



**МІНІСТЕРСТВО ЕКОНОМІКИ, ДОВКІЛЛЯ
ТА СІЛЬСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ ЕКСПЕРТИЗИ СОРТІВ РОСЛИН
УІЕСР**

вул. Горіхуватський шлях, 15, Київ, 03041, тел.0 (44) 290 40 45,
e-mail: sops@sops.gov.ua, web: sops.gov.ua,
код ЄДРПОУ: 00488332

Н А К А З

«07» травня 2026 року

Київ

№162-ОД

Про затвердження Положення «Управління ризиками та можливостями»
Українського інституту експертизи сортів рослин СУЯ ПЛ.01/6.1-2026 (редакція 1)

На виконання наказу Українського інституту експертизи сортів рослин (далі - УІЕСР) від 10.02.2026 № 39-ОД «Про затвердження Плану заходів щодо поліпшення СУЯ УІЕСР на 2026 рік» та за погодженням Вченої ради Українського інституту експертизи сортів рослин (далі – УІЕСР) (протокол від 30.04.2026 № 05),

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Положення «Управління ризиками та можливостями» Українського інституту експертизи сортів рослин СУЯ ПЛ.01/6.1-2026 (редакція 1) (далі – Положення) (Додаток).
2. Відділу кадрів і діловодства (Ткачук І. М.) довести наказ до відома заступників директора, керівників структурних підрозділів та директорів філій УІЕСР засобами автоматизованої системи контролю обігу документів (АСКОД).
3. Відділу науково-організаційної роботи (Ковальчук Є. С.) забезпечити опублікування наказу та Положення на вебсайті УІЕСР.
4. Контроль за виконанням наказу залишаю за собою.

Директор

підпис наявний

Сергій МЕЛЬНИК

Додаток
до наказу Українського інституту
експертизи сортів рослин
від «07» травня 2026 р. № 162-ОД

**Положення «Управління ризиками та можливостями» Українського інституту
експертизи сортів рослин СУЯ ПЛ.01/6.1-2026
(редакція 1)**

1. Призначення і сфера застосування

1.1. Це положення встановлює порядок дій щодо ризиків та можливостей під час проведення науково-технічної експертизи сортів рослин та науково-дослідних робіт у сфері охорони прав на сорти рослин та сортової сертифікації, забезпечує ефективне управління процесами Українського інституту експертизи сортів рослин (далі – Інститут), а також відповідність виконуваних процесів застосовним законодавчим і нормативним вимогам.

1.2. Це Положення визначає сферу застосування та межі функціонування системи внутрішнього контролю (далі – СВК), яка реалізується в межах системи управління якістю (далі – СУЯ) Інституту як інструмент управління ризиками.

1.3. Це положення розроблено відповідно до вимог п. 6.1. ДСТУ ISO 9001:2015 Системи управління якістю. Вимоги (ISO 9001:2015, IDT) та ДСТУ EN ISO 9001:2018 Системи управління якістю. Вимоги (EN ISO 9001:2015, IDT; ISO 9001:2015, IDT), а також п. 6.1. Положення «Про систему управління якістю Інституту» СУЯ ПЛ.01-2023.

1.4. Вимоги цього положення поширюються на всіх працівників Інституту та його філій в межах дії СУЯ.

2. Нормативні посилання (нормативно-правова база)

2.1. Наведені нижче нормативні документи через посилання в цьому тексті становлять окремі положення СУЯ проведення науково-технічної експертизи сортів рослин та науково-дослідних робіт в сфері охорони прав на сорти рослин та сортової сертифікації в Інституті. У разі датованих посилань застосовують тільки наведені видання. У разі недатованих посилань потрібно користуватися останнім виданням нормативного документу (разом із змінами).

Наказ Інституту «Про затвердження Положення про організацію внутрішнього контролю в Українському інституті експертизи сортів рослин»

Наказ Інституту «Про затвердження Порядку проведення моніторингу системи внутрішнього контролю»

Наказ Інституту «Про затвердження Положення про систему управління якістю Українського інституту експертизи сортів рослин»

Наказ Інституту «Про затвердження Положення про планування і проведення внутрішнього аудиту СУЯ Українського інституту експертизи сортів рослин»

Наказ Інституту «Про затвердження Інструкції Невідповідність і коригувальні дії Українського інституту експертизи сортів рослин»

Наказ Інституту «Про затвердження Положення про управління задокументованою інформацією Українського інституту експертизи сортів рослин»

ДСТУ ISO 9001:2015 Системи управління якістю. Вимоги (ISO 9001:2015, IDT)

ДСТУ EN ISO 9001:2018 Системи управління якістю. Вимоги (EN ISO 9001:2015, IDT; ISO 9001:2015, IDT)

ДСТУ ISO 9000:2015 Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів.

