

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом № \_\_\_ від \_\_\_

**ПОРЯДОК**  
**організації внутрішнього контролю та управління ризиками**  
**в Державній установі «Інститут громадського здоров'я**  
**ім. О. М. Марзєєва НАМН України»**

**1. Загальні положення**

1.1. Порядок організації внутрішнього контролю та управління ризиками (далі – Порядок) визначає механізм організації та функціонування внутрішнього контролю та управління ризиками в Державній установі «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України» (далі – Установа).

1.2. Метою розробки Порядку є забезпечення ефективної організації та здійснення внутрішнього контролю, управління ризиками, оптимізація управлінських процесів, забезпечення досягнення результатів відповідно до визначених цілей, дотримання виконавської дисципліни, а також запобігання фактам незаконного, неефективного використання бюджетних коштів, державного майна та інших ресурсів в Установі.

1.3. Цей Порядок розроблений з урахуванням положень Закону України «Про запобігання корупції», статті 26 Бюджетного кодексу України, Основних засад здійснення внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 12.12.2018 № 1062, постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання здійснення внутрішнього аудиту та утворення підрозділів внутрішнього аудиту України», Стандартів внутрішнього аудиту, затверджених наказом Міністерства фінансів України від 04.10.2011 № 1247, Методичних рекомендацій з організації внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів у своїх закладах та у підвідомчих бюджетних установах, затверджених наказом Міністерства фінансів України від 14.09.2012 № 995, інших нормативно-правових актів, що регулюють питання бюджетного процесу, управління бюджетними коштами, об'єктами державної власності та іншими ресурсами, організації, ведення бухгалтерського обліку, складення та подання звітності, здійснення закупівель товарів, робіт і послуг, організації документообігу тощо.

1.4. Оцінка корупційних ризиків проводиться з урахуванням приписів Положення про запобігання та протидію корупції в Установі (далі – Положення).

1.5. У цьому Порядку терміни вживаються в такому значенні:  
керівництво Установи – директор, заступники директора, керівники самостійних структурних підрозділів, керівники структурних підрозділів;

внутрішній контроль - комплекс заходів, що застосовуються керівником для забезпечення дотримання законності та ефективності використання бюджетних коштів, досягнення результатів відповідно до встановленої мети, завдань, планів і вимог щодо діяльності Установи;

внутрішній аудит - діяльність, спрямована на удосконалення системи управління, внутрішнього контролю, запобігання фактам незаконного, неефективного та нерезультативного використання бюджетних коштів, виникненню помилок чи інших недоліків у діяльності Установи;

заходи контролю – сукупність запроваджених в Установі управлінських дій, які здійснюються посадовими особами установи, для впливу на ризики з метою досягнення мети, стратегічних та інших цілей Установи;

ідентифікація ризиків – визначення ризиків за категоріями (зовнішні та внутрішні) та видами (нормативно-правові, операційно-технологічні, програмно-технічні, фінансово-господарські тощо);

моніторинг – це діяльність, спрямована на оцінку якості функціонування та відстеження результатів впровадження заходів контролю шляхом проведення постійного моніторингу та періодичних оцінок для збору і аналізу інформації;

об'єкти внутрішнього контролю – управлінські рішення, функціональні, адміністративні, фінансово-господарські та інші процеси, операції, завдання та функції, здійснення яких забезпечується структурними підрозділами та працівниками Установи в визначених межах повноважень і відповідальності;

операції – окремі частини процесу, які здійснюються у визначеній послідовності під час виконання завдань суб'єктами внутрішнього контролю;

процес – завершена, з точки зору змісту, хронологічної і логічної черговості, послідовність операцій, необхідних для виконання завдань;

ризик – можливість настання події, що матиме негативний вплив на здатність Установи ефективно виконувати завдання і функції та досягати визначеної мети, стратегічних та інших цілей діяльності;

суб'єкти внутрішнього контролю – керівництво та працівники Установи;

управлінські рішення – це результат вибору шляхів, методів і способу дій, здійснений керівником у рамках його посадових повноважень і компетенції та спрямований на досягнення результатів відповідно до законодавчо закріплених функцій та завдань, встановленої мети, стратегічних та інших цілей, планів і вимог щодо діяльності Установи;

функції – напрями діяльності суб'єктів внутрішнього контролю та структурних одиниць, в яких відображаються та конкретизуються їхні завдання, сутність і призначення.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених у Бюджетному кодексі України.

