини, що передбачатиме пряме підпорядкування та створює конфлікт інтересів.

3. Періодичний моніторинг системи внутрішнього контролю

Протягом кварталу проведено 2 планових та 1 раптову перевірки у службах тилу, озброєння та фінансово-економічній службі.

У ході внутрішніх перевірок командирами підрозділів виявлено 3 випадки документального не відображення в обліку отриманої в централізованому

порядку продукції.

Встановлено факт порушення штатної дисципліни трьома працівниками їдальні, які безпідставно залучені на постійні основі до виконання завдань на лазне-пральному комбінаті військової частини.

За результатами зазначених порушень Вами прийняті відповідні рішення, а ідентифіковані відхилення включені до реєстру ризиків і відхилень на рік.

Ефективність: Заходи контролю у перевірених підрозділах визнано достатньо ефективними та такими що відповідають затвердженню профілям ризиків/відхилень.

Порівняно з минулим кварталом кількість незадокументованих заходів контролю зменшилась на 20 %.

Корегуючі дії За результатами моніторингу оновлено графік документообігу у військовій частині та регламент взаємодії між складами, службами та фінансово-економічною службою військової частини для пришвидшення відображення операцій у бухгалтерському обліку, посилено заходи контролю за дотриманням штатної дисципліни, підвищено прозорість в питаннях оборонних (публічних) закупівель .

Пропозиції:

1.Заступникам командира військової частини, начальникам відділів і служб:

забезпечити постійний моніторинг за виконанням заходів контролю для впливу на ризики та відхилення виявлені у військовій частині.

2.Голові інвентаризаційної комісії майору Трутню В.П. в термін до 20.04.2026 доповісти про результати проведення інвентаризації ПММ та СР та причини несвоєчасного завершення.

3.Начальнику відділу капітального будівництва військової частини активізувати роботу щодо виконання рекомендацій Рахункової палати, виконання відповідних заходів реагування завершити не пізніше 20.04.2026.

До 25.04.2026 поточного року підготувати лист до органу військового управління про виконання рекомендацій Рахункової палати.

4.Начальнику юридичної служби спільно з начальником автомобільної служби озброєння логістики в термін до 20.04.2026 доповісти про стан справ, проблемні питання та пропозиції щодо їх вирішення щодо стягнення штрафних санкцій за невиконання умов договору від 25.11.2024 № 15 щодо постачання автозапчастин ТОВ "Колесо".

Менеджер внутрішнього контролю – заступник
командира військової частини 0000
підполковник

Андрій ШКУРАТЕНКО

ЗВІТ
про стан функціонування системи внутрішнього контролю за 2025 рік
військової частини А1111

Стан функціонування системи внутрішнього контролю перебуває на:

- належному рівні;
- достатньому рівні;
- недостатньому рівні;
- незадовільному рівні.

Це підтверджується такими показниками відповідно до встановлених критеріїв:

виконання планів, досягнення стратегічних (операційних) цілей, встановлених на звітний рік, забезпечено на рівні **90** відсотків;

усунення відхилень в діяльності установи у звітному році забезпечено на **75** відсотків;

виконання заходів контролю для впливу на ключові ризики, ідентифіковані в установі, у звітному періоді забезпечено на **80** відсотків;

виявлено **4** відхилення за результатами періодичного моніторингу (оцінки стану організації внутрішнього контролю, аудитів, перевірок);

порушення, які призвели до втрат, протягом звітного року **не виявлені**.

Перевірки та аудиторські заходи щодо діяльності виявили такі відхилення:

№ з/п	Назва стратегічної цілі/функції/процесу/напрямку діяльності установи	Відхилення, які впливають на виконання цілі/функції/процесу/ напрямку діяльності установи
Аудиторський звіт від __. __. 2025 № ____, за результатами аудиту "Функціонування Системи управління інформаційною безпекою", проведеного 4 Територіальним управлінням внутрішнього аудиту		
1.	Вжиття заходів до забезпечення інформаційної безпеки, кібербезпеки та кіберзахисту, а також підготовки держави до відбиття воєнної агресії у кіберпросторі (кібероборони).	Не в повному обсязі виконана оцінка ризиків інформаційної безпеки в військовій частині А1111: відсутня порівняльна оцінка ризиків до та після впровадження заходів з обробки ризиків. Усунуто. Опрацьовано порівняльна оцінка ризиків до та після впровадження заходів з обробки ризиків.
2.		Положення про застосування заходів інформаційної безпеки, обґрунтування їх використання або виключення не затверджено керівництвом Міністерства оборони України або військової частини