3. Терміни, визначення та скорочення

3.1. У цьому положенні застосовано наступні терміни та визначення понять, зокрема наведені в ДСТУ ISO 9000:

SWOT-аналіз – це інструмент оцінювання контексту організації, який використовується для ідентифікації внутрішніх факторів (сильних і слабких сторін) та зовнішніх факторів (можливостей і загроз), що впливають на досягнення цілей системи управління якістю;

аудит (audit) – систематичний, незалежний і задокументований процес отримання об'єктивних доказів та їх об'єктивного оцінювання, щоб визначити ступінь дотримання критеріїв аудиту;

вплив – це показник, що характеризує масштаб негативних або позитивних наслідків події (ризик або можливість) для процесів, ресурсів і результатів діяльності Інституту;

ефективність (efficiency) – співвідношення між досягненим результатом і використаними ресурсами;

замовник (customer) - особа або організація, яка може отримати або отримує продукцію чи послугу, призначену для цієї особи чи організації, або яку потребує ця особа чи організація;

запобіжна дія (preventive action) – дія, яку виконують, щоб усунути причину потенційної невідповідності або іншої потенційно небажаної ситуації;

заявник - особа, яка подала заявку на сорт та/або набула прав заявника у встановленому законом порядку;

ймовірність – це показник настання певної події (ризик/можливості), що визначається на основі аналізу наявних даних, досвіду та умов діяльності.

коригувальна дія (corrective action) – дія, яку виконують, щоб усунути причину невідповідності й запобігти її повторному виникненню;

можливість – це потенційна умова або фактор, реалізація якого може сприяти досягненню запланованих результатів системи управління якістю, підвищенню ефективності процесів та забезпеченню постійного поліпшення;

моніторинг – визначання статусу системи, процесу, продукції, послуги чи роботи;

наслідок – результат події, який впливає на досягнення цілі;

невідповідність (nonconformity) - невиконання вимоги;

структурний підрозділ Інституту – відділ/сектор/лабораторія/відокремлений структурний підрозділ (філія) Інституту, що задіяний у проведенні науково-технічної експертизи сортів рослин та науково-дослідних робіт у сфері охорони прав на сорти рослин;

перевірка дослідів – тип внутрішнього аудиту процесів науково-технічної експертизи та науково-дослідних робіт у сфері охорони прав на сорти рослин та сортової сертифікації, що охоплені СУЯ, який проводиться з метою контролю виконання Програм польових досліджень кваліфікаційної експертизи сортів рослин, ділянкового (грунтового) сортового контролю, досліджень колекцій сортів, закладання дослідів в пунктах досліджень, щоб визначити ступінь дотримання агротехнічних, методичних вимог та відповідності процесів нормативно-правовим та регламентуючим документам;

ризик (risk) – вплив невизначеності;

Примітка 1. Вплив – це відхил, позитивний або негативний, від очікуваного.

Примітка 2. Невизначеність – це стан нестачі навіть часткової інформації (3.8.2) стосовно розуміння чи знання події, її наслідку чи ймовірності.

Примітка 3. Ризик часто характеризують посиленням на можливі події та можливі наслідки чи на їх поєднання.

Примітка 4. Ризик часто зазначають з погляду поєднання наслідків події (охоплюючи зміни в обставинах) і ймовірністю її виникнення.

Примітка 5. Слово «ризик» іноді використовують, якщо йдеться про можливість тільки негативних наслідків.

уповноважений орган управління – суб’єкт управління, визначений засновником або законодавством, який реалізує повноваження щодо управління діяльністю Інституту, у тому числі затвердження планів, контроль ефективності діяльності та прийняття управлінських рішень;

управління (management) – скоординовані дії щодо спрямування та контролювання діяльності організації.

3.2. У цьому положенні наведено такі скорочення:

АСКОД – автоматизована система контролю та обігу документів в Інституті та його філіях;

Пл. - Положення;

ПКЯ - представник керівника Інституту з якості;

Пр. – Протокол;

СВК – система внутрішнього контролю;

СУЯ - система управління якістю.