## 2. Внутрішній контроль

2.1. Внутрішній контроль в Установі ґрунтується на принципах:

- 1) законності – дотримання вимог законодавства;
- 2) безперервності та динамічності – правила та заходи, спрямовані на досягнення визначеної мети, цілей, завдань, планів і вимог щодо діяльності Установи, мінімізацію впливу ризиків, застосовуються постійно для своєчасного реагування на зміни, які стосуються діяльності Установи;
- 3) об'єктивності – прийняття управлінських рішень на підставі повної та достовірної інформації, що ґрунтується на документальних та фактичних даних і виключає вплив суб'єктивних факторів;
- 4) делегування повноважень – розподіл повноважень та чітке визначення обов'язків керівництва та працівників Установи, надання їм відповідних прав та ресурсів, необхідних для виконання посадових обов'язків;
- 5) відповідальності – керівництво та працівники несуть відповідальність за свої рішення, дії та виконання завдань у рамках посадових обов'язків;
- 6) превентивності – своєчасне здійснення заходів контролю для запобігання виникненню відхилень від установлених норм;
- 7) відкритості – запровадження механізмів зворотного зв'язку та забезпечення необхідного ступеня прозорості під час проведення оцінки системи внутрішнього контролю;
- 8) розмежування внутрішнього контролю та внутрішнього аудиту – внутрішній аудит здійснюється для оцінки функціонування системи внутрішнього контролю в Установі, надання рекомендацій щодо її поліпшення без безпосереднього здійснення заходів з організації внутрішнього контролю, управління ризиками і прийняття управлінських рішень про управління фінансовими та іншими ресурсами;
- 9) прагнення до підвищення ефективності управління;

10) доброчесності та професіоналізму керівництва та працівників.

2.2. Система внутрішнього контролю в Установі складається з таких елементів:

- 1) внутрішнє середовище;
- 2) управління ризиками;
- 3) заходи контролю;
- 4) моніторинг;
- 5) інформаційний та комунікаційний обмін.

2.3. Внутрішній контроль в Установі базується на комплексі формалізованих та задокументованих правил і контрольних процедур, чіткому визначенні й закріпленні повноважень та відповідальності.

2.4. Директор Установи забезпечує розподіл обов'язків, повноважень та відповідальності між керівництвом та працівниками Установи.

Працівники Установи відповідальні та підзвітні за виконання покладених на них завдань, обов'язків та функцій відповідно до актів законодавства та внутрішніх документів Установи.

2.5. Організація та здійснення внутрішнього контролю в Установі забезпечується таким чином:

1) розроблення та затвердження в межах компетенції керівництвом Установи внутрішніх документів (наказів, доручень, методичних рекомендацій, описів, регламентів, положень тощо), спрямованих на належне функціонування системи внутрішнього контролю;

2) прийняття планів роботи Установи, визначення напрямів діяльності Установи, закріплення цих напрямів за відповідальними самостійними структурними підрозділами; контроль за виконанням планів діяльності та звітування про виконання планів, завдань і функцій; виявлення та оцінка ризиків, що виникають під час виконання покладених на структурні підрозділи завдань і функцій; вжиття заходів контролю та моніторингу, обміну інформацією тощо;

3) здійснення керівниками структурних підрозділів Установи планування діяльності відповідних підрозділів, контролю за виконанням планів діяльності та звітування про виконання планів, завдань і функцій, виявлення та оцінка ризиків, що виникають у ході виконання покладених на них завдань і функцій, вжиття відповідних заходів контролю і моніторингу, обміну інформацією тощо;

4) координація управління ризиками, визначення найбільш ризикових напрямів, завдань і функцій у діяльності Установи та інформування директора установи про такі ризики робочою групою з узагальнення ризиків, яка утворюється наказом директора Установи (далі – робоча група). До складу робочої групи в обов'язковому порядку входить особа, відповідальна за реалізацію Положення про запобігання та протидію корупції в Установі – Уповноважений, який призначається відповідно до вимог цього Положення.