№ з/п	Назва стратегічної цілі/функції/процесу/напрямку діяльності установи	Відхилення, які впливають на виконання цілі/функції/процесу/ напрямку діяльності установи
		<p><i>A1111.</i> Усунуто. Міністром оборони України затверджено Стратегію кібербезпеки в системі Міноборони (від..№)</p>
3.		<p>Не всі цілі системи управління інформаційною безпекою у військовій частині A1111 мають закріплених відповідальних осіб. Цілі системи управління інформаційною безпекою на 2025 рік не погоджені командиром військової частини A1111 та не затверджені керівництвом Міноборони.</p> <p>Усунуто. Наказ Міністерства оборони України № 577 від 29.08.2025 “Про введення інформаційно-комунікаційної системи “Система виявлення вразливостей та реагування на кіберінциденти та кібератаки Міністерства оборони України” в експлуатацію” та Порядок організації захисту інформаційно-комунікаційних систем в військовій частині A1111.</p>
4.		<p>У військовій частині A1111 не регламентовані процедури обробки вразливостей, що мають визначати вимоги щодо їх реєстрації, визначення критеріїв критичності вразливості, терміни усунення та процедури узгодження заходів щодо зниження впливу вразливості, в разі неможливості її повного усунення.</p> <p>Не усунуто. Виконується. Розробляється Порядок управління вразливостями в інформаційно-комунікаційних системах військової частини A1111. Завершення заплановане на лютий 2026 року.</p>

Зазначене стало можливим у зв'язку із відсутністю досвіду з проведення подібних заходів, оскільки Система управління інформаційної безпеки впроваджується вперше, наявністю недоліків організації внутрішніх процесів, значної кількості компонентів інформаційно-комунікаційної системи та потребі у додатковому часі для належного виконання регламентування процедури обробки вразливостей.

За результатами аналізу відхилень, виявлених під час перевірок і аудиторських заходів, проведення оцінки стану організації внутрішнього контролю (внутрішній аудит “Функціонування Системи управління інформаційною безпекою”), було складено План заходів з усунення недоліків (План впровадження коригувальних дій в військовій частині А1111, затверджений командиром військової частини А1111 23.06.2025 № 220/5/456), із зазначенням виявлених відхилень. Відхилення: усунуто - 3, не усунуто (усунуто частково) – 1. Заходи контролю щодо впливу на зазначене відхилення не завершені унаслідок потреби у додатковому часі для регламентування процедури та узгодження із зацікавленими структурним підрозділами. Робота буде продовжена в наступному році.

Не виконаний 1 захід контролю для впливу на ключовий ризику, ідентифікований в установі (Ризик несвоєчасного виявлення кіберінцидентів через недостатність засобів моніторингу та операторів). Заходи контролю виконані частково: впровадити моніторинг 24/7 – виконаний; закупити 5 робочих станцій SOC – виконаний частково, закуплено 3 робочих станції; підготувати 5 операторів – виконаний частково, підготовлено 4 оператори).

Діяльність у наступному бюджетному році буде направлено на підвищення (підтримання) рівня внутрішнього контролю за такими напрямками:

№з/п	Напрями діяльності, на які будуть спрямовані заходи щодо удосконалення внутрішнього контролю
1.	Забезпечення та удосконалення виконання завдань за призначенням в частині здійснення організаційно-технічних заходів із запобігання, виявлення та реагування на кіберінциденти і кібератаки та усунення їх наслідків в Міноборони, та Держспецтрансслужбі, участь у забезпеченні формуванні державної політики у сфері оборони щодо цифрового розвитку, цифрових інновацій, технологій у сфері оборони.
2.	Удосконалення нормативно-правового забезпечення (внутрішньо-розпорядчих актів) військової частини А1111 та приведення їх у відповідність.
3.	Удосконалення процедури підвищення кваліфікації персоналу, відбору кандидатів на навчання на відповідних курсах. Проведення додаткових тренінгів для особового складу. Підготовка не менш 4 операторів робочих станцій SOC.
4.	Удосконалення внутрішнього контролю, механізмів управління ризиками.