4. Опис процедури

4.1. Входи й виходи процесу

Входами процесу є:

- законодавчі та нормативно-розпорядчі документи у сфері науково-технічної експертизи сортів рослин та сортової сертифікації;
- процеси науково-технічної експертизи сортів рослин та науково-дослідних робіт у сфері охорони прав на сорти рослин та сортової сертифікації;
- фактори внутрішнього та зовнішнього середовища;
- внутрішні документи СУЯ та СВК;
- результати внутрішніх аудитів, моніторингу та контролю;
- інформація від структурних підрозділів щодо проблем, ризиків та потенційних можливостей розвитку.

Виходами процесу є:

- ідентифіковані ризики та можливості за процесами і напрямками діяльності;
- оцінені ризики (ймовірність, вплив) та можливості (очікуваний ефект та доцільність реалізації);
- визначені та затверджені заходи контролю, задокументована інформація про їх виконання;
- визначені заходи використання/реалізації можливостей, результати виконання та оцінка ефективності;
- оцінка ефективності контрольних заходів, актуалізовані реєстри та плани з реалізації заходів контролю, використання/реалізації можливостей та моніторингу;
- SWOT-аналіз та висновки щодо сильних та слабких сторін діяльності Інституту у сфері науково-технічної експертизи сортів рослин та сортової сертифікації.

4.2. Відповідальність і повноваження

Відповідальним за виконання вимог цього Положення персоналом Інституту, координацію, планування та аналізування є ПКЯ. Менеджер з якості Інституту відповідальний за здійснення моніторингу, формування результатів та проведення оцінки ефективності.

Керівник структурного підрозділу/процесу є відповідальним за виконання запланованих заходів в межах наданих повноважень, своєчасне надання інформації та виконання рішення керівництва для удосконалення СУЯ.

4.3. Загальні положення

4.3.1. Загальні положення визначають основні принципи, підходи та правила організації процесу управління ризиками та можливостями під час здійснення науково-технічної експертизи сортів рослин та науково-дослідних робіт у сфері охорони прав на сорти рослин та сортової сертифікації в межах СУЯ Інституту.

4.3.2. Інститут планує свої дії щодо ризиків та можливостей.

4.3.3. Інститут забезпечує, що дії щодо ризиків та можливостей пропорційні потенційному впливу на результати діяльності.

4.3.4. Інститут встановлює контекст процесу управління ризиками та можливостями з метою визначення основних параметрів, в рамках яких має відбуватися управління ризиками та можливостями.

Контекст включає наступні фактори зовнішнього середовища:

- ДСТУ ISO 9001:2015 Системи управління якістю. Вимоги (ISO 9001:2015, IDT) та ДСТУ EN ISO 9001:2018 Системи управління якістю. Вимоги (EN ISO 9001:2015, IDT; ISO 9001:2015, IDT);

- соціальний, культурний, політичний, юридичний, законодавчий, фінансовий, технологічний, економічний, природний і конкурентне середовище на різних рівнях;

- взаємовідносини із зовнішніми зацікавленими сторонами, їх сприйняття і цінності;

- нормативно-правові акти, розпорядчі документи уповноваженого органу управління та стандарти;

- договірні взаємовідносини.

Контекст включає наступні фактори внутрішнього середовища:

- керівництво та співробітники, організаційне середовище, завдання та відповідальність;

- політики та цілі;

- можливості, що сприймаються у вигляді ресурсів і знань;

- інформаційні системи.

4.3.5. Управління ризиками в Інституті здійснюється згідно з принципами та підходами СВК Інституту та включає:

- визначення суб'єктів та об'єктів внутрішнього середовища Інституту;

- ідентифікацію ризиків; проведенні їх оцінки за критеріями ймовірності виникнення та впливом на здатність Інституту досягати визначених цілей відповідно до матриці оцінки ризиків та можливостей (рис. 1); визначення способів реагування на ідентифіковані та оцінені ризики; здійснення перегляду ідентифікованих та оцінених ризиків для виявлення нових та таких, що зазнали змін; впровадження заходів контролю для попередження можливих порушень та недоліків, запобігання неефективному використанню ресурсів під час виконання завдань та функцій;

- запровадження заходів контролю та визначення їх ефективності;

- інформаційний та комунікаційний обмін;

- моніторинг;

- документування та звітування під час забезпечення/вдосконалення внутрішнього контролю.