### 3. Внутрішнє середовище

3.1. Внутрішнє середовище (середовище контролю) складається із суб'єктів внутрішнього контролю, об'єктів внутрішнього контролю та заходів, що застосовуються для забезпечення досягнення результатів відповідно до законодавчо закріплених функцій та завдань, встановленої мети, стратегічних та інших цілей, планів і вимог щодо діяльності Установи.

3.2. Внутрішнє середовище є основою для всіх елементів внутрішнього контролю.

3.3. Внутрішнє середовище складається з:

- суб'єктів внутрішнього контролю, до яких належать директор Установи, його заступники, керівники структурних підрозділів, посадові особи Установи, робоча група;
- об'єктів внутрішнього контролю – завдань та функцій, що здійснюються суб'єктами внутрішнього контролю для досягнення встановлених цілей в межах визначених повноважень та відповідальності.

3.4. Окремими елементами, які визначають внутрішнє середовище Установи, є:

- 1) мета, стратегічні та інші цілі Установи;
- 2) організаційна структура, повноваження, система відповідальності і підзвітності керівництва та працівників Установи;
- 3) відповідальність і контроль керівництва Установи за дотриманням законодавства та внутрішніх порядків і процедур Установи;
- 4) встановлені завдання і функції, їх розподіл та закріплення за виконавцями (співвиконавцями);
- 5) планування діяльності;
- 6) забезпечення дотримання працівниками правил етичної поведінки та доброчесності, вимог законодавства у сфері запобігання корупції;
- 7) звітність про результати діяльності.

3.5. Встановлення мети та стратегічних цілей установою здійснюється відповідно до статті 21 Бюджетного кодексу України та Методичних рекомендацій щодо розроблення планів діяльності головних розпорядників бюджетних коштів (за бюджетними призначеннями, визначеними законом про Державний бюджет України на відповідний бюджетний період) на плановий та два бюджетні періоди, що настають за плановим, затверджених наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 25 липня 2012 року № 869.

3.6. Організаційні та функціональні засади внутрішнього середовища Установи регулюються її Статутом, положеннями про структурні підрозділи, посадовими інструкціями та іншими внутрішніми документами.

Керівники структурних підрозділів самостійно вирішують, виконання яких функцій та завдань потребує додаткової регламентації шляхом розроблення окремих положень, порядків, регламентів тощо.

3.7. Внутрішнє середовище в Установі передбачає розподіл повноважень та відповідальності між суб'єктами внутрішнього контролю:

- 1) директор Установи здійснює загальну організацію та забезпечує умови для ефективного функціонування системи внутрішнього контролю в Установі з питань планування діяльності установи, управління бюджетними коштами, об'єктами державної власності, транспортними засобами та іншими ресурсами, організації і ведення бухгалтерського обліку, складання і подання фінансової і бюджетної звітності, здійснення закупівель товарів, робіт і послуг, проведення правової роботи, роботи з персоналом, діяльності із запобігання та виявлення корупції, забезпечення режиму секретності та інформаційної безпеки, захисту інформації в інформаційних та телекомунікаційних системах, організації документообігу, в тому числі електронного документообігу та управління інформаційними потоками, взаємодії із засобами масової інформації та громадськістю, підготовки щорічного звіту про діяльність Установи; вирішення інших питань, пов'язаних із функціонуванням Установи;
- 2) заступники директора Установи організовують внутрішній контроль відповідно до розподілу повноважень;
- 3) керівники структурних підрозділів безпосередньо забезпечують функціонування внутрішнього контролю у підпорядкованих підрозділах та забезпечують дотримання принципів, зазначених у п.2.5, ідентифікують, здійснюють оцінку та управління ризиками в межах наданих їм повноважень;
- 4) працівники структурних підрозділів виконують завдання, функції, процеси та операції в межах повноважень і відповідальності, визначених положеннями про структурні підрозділи та посадовими інструкціями, затвердженими у встановленому порядку;
- 5) робоча група здійснює узагальнення та перегляд ризиків, а також заходів щодо їх усунення, готує відповідні документи.