Командир військової частини А1111
полковник

Олександр БУРТОВИЙ

ЗВІТ

**про стан функціонування системи внутрішнього контролю за 2025 рік
Департаменту Міністерства оборони України
(назва установи)**

Стан функціонування системи внутрішнього контролю перебуває на:

- належному рівні;
- достатньому рівні;
- недостатньому рівні;
- незадовільному рівні.

Це підтверджується такими показниками відповідно до встановлених критеріїв (наведених у додатку 8 до Порядку):

виконання планів, досягнення стратегічних (операційних) цілей, встановлених на звітний рік, забезпечено на рівні **85** відсотків;

усунення відхилень в діяльності установи у звітному році забезпечено на **34** відсотки;

виконання заходів контролю для впливу на ключові ризики, ідентифіковані в установі, у звітному періоді забезпечено на **75** відсотків;

виявлено **9** відхилень за результатами періодичного моніторингу (оцінки стану організації внутрішнього контролю, аудитів, перевірок);

обсяги порушень, які призвели до втрат, що були виявлені протягом звітнього року, становили **56** прожиткових мінімумів, встановлених для працездатних осіб на 1 січня звітнього року.

У звітньому періоді у Департаменті були проведенні наступні аудиторські заходи (перевірки):

аудит

аудит процесу

цільова перевірка Департаменту

Перевірки та аудиторські заходи щодо діяльності виявили такі відхилення:

№ з/п	Назва стратегічної цілі/функції/процесу/напрямку діяльності установи	Відхилення, які впливають на виконання цілі/функції/процесу/напрямку діяльності установи
Аудит процесу .....(аудиторський звіт від...№..., за результатами аудиту "...", проведеного.....)		
1.	Стратегічна Ціль 2. Професійний та вмотивований особовий склад сил оборони, підготовлений військовий резерв, що підтримуються за рахунок ефективних прозорих	1. Відсутність нормативно-врегулювання Усунуто. Наказом Міністерства оборони України від... № .. "Про внесення змін до..." унормовано....

№ з/п	Назва стратегічної цілі/функції/процесу/напрямую діяльності установи	Відхилення, які впливають на виконання цілі/функції/процесу/напрямую діяльності установи
2.	<p>систем кадрового менеджменту, військової освіти і науки, охорони здоров'я і соціального захисту.</p> <p>2.6. "Створення необхідних мотиваційних чинників до проходження військової служби та служби у військовому резерві":</p> <p>2.6.5. "Удосконалення законодавства України з питань соціального захисту військовослужбовців, ветеранів військової служби, ветеранів війни та членів їх сімей"</p>	<p>2. Переліком документів, визначеним Порядком № 45, які подаються для призначення ОГД не передбачено</p> <p>Не усунуто. Виконується. Проект наказу "Про внесення змін до..." підготовлений, направлений на внутрішнє погодження за вих. № _____ від _____.</p>
3.	<p>Завдання2. Організація відповідно до законодавства соціального захисту військовослужбовців, резервістів Збройних Сил, військовозобов'язаних,</p>	<p>3. Обов'язки членів комісії та/або розподіл завдань (повноважень) не відповідають.....</p> <p>Усунуто. Розподіл завдань (повноважень) членів комісії затверджений.....</p>
4.	<p>призваних на збори, членів їх сімей та працівників Збройних Сил.</p> <p>Функція 11. Організовує роботу комісії Міністерства оборони України з розгляду питань, пов'язаних із призначенням і виплатою</p>	<p>4. Дослідженням встановлено призначення ОГД з порушенням</p> <p>Усунуто.....</p>
5.	<p>одноразової грошової допомоги та компенсаційних сум;</p>	<p>5. Дослідженням встановлено призначення ОГД з порушенням</p> <p>Усунуто....</p>
6.		<p>6. Під час аудиту встановлені випадки недотримання вимог</p> <p>Усунуто.....</p>
7.		<p>7. Аудитом встановлені випадки призначення та виплати ОГД</p> <p>Не усунуто.....</p>
<i>Оцінка ефективності (аудиторський звіт))</i>		
8.	<p>Стратегічна Ціль 2. Професійний та вмотивований особовий склад сил оборони, підготовлений військовий резерв, що підтримуються за рахунок ефективних прозорих систем</p>	<p>1. Процес виплати додаткової винагороди не відповідає..... потребує формування нових механізмів</p> <p>Не усунуто.....</p>