4.3.6. Процес управління можливостями в Інституті включає:

- ідентифікацію можливостей, в тому числі на основі аналізування ідентифікованих ризиків в рамках СВК, що можуть мати позитивний вплив на досягнення цілей СУЯ Інституту;

- проведення оцінки можливостей за критеріями ймовірності виникнення та впливом на здатність Інституту досягати визначених цілей відповідно до матриці оцінки ризиків та можливостей (рис. 1);

- планування заходів з управління можливостями з урахуванням визначеного рівня, встановлення пріоритетності, термінів реалізації та відповідальних виконавців;

- проведення моніторингу виконання заходів та оцінка їх ефективності.

4.3.7. Процес управління можливостями має вертикальну структуру та здійснюється з урахуванням наступного розподілу можливостей за рівнями з метою встановлення пріоритетності:

- можливості, які відповідно до матриці оцінки ризиків та можливостей оцінено в числових значеннях від 1 до 4, мають «низький» рівень. Заходи з впливу на можливість не розробляються;

- можливості, які оцінено в числових значеннях 5, 6, 8, 9, мають «середній» рівень. При необхідності розробляються заходи щодо поліпшення для реалізації наданої можливості. Рішення про доцільність розробки відповідних заходів приймає керівник структурного підрозділу/процесу з урахуванням наявних матеріально-технічних і кадрових ресурсів;

- можливості, які оцінено в числових значеннях 10, 12 мають «високий» рівень та потребують розроблення відповідних заходів для їх реалізації. Реалізація можливості знаходиться під контролем заступників директора Інституту відповідно до розподілу посадових обов'язків між директором Інституту та його заступниками;

- можливості, які оцінено в числових значеннях 15, 16, 20, мають «дуже високий» рівень. Розробляються заходи для реалізації можливостей, що виникають. Реалізація можливостей даного рівня здійснюється шляхом прийняття оперативних управлінських рішень виключно на рівні директора Інституту.

Рівень (бал)			Ймовірність				
			Рідко/майже не можливо	Мало-ймовірно	Середня	Можливо	Часто/Очікується
			1	2	3	4	5
Вплив	Низький	1	Низький (1) (1×1)	Низький (2) (1×2)	Низький (3) (1×3)	Низький (4) (1×4)	Середній (5) (1×5)
	Середній	2	Низький (2) (2×1)	Низький (4) (2×2)	Середній (6) (2×3)	Середній (8) (2×4)	Високий (10) (2×5)
	Високий	3	Низький (3) (3×1)	Середній (6) (3×2)	Середній (9) (3×3)	Високий (12) (3×4)	Дуже високий (15) (3×5)
	Дуже високий	4	Низький (4) (4×1)	Середній (8) (4×2)	Високий (12) (4×3)	Дуже високий (16) (4×4)	Дуже високий (20) (4×5)

Рисунок 1 - Матриця оцінки ризиків та можливостей

4.3.8. В Інституті відповідна задокументована інформація щодо управління ризиками та можливостями зберігається як доказ отриманих результатів. Результати є доступними для внутрішніх перевірок, аудитів та зовнішніх оцінювальних органів.

4.3.9. Ризики і дії з їх запобігання

Перелік імовірних ризиків, які можуть виникнути на стадіях процесу управління ризиками та можливостями, а також дії із запобігання їм наведено в таблиці 1.

4.3.4. Процес управління ризиками та можливостями містить такі послідовні операції (стадії):

- ідентифікація ризиків та можливостей – формування реєстрів ризиків та можливостей з урахуванням результатів попереднього оцінювання ефективності, внутрішніх та зовнішніх аудитів, впливу зовнішніх та внутрішніх факторів середовища;

- оцінка ризиків та можливостей – визначення рівня ризиків та можливостей відповідно до їхнього впливу та ймовірності настання;

- планування заходів контролю з реагування на ризики та управління можливостями – визначення відповідних заходів контролю ризиків та управління можливостями, встановлення термінів виконання, визначення відповідальних осіб та очікуваних результатів (операційної цілі) від впровадження;

- проведення моніторингу виконання заходів контролю/управління – перевірка виконання визначених контрольних заходів для ризиків та заходів управління можливостей, що забезпечують стабільне досягнення цілей у сфері якості;

- оцінка ефективності запроваджених заходів контролю/управління – аналіз отриманих результатів заходів контролю ризиків та управління можливостями на основі визначення наслідків їх запровадження та досягнення операційних цілей;

- аналіз процесу управління ризиками та можливостями – проведення SWOT-аналізу та аналізування з боку керівництва з метою поліпшування СУЯ Інституту для досягнення цілей у сфері якості;

- актуалізація інформації про ризики та можливості – перегляд реєстрів ризиків та можливостей, заходів контролю та реалізації, документування та інформування.