3.8. Управлінська відповідальність та підзвітність директора Установи, керівників структурних підрозділів та працівників Установи ґрунтується на вимогах законодавства і стосується всієї діяльності Установи, зокрема щодо:

- визначення мети, стратегічних цілей, завдань, заходів та очікуваних результатів діяльності з урахуванням наявних ресурсів в плані діяльності Установи на плановий та наступні за плановим два бюджетні періоди;
- формування бюджетних запитів, порядків використання бюджетних коштів, складання та виконання кошторисів бюджетних установ, паспортів бюджетних програм;
- управління бюджетними коштами;
- організації та ведення бухгалтерського обліку, складання та подання фінансової і бюджетної звітності;
- управління об'єктами державної власності;
- здійснення державних закупівель;
- здійснення правової та кадрової роботи;
- діяльності з протидії та запобігання корупції;
- забезпечення режиму секретності та інформаційної безпеки;
- організації документообігу та управління інформаційними потоками;
- взаємодії із засобами масової інформації та громадськістю.

#### 4. Управління ризиками

4.1. Управління ризиками здійснюється з метою найбільш раннього виявлення можливих відхилень, порушень і недоліків, запобігання неефективному використанню ресурсів у діяльності Установи.

4.2. Діяльність з управління ризиками в Установі полягає в:

- 1) ідентифікації ризиків;
- 2) проведенні оцінки ризиків;
- 3) визначенні способів реагування на ідентифіковані та оцінені ризики;
- 4) здійсненні перегляду ідентифікованих та оцінених ризиків для виявлення нових і таких, що зазнали змін.

4.3. Ідентифікація, оцінка ризиків, розробка заходів реагування на ідентифіковані та оцінені ризики, а також їх впровадження, перегляд ідентифікованих та оцінених ризиків здійснюються самостійними структурними підрозділами відповідно до орієнтовних критеріїв оцінки ризиків, які наведені в цьому Порядку.

4.4. Узагальнення високих ризиків та заходів щодо їх усунення здійснюється робочою групою за поданням керівників структурних підрозділів Установи. До повноважень робочої групи належить також оцінка корупційних ризиків за поданням Уповноваженого.

#### 5. Ідентифікація ризиків

5.1. Ідентифікація ризиків полягає у визначенні ймовірних подій, які негативно впливають/вплинуть на здатність Установи виконувати визначені актами законодавства завдання і функції для досягнення мети та стратегічних цілей.

5.2. Ідентифікація ризиків здійснюється Установою щороку і передбачає:

- 1) ідентифікацію подій, їх розподіл на ризики, складання переліку ризиків, які можуть вплинути на виконання закріплених завдань та функцій або на діяльність Установи загалом;
- 2) класифікацію ризиків за категоріями та видами.

5.3. Об'єктом ідентифікації ризиків є усі види діяльності, функції, процеси та операції, здійснення яких забезпечується працівниками Установи у межах визначених повноважень і відповідальності, системи планування, обліку та звітності, які забезпечують

підтримку керівництва в ефективному, результативному і законному використанні ресурсів та активів для досягнення визначених цілей.

5.4. Ризики розподіляються на такі категорії:

1) зовнішні – потенційні події, які є зовнішніми щодо Установи та ймовірність виникнення яких не пов'язана з виконанням суб'єктами внутрішнього контролю відповідних завдань;

2) внутрішні – потенційні події, ймовірність виникнення яких безпосередньо пов'язана з виконанням суб'єктами внутрішнього контролю відповідних завдань.

5.5. Зовнішні та внутрішні ризики розподіляють за такими видами:

1) нормативно-правові – це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із відсутністю, суперечністю або нечіткою регламентацією виконання функцій, процесів чи операцій у відповідних нормативно-правових актах, законодавчими змінами;

2) операційно-технологічні – це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із порушенням термінів, формату подання документів, розподілу повноважень з виконання функцій, процесів чи операцій;

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

4) кадрові – це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із неналежною професійною підготовкою працівників Установи, неналежним виконанням ними посадових інструкцій, професійною деформацією чи професійним вигоранням, правовим нігілізмом тощо;

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

6) фінансові – це ризики, пов'язані з імовірністю втрат фінансових ресурсів (грошових коштів);

7) корупційні – це ризики, ймовірність виникнення яких пов'язана із правовими, організаційними та іншими факторами, в тому числі заходами контролю, і причинами або із сукупністю таких факторів і причин, які створюють умови для працівників Установи до порушення вимог Положення про запобігання та протидію корупції, вчинення корупційного або пов'язаного з корупцією правопорушення під час виконання ними своїх повноважень;

8) репутаційні – дії або події, які можуть негативно вплинути на репутацію Установи;

9) ризики інформаційної безпеки – ризики, пов'язані із впливом на інформаційні системи, які використовуються Установою, наслідком яких є порушення конфіденційності, цілісності, автентичності, авторських прав або доступності інформаційних ресурсів;

10) інші ризики.