№ з/п	Назва стратегічної цілі/функції/процесу/напрямую діяльності установи	Відхилення, які впливають на виконання цілі/функції/процесу/напрямую діяльності установи
	<p>кадрового менеджменту, військової освіти і науки, охорони здоров'я і соціального захисту.</p> <p>2.6. “Створення необхідних мотиваційних чинників до проходження військової служби та служби у військовому резерві”:</p> <p>2.6.5. “Удосконалення законодавства України з питань соціального захисту військовослужбовців, ветеранів військової служби, ветеранів війни та членів їх сімей”</p>	
<i>Цільова перевірка (Акт цільової перевірки)</i>		
9	<p>Стратегічна Ціль 2. Професійний та вмотивований особовий склад сил оборони, підготовлений військовий резерв, що підтримуються за рахунок ефективних прозорих систем кадрового менеджменту, військової освіти і науки, охорони здоров'я і соціального захисту.</p> <p>2.6. “Створення необхідних мотиваційних чинників до проходження військової служби та служби у військовому резерві”:</p> <p>2.6.1. Перегляд структури та підвищення рівня грошового забезпечення військовослужбовців</p>	<p>1. Не розроблені механізми контролю</p> <p>Усунуто</p>

За результатами аналізу відхилень, виявлених під час перевірок і аудиторських заходів, проведення оцінки стану організації внутрішнього контролю, було складено Плани заходів з усунення недоліків, які затверджені директором Департаменту від 28.08.2025 № 545, від 17.11.2025 № 957 та 10.12.2025 № 1128.

Зазначене стало можливим у зв'язку із (зазначаються основні причини відхилень).

Відхилення виявлені у 2025 році: усунуто - 6, не усунуто (усунуто частково) – 3, з яких 2 – термін виконання, визначений в аудиторському звіті, не настав. Заходи контролю щодо впливу на зазначені відхилення не завершені.

Причини незавершення заходів зазначені у вищенаведеній таблиці.

Крім цього залишаються незавершеними заходи контролю щодо 7 відхилень, виявлених у попередніх роках. Основні причини незавершення заходів:.....

Щодо реагування на систематичні ризики та ключові ризики, які впливають на належне функціонування напряму діяльності:

1. Щодо виконання доручення Міністра оборони України від 19.02.2025 № 883/уд в частині не вжиття заходів реагування на ризики пов'язані з..... (ключовий ризик):

Здійснена доповідь Міністру оборони України, за результатами якої (883/уд/1 від 15.04.2025).... визначено завдання визначеним керівникам структурних підрозділів Міноборони спільно з Генеральним штабом ЗС України опрацювати та доповісти взаємоузгоджені пропозиції щодо визначення Виконання заходу контролю не завершено, заплановане проведення узгоджувальних нарад у I кварталі 2026 року.

2. Щодо Переліку систематичних ризиків в діяльності Міноборони України, які потребують реагування на рівні відповідальних за діяльність структурних підрозділів (доведеного листом ГІ МОУ від _____ № _____):

п.5 (ризик – невідшкодування місцевими органами влади, понесених військовими частинами (установами, організаціями) ЗСУ витрат на оплату відпусток, наданих працівникам і державним службовцям, як учасникам бойових дій):

З метою усунення розбіжностей та забезпечення єдиного підходу до визначення джерела покриття витрат підготовлений лист до Кабінету Міністрів України від 01.02.2024 № 220/1664 щодо опрацювання відповідних нормативно-правових актів для врегулювання порушеного питання.

Дорученням Прем'єр-міністра України від 09.02.2024 № 3776/1/1-24 на Мінветеранів покладено завдання щодо надання пропозицій стосовно врегулювання зазначеного питання.

Міноборони надавались Мінветеранів обґрунтовані пропозиції щодо шляхів удосконалення окремих нормативно-правових актів (листи від 21.02.2024 № 220/2683, від 20.03.2024 № 220/4031 та від 10.12.2024 № 220/17965).

Направлений лист на адресу Мінветеранів від 19.12.2025 № 220/22992 з клопотанням щодо інформування Міноборони стосовно шляхів визначення джерела покриття витрат роботодавців на вищезазначені цілі. Відповідь на даний час не надходила.