Блок-схему процесу управління ризиками та можливостями наведено в додатку 1.

Таблиця 1 - Стадії процесу, ризики і дії з їх попередження

Потенційні ризики	Дії із запобігання ризикам
Стадія 1. Ідентифікація ризиків та можливостей	
Неповна ідентифікація ризиків і можливостей	Застосування структурованих методів та залучення представників усіх ключових структурних підрозділів
Несвоєчасна або неактуальна ідентифікація	Встановлення періодичності перегляду (не рідше 1 разу на рік), проведення позапланової ідентифікації при суттєвих змінах (законодавство, структура, ресурси)
Стадія 2. Оцінка ризиків та можливостей	
Помилки у визначенні ймовірності, впливу	Застосування затвердженої матриці оцінки та єдиних критеріїв оцінювання
Недооцінка або переоцінка ризиків/можливостей	Використання фактичних даних (звітність, аудит), порівняння з попередніми оцінками та тенденціями
Відсутність пріоритизації	Ранжування ризиків та можливостей за рівнем, виділення критичних ризиків і ключових можливостей, запровадження заходів відповідно до визначеного рівня
Стадія 3. Планування заходів контролю з реагування на ризики та управління можливостями	
Неефективне або формальне планування заходів	Визначення заходів на основі причин виникнення ризиків і потенціалу можливостей
Відсутність чіткої відповідальності та строків виконання	Визначення відповідальних осіб за кожен захід та встановлення строків виконання; контроль виконання з боку керівництва
Стадія 4. Проведення моніторингу виконання заходів контролю/управління	
Несвоєчасне або неповне проведення моніторингу	Встановлення періодичності моніторингу, визначення відповідальних за здійснення моніторингу, контроль з боку керівництва за дотриманням строків
Несвоєчасне реагування на відхилення	Впровадження коригувальних дій, перегляд ризиків і заходів за результатами оцінювання
Стадія 5. Оцінка ефективності запроваджених заходів контролю/управління	
Некоректна оцінка ефективності заходів	Використання кількісних і якісних даних, залучення результатів моніторингу, аудитів і звітності;
Формальний підхід до оцінювання	Документування результатів оцінювання та проведення періодичного перегляду ефективності заходів.
Відсутність подальших управлінських рішень	Оновлення реєстру ризиків і можливостей та використання результатів оцінки в плануванні діяльності та поліпшенні СУЯ
Стадія 6. Аналіз процесу управління ризиками та можливостями	
Неповний або несистемний аналіз процесу	Проведення аналізу за всіма стадіями процесу, використання встановлених критеріїв та показників результативності, залучення керівників підрозділів і відповідальних осіб
Невикористання результатів аналізу для поліпшення	Доведення результатів аналізу до керівництва, включення висновків до планів поліпшення СУЯ,

Потенційні ризики	Дії із запобігання ризикам
	ініціювання коригувальних та запобіжних дій, перегляд підходів до управління ризиками та можливостями
Стадія 7. Актуалізація інформації про ризики та можливості	
Несвоєчасне оновлення інформації	Встановлення періодичності актуалізації (не рідше 1 разу на рік), використання результатів моніторингу, аудитів та SWOT-аналізу
Неповне оновлення інформації	Залучення всіх структурних підрозділів до актуалізації, застосування структурованих методів, використання результатів моніторингу, аудитів, перевірок тощо
Відсутність документування змін	Ведення та регулярне оновлення реєстру ризиків і можливостей, забезпечення доступу до актуальної інформації для всіх зацікавлених сторін

4.4. Послідовність виконання

Формування Реєстру ризиків та Реєстру можливостей, складання Плану з реалізації внутрішнього контролю, підготовка інформації про виконання Плану з реалізації заходів контролю, Плану моніторингу внутрішнього контролю, Плану заходів з управління можливостями та Протоколу моніторингу та оцінки ефективності управління можливостями проводиться щорічно до 01 грудня поточного року. Документи СВК Інституту та управління ризиками затверджуються (підписуються) директором Інституту та доводяться до відома співробітників Інституту та його філії засобами АСКОД. Затверджені документи СВК Інституту надаються на вимогу уповноваженому органу управління.

4.4.1. Ідентифікація ризиків та можливостей та їхнє оцінювання

З метою управління ризиками в СВК Інституту ПКЯ складає (здійснює перегляд) Реєстру ризиків з урахуванням результатів моніторингу та виконання плану реалізації заходів контролю Інституту, а також проводить оцінювання ризиків за критеріями ймовірності виникнення та впливом.