5.6. Під час перегляду ризиків ураховуються зміни в економічному, нормативно-правовому середовищі, внутрішніх і зовнішніх умовах діяльності Установи, а також відповідно до нових та переглянутих завдань чи цілей діяльності.

## 6. Оцінка ризиків

6.1. Структурні підрозділи Установи визначають рівень ризиків за такими критеріями:

1) ймовірність ризику - виникнення події у певний проміжок часу, що може негативно вплинути на діяльність Установи;

2) вплив ризику – вплив такої події у разі її виникнення на виконання закріплених за структурними підрозділами Установи завдань та функцій або діяльність Установи в цілому.

6.2. Ступінь ймовірності ризику структурними підрозділами Установи визначається за такими видами:

1) низька ймовірність – така подія не виникала ніколи і ймовірність її виникнення практично нульова;

2) середня ймовірність – випадки виникнення вже були, але не частіше ніж один-два рази за останні два-три роки;

3) висока ймовірність – подія може виникнути у короткостроковій перспективі (до одного року) та може бути повторена.

6.3. За рівнем впливу на здатність суб'єктів внутрішнього контролю виконувати завдання та функції виділяють ризики:

1) низького рівня впливу – вплив події є мінімальним та/або невеликої тяжкості;

2) середнього рівня впливу – вплив середнього ступеня тяжкості на виконання закріплених за структурними підрозділами завдань та функцій;

3) високого рівня впливу – вплив є тяжким та/або особливо тяжким.

6.4. Зведена оцінка ідентифікованих ризиків здійснюється відповідно до наведеної таблиці і кожний ризик оцінюється Установою як:

1) низький (числові значення 1 і 2) – «зелена зона» – вважається прийнятним;

2) середній (числові значення 3 і 4) – «жовта зона» – потребує прийняття рішень та вжиття заходів контролю на рівні керівників структурних підрозділів Установи в межах їх повноважень та компетенції або, у разі потреби, інформування директора Установи для прийняття рішень щодо вжиття заходів контролю;

3) високий (числові значення 6 і 9) – «червона зона» – потребує прийняття рішень та вжиття заходів контролю на рівні заступників директора або директора Установи.

РІВЕНЬ ВПЛИВУ	СТУПІНЬ ЙМОВІРНОСТІ РИЗИКУ		
	Низька (1)	Середня (2)	Висока (3)
	Високий (3)	3 = 1 x 3 (жовта зона)	6 = 2 x 3 (червона зона)
Середній (2)	2 = 1 x 2 (зелена зона)	4 = 2 x 2 (жовта зона)	6 = 3 x 2 (червона зона)
Низький (1)	1 = 1 x 1 (зелена зона)	2 = 2 x 1 (зелена зона)	3 = 3 x 1 (жовта зона)

**Довідково:** числове значення оцінки ризику (ЧЗ) є добутком рівня впливу ризику й рівня ймовірності ризику.

## 7. Обрання способів реагування на ідентифіковані та оцінені ризики

7.1. Оцінивши ризики, керівники структурних підрозділів Установи обирають для кожного з цих ризиків один із чотирьох основних способів реагування на нього: зменшення, прийняття, розділення чи уникнення ризику:

- зменшення ризику означає вжиття заходів, які сприяють зменшенню або повному усуненню ймовірності виникнення ризиків та/або їх впливу, та включає низку операційних рішень, що здійснюються щоденно, у тому числі заходи контролю;

- прийняття ризику означає, що заходи контролю до нього не застосовуватимуться. Такі рішення приймаються, якщо результати оцінки ризику свідчать, що його вплив на діяльність буде мінімальним (ризик оцінено як низький); витрати на заходи контролю будуть

надто високими порівняно з вигодами від зменшення ризику; немає заходів контролю, які можуть запобігти настанню негативних подій;

- розділення (передача) ризику означає зменшення ймовірності або впливу ризику певного структурного підрозділу шляхом розподілу цього ризику між різними структурними підрозділами;

- уникнення ризику означає призупинення (припинення) діяльності (завдання, функції, процесу, операції), яка призводить до підвищення ризику (вирішення питання доцільності проведення певного заходу або продовження проекту тощо).