п.8 (ризик – невиплата грошового забезпечення членам сімей військовослужбовців іноземців, захоплених у полон, зниклих безвісти та загиблих):

З метою упорядкування виплати грошового забезпечення військовослужбовців у разі захоплення в полон або заручниками, а також інтернування у нейтральні держави або зникнення безвісти, а також у разі їх смерті (загибелі) внесені відповідні зміни (наказ Міноборони від 28.09.2025 № 638) до Порядку виплати грошового забезпечення військовослужбовцям Збройних Сил України та деяким іншим особам, затвердженого наказом Міноборони від 07.06.2018 № 260.

Діяльність у наступному бюджетному році буде спрямовано на підвищення (підтримання) рівня внутрішнього контролю за такими напрямками:

№ з/п	Напрями діяльності, на які будуть спрямовані заходи щодо удосконалення внутрішнього контролю
1.	Удосконалення законодавства України з питань
2.	Посилення координації діяльності з питань внутрішнього контролю у підпорядкованих установах.

Стан організації внутрішнього контролю у підпорядкованих установах:

Найменування установи (організації)	Виконання планів, досягнення стратегічних (операційних) цілей, встановлених на звітний рік	Усунення відхилень в діяльності установи у звітному році	Виконання заходів контролю для впливу на ключові ризики, ідентифіковані в установі	Виявлено відхилень за результатами періодичного моніторингу (оцінки стану організації внутрішнього контролю, аудитів, перевірок)	Обсяги порушень, які призвели до втрат, що були виявлені протягом звітного року	Стан функціонування системи внутрішнього контролю перебуває на:
Головне управління	85	35	65	5	відсутні	достатньому рівні
військова частина А0000	81		70		відсутні	достатньому рівні
військова частина А1111	86	55	75	8	відсутні	недостатньому рівні
військова частина А2222	75		59		відсутні	недостатньому рівні
військова частина А3333	90		70		3 пмпо (10 тис грн)	достатньому рівні

Директор Департаменту
Міністерства оборони України
полковник

Роман ГОНЧАРЕНКО

**ПОСИЛАННЯ НА НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АКТИ
ТА ВІЙСЬКОВІ ПУБЛІКАЦІЇ**

Позначення ВП та НПА	Повне найменування військової публікації
1	2
	а. Наказ Міністерства оборони України від 02.04.2019 № 145 “Про затвердження Порядку організації в системі Міністерства оборони України та Збройних Сил України внутрішнього контролю та управління ризиками” (в редакції наказу Міністерства оборони України від 22.10.2025 № 709)
	б. Методичні рекомендації щодо порядку документального оформлення заходів з організації підготовки і проведення перевірок стану організації внутрішнього контролю у військових частинах (установах) Збройних Сил України та документального оформлення результатів проведених перевірок затверджені Начальником УВК ЗС України 02.12.2025

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ ТА УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

Скорочення та умовні позначення	Повне словосполучення та поняття, що скорочуються
ВК	Внутрішній контроль
ВА	Внутрішній аудит
ГІМО	Генеральна інспекція Міністерства оборони України
ДВА	Департамент внутрішнього аудиту Міністерства оборони України
ЗС України	Збройні Сили України
УР	Управління ризиками
МО	Міністерство оборони України
МВК	Менеджер внутрішнього контролю
Міноборони	Міністерство оборони України
ГШ	Генеральний штаб Збройних Сил України
Мінфін	Міністерство фінансів України
ПКВК	Підрозділ координації внутрішнього контролю
ОВУ	Орган військового управління
СОП	Стандартна операційна процедура
Керівник установи	Голова Адміністрації Державної спеціальної служби транспорту, начальник (командувач, командир) самостійного структурного підрозділу апарату Міністерства оборони України, Генерального штабу Збройних Сил України, органу військового управління, військової частини та установи системи Міністерства оборони України
Порядок	Наказ Міністерства оборони України від 02.04.2019 № 145 “Про затвердження Порядку організації в системі Міністерства оборони України та Збройних Сил України внутрішнього контролю та управління ризиками” (в редакції наказу Міністерства оборони України від 22.10.2025 № 709)
Реєстр ризиків	Реєстр ризиків і відхилень

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

У цьому Методичному посібнику терміни та визначення наведені у тексті структурного елемента “Основна частина”.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ (ДЖЕРЕЛ)