7.2. Під час прийняття керівником структурного підрозділу Установи рішення щодо способів реагування на ризик ураховується:

- 1) оцінка ризику (низький, середній, високий);
- 2) пропорційність, тобто витрати, пов'язані з реагуванням на ризик, не повинні перевищувати отриману вигоду від його зменшення;
- 3) вірогідність виникнення додаткових ризиків обраним способом реагування на ризик.

7.3. Щодо ризиків, які оцінено як високі, структурні підрозділи Установи формують пропозиції стосовно заходів реагування, рішення щодо вжиття яких буде прийматися директором Установи.

Щодо ризиків, які оцінено як середні, кожним структурним підрозділом установи розробляються відповідні заходи реагування, які вживаються цим структурним підрозділом самостійно. Водночас, за неможливості вжиття заходів самостійно, формуються пропозиції щодо заходів реагування, які надаються робочій групі.

Ризики, які оцінено як низькі, є прийнятними ризиками.

Про всі корупційні ризики, незалежно від ступеня їх ймовірності, керуючись принципом нульової толерантності до корупції у будь-яких її формах та проявах, негайно службовою запискою повідомляється Уповноважений для подальшого інформування робочої групи.

7.4. З урахуванням пунктів 7.2. – 7.3. цього порядку суб'єкти внутрішнього контролю відповідно до їх повноважень та відповідальності:

- визначають перелік ризиків і класифікують кожен ризик у розрізі категорії та виду ризику;
- здійснюють оцінку ризиків за критеріями ймовірності виникнення ризику і його впливу на спроможність суб'єкта внутрішнього контролю досягати визначених стратегічних цілей;
- складають інформацію з ідентифікації та оцінки ризиків;
- складають план з реалізації заходів контролю та моніторингу впровадження їх результатів.

7.5. Повноваження робочої групи:

- аналізує та узагальнює інформацію про ризики в Установі;
- інформує директора Установи про результати узагальнення ризиків;
- за пропозиціями структурних підрозділів формує план заходів щодо усунення ризиків та здійснює контроль за їх усуненням.

## 8. Заходи контролю і моніторингу

8.1. Заходами контролю є сукупність запроваджених в Установі управлінських дій, які здійснюються керівництвом та працівниками для впливу на ризики з метою досягнення Установою визначених мети, стратегічних та інших цілей, завдань, планів і вимог щодо діяльності.



8.2. Заходи контролю здійснюються на всіх рівнях діяльності Установи та включають правила і процедури контролю щодо усіх завдань, функцій, процесів та операцій, найбільш типовими серед яких є:

- 1) авторизація та підтвердження шляхом отримання дозволу відповідальних осіб на виконання операцій через процедуру візування, погодження та затвердження до їх фактичного виконання;
- 2) розподіл обов'язків та повноважень, що зменшує ризик помилок, втрат, порушень та неправильних дій;
- 3) контроль за доступом до ресурсів та облікових записів, а також закріплення відповідальності за збереження і використання ресурсів, що зменшує ризик їх втрати чи неправильного використання;
- 4) контроль за достовірністю проведених операцій, перевірка процесів та операцій до та після їх проведення, звірка облікових даних із фактичними;
- 6) контроль за виконанням документів;
- 7) оцінка загальних результатів діяльності Установи, окремих функцій та завдань на підставі визначених ключових показників ефективності;
- 8) контроль за інформаційними системами та доступом до них;
- 9) обмеження прямого фізичного доступу до активів і записів тощо;
- 10) інші правила та процедури, у тому числі визначені стандартами, порядками, положеннями, затвердженими в установленому порядку.

8.3. Розробка нових положень, порядків тощо та/або внесення змін до чинних локальних актів здійснюється суб'єктами внутрішнього контролю за напрямками діяльності.