1. Бюджетний Кодекс України: Закон України від 08.07.2010 № 2456 –VI .
2. Про національну безпеку України: Закон України від 21.06.2018 р. № 2469 –VIII.
3. Про затвердження Основних засад здійснення внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів та внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 28 вересня 2011 р. № 1001: постанова Кабінету Міністрів України від 12.12.2018 р. № 1062 (зі змінами).
4. Деякі питання утворення структурних підрозділів внутрішнього аудиту та проведення такого аудиту в міністерствах, інших центральних органах виконавчої влади, їх територіальних органах та бюджетних установах, які належать до сфери управління міністерств, інших центральних органів виконавчої влади: постанова Кабінету Міністрів України від 28.11.2011 р. № 1001 (зі змінами).
5. Про затвердження форми Звіту про стан організації та функціонування внутрішнього контролю: наказ Міністерства фінансів України від 22 серпня 2025 р. № 427.
6. Стандарти внутрішнього аудиту, затверджені наказом Міністерства фінансів України від 04.11.2011 № 1247 (у редакції наказу Міністерства фінансів України від 14.08.2019 р. № 344).
7. Про затвердження форми Декларації керівника з внутрішнього контролю. Наказ Міністерства фінансів України від 27.06.2025 № 326.
8. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо функціонування внутрішнього контролю у розпорядників бюджетних коштів, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери їх управління»: наказ Міністерства фінансів України від 20 серпня 2025 р. № 420.
9. Про деякі питання здійснення внутрішнього контролю та управління ризиками суб'єктами господарювання в системі Міністерства оборони України: наказ М –ва оборони України від 05.06.2019 р. № 278.
10. Стандарти внутрішнього контролю в Міністерстві оборони України та Збройних Силах України та Методичні рекомендації щодо застосування Стандартів внутрішнього контролю в Міністерстві оборони України та Збройних Силах України, затверджені Міністром оборони України від 05.07.2016 № 81/з/26.
11. Методичні вказівки з внутрішнього аудиту в державному секторі України, видання Міністерства фінансів України спільно з Національною академією фінансів та економіки Міністерства фінансів Нідерландів, Київ, 2019, 140 с.
12. Належне фінансове управління та державний внутрішній контроль на шляху до управління, яке додає більше цінності: будинок ДВФК: брошура. Міністерство фінансів України. Київ: 2019 р. 15 с.
13. Committee of Sponsoring Organisations of the Treadway Commission (COSO): веб –сайт. URL: <https://www.coso.org/Pages/default.aspx> (дата звернення 10.10.2021).

14. International Organization for Standardization (ISO): веб –сайт. URL: <https://www.iso.org/home.html> (дата звернення 11.10.2021).

15. ДСТУ ISO 31000:2018 Менеджмент ризиків. Принципи та настанови (ISO 31000:2018, IDT) [Чинний від 2019 –01 –01]. Вид. офіц. Київ: ДП “УкрНДНЦ”, 2018.

16. ДСТУ ІЕС/ISO 31010:2013 Керування ризиком. Методи загального оцінювання ризику (ІЕС/ISO 31010:2013, IDT) [Чинний від 2014 –07 –01]. Вид. офіц. Київ: ДП “НДІ “Система”, 2013.

17. ДСТУ ISO 73:2013 Керування ризиком. Словник термінів (ISO 73:2009, IDT) [Чинний від 2014 –07 –01]. Вид. офіц. Київ: ДП “НДІ “Система”, 2013.

18. Оцінка ефективності заходів контролю під час проведення аудиту ефективності. *Презентаційні матеріали практичного тренінгу з аудиту ефективності для внутрішніх аудиторів*. Міністерство фінансів України, 2021. URL: <https://mof.gov.ua>.

19. Посібник з питань організації внутрішнього контролю розпорядниками коштів державного бюджету: Методичний посібник / Міністерство фінансів України. Київ, 2019. 34 с.

20. Порядок “Оформлення військових публікацій у Збройних Силах України”, ДДП 1-0(189), затверджений та введений в дію наказом Головнокомандувача Збройних Сил України від 19.02.2022 № 60.

21. Бреус С. Практичний poradnik “Основні поняття, алгоритм впровадження, порядок перевірки внутрішнього контролю у військових частинах Військово – Морських Сил Збройних Сил України” від 07.03.2019 № 182/12, Одеса, 2019, 43 с.

ВІДКРИТА ІНФОРМАЦІЯ

ВІДКРИТА ІНФОРМАЦІЯ