8.4. Виконання затверджених положень, порядків тощо є обов'язковим під час здійснення функцій, операцій та процесів, покладених на суб'єктів внутрішнього контролю.

8.5. Реалізація заходів контролю здійснюється на постійній основі структурними підрозділами Установи, які ідентифікували ризики та розробили заходи щодо їх усунення, в межах їх повноважень.

8.6. Моніторинг в Установі полягає у здійсненні суб'єктами внутрішнього контролю постійного відстеження стану організації та здійснення внутрішнього контролю в цілому та/або окремих його елементів з метою виявлення відхилень чи недоліків у функціонуванні системи внутрішнього контролю та/або окремих його елементів та вжиття заходів для усунення таких відхилень.

8.7. Постійний моніторинг здійснюється під час щоденної/поточної діяльності Установи та передбачає управлінські, наглядові та інші дії керівництва та працівників Установи при виконанні ними своїх обов'язків.

8.8. У разі виявлення відхилень чи недоліків у функціонуванні системи внутрішнього контролю та/або окремих його елементів здійснюється їхнє документування, вживаються необхідні заходи для усунення з одночасним інформуванням керівництва Установи.

## 9. Внутрішній аудит

9.1. Внутрішній аудит проводиться в порядку, встановленому Національною академією медичних наук України для підприємств, установ та організацій, що належать до її сфери управління.

## 10. Інформаційний та комунікаційний обмін

10.1. Інформаційний та комунікаційний обмін гарантує керівникам усіх рівнів та працівникам Установи наявність інформації, необхідної для прийняття рішень і виконання покладених на них завдань і функцій.

10.2. Інформаційний та комунікаційний обмін забезпечується керівниками структурних підрозділів для належного виконання і оцінювання функцій та завдань.

10.3. Інформація повинна відповідати вимогам:

- 1) доцільності, що передбачає наявність лише необхідної інформації;
- 2) своєчасності, що передбачає отримання інформації у визначений час;
- 3) актуальності, тобто інформація не повинна застаріти до її отримання;
- 4) чіткості, що передбачає правильність, достатність та деталізованість;
- 5) доступності, що передбачає вільний доступ до інформації зацікавленим учасникам процесу.

10.4. Для забезпечення отримання інформації необхідно, щоб усі операції, важливі події та процедури контролю були повністю, своєчасно та достовірно задокументовані. Якщо інформація є необхідною для прийняття рішень керівництвом, відповідні операції та події повинні бути зафіксовані, оброблені та передані негайно після їх настання або у визначений термін.

10.5. Директор Установи:

- 1) має бути обізнаним про виконання функцій, завдань, досягнення, ризику та функціонування системи внутрішнього контролю, а також про інші необхідні для прийняття рішення події та питання;
- 2) інформує працівників про завдання, які стоять перед Установою;
- 3) отримує інформацію від керівників структурних підрозділів Установою про виконання функцій, завдань, досягнення, ризику та стан функціонування системи внутрішнього контролю Установи та застосовує її для прийняття рішень;
- 4) організовує та забезпечує надання зворотної інформації та вказівок;
- 5) забезпечує належні засоби комунікації із зовнішніми суб'єктами, а також засоби для отримання інформації від них.

10.5. Керівники структурних підрозділів Установи:

- інформують директора установи про виконану ними роботу, досягнення, ризику, які виникають під час виконання ними своїх посадових обов'язків;
- несуть відповідальність за невиконання своїх посадових обов'язків та доручень керівництва.

10.6. Працівники Установи повинні:

- знати про відповідальність щодо виконання конкретних заходів контролю;
- розуміти свою роль у системі внутрішнього контролю, а також як їх особиста діяльність співвідноситься з роботою інших працівників.

10.7. Інформаційний та комунікаційний обмін здійснюється шляхом:

- організації та забезпечення доступу інформації;
- організації документообігу та роботи з документами;
- встановлення порядків та графіків складення і подання звітності;
- оприлюднення інформації про діяльність Установи.

Основні засади інформаційного та комунікаційного обміну визначені законами України «Про державну таємницю», «Про захист персональних даних», «Про доступ до публічної інформації», «Про запобігання корупції», Інструкцією з діловодства в Установі тощо.