З метою управління можливостями ПКЯ паралельно з роботою над Реєстром ризиків складає (здійснює перегляд) Реєстр можливостей, враховуючи ефективність заходів з управління можливостями та оцінює можливості за критеріями ймовірності виникнення та впливом.

4.4.2. Планування заходів контролю з реагування на ризики та управління можливостями

На основі ідентифікованих ризиків та можливостей ПКЯ із залученням менеджера з якості та керівників структурних підрозділів/процесів складає План з реалізації заходів контролю СВК Інституту та План заходів з управління можливостями на наступний рік.

Заходи контролю та управління плануються з урахуванням процесів, за якими ідентифіковані ризики та можливості. Визначаються відповідальні особи за реалізацію відповідних заходів, як правило – керівники структурних підрозділів/процесів Інституту та його філій та встановлюються терміни виконання заходів. З метою подальшої оцінки ефективності запровадження заходів контролю ризиків та управління можливостями зазначаються очікувані результати від провадження заходів контролю та реалізації можливостей.

4.4.3. Проведення моніторингу та оцінка ефективності запроваджених заходів контролю/управління

Менеджер з якості на основі результатів внутрішніх та зовнішніх аудитів, перевірки дослідів, аналізу скарг та рекламацій від заявників та замовників здійснює моніторинг відповідності та виконання заходів внутрішнього контролю та моніторинг усунення порушень, про що зазначає в Плані моніторингу внутрішнього контролю Інституту, а також

узагальнює інформацію щодо виконання Плану з реалізації заходів контролю та визначення причини, що призвели до виникнення випадків настання ризику.

На основі Плану заходів з управління можливостями та інформації, наданої відповідальними особами за проведення заходів управління, менеджер з якості складає Протокол моніторингу та оцінки ефективності управління можливостями, де зазначає результати проведеного моніторингу, наслідки реалізації або втрати можливості та проводить оцінку виконання заходу управління.

4.4.4. Аналіз процесу управління ризиками та можливостями та актуалізація інформації про ризики та можливості

Результати виконання Плану з реалізації заходів контролю та Протоколу моніторингу та оцінки ефективності управління можливостями враховуються ПКЯ під час проведення SWOT-аналізу діяльності Інституту та аналізування з боку керівництва з метою поліпшування СУЯ Інституту для досягнення цілей у сфері якості.

Відповідно до оцінки ефективності заходів контролю, заходів з управління можливостями, фактів настання ризиків, досягнення операційних цілей та наслідків реалізації та втрати можливостей, ПКЯ здійснює перегляд Реєстру ризиків та Реєстру можливостей на наступний рік з урахуванням досвіду попереднього року.

5. Вимірювання й моніторинг

Менеджер з якості не менше ніж раз на рік на основі інформації про внутрішні та зовнішні аудити, перевірку дослідів, результати усунення порушень та невідповідностей, виконання коригувальних/запобіжних дій здійснює моніторинг заходів контролю та управління можливостями за такими критеріями:

- факт настання ризику/можливості;
- ефективність заходів контролю та управління можливостями;
- дотримання термінів заходів контролю та управління можливостями;
- усунення порушень;
- наслідки реалізації або втрати можливості.

6. Форми та протоколи

Контроль за виконанням протоколів, наведених в Положенні, здійснюється згідно з Положенням про управління задокументованою інформацією СУЯ ПЛ.03/7.5-2023.

7. Прикінцеві положення

7.1. Положення перевіряється ПКЯ, погоджується з керівником юридичного відділу, схвалюється Вченою радою Інституту та затверджується наказом Інституту.

7.2.. Контроль за виконанням цієї інструкції здійснює ПКЯ.

7.3. Зміни й доповнення до цієї інструкції розглядаються й схвалюються Вченою радою Інституту та затверджуються наказом Інституту в установленому порядку.

8. Супутня документація

СУЯ Ф.01/6.1-2026 «Реєстр ідентифікованих ризиків»

СУЯ Ф.02/6.1-2026 «План з реалізації заходів контролю»

СУЯ Ф.03/6.1-2026 «Інформація про виконання Плану з реалізації заходів контролю»

СУЯ Ф.04/6.1-2026 «План моніторингу внутрішнього контролю»

СУЯ Ф.05/6.1-2026 «Реєстр ідентифікованих можливостей»

СУЯ Ф.06/6.1-2026 «План заходів з управління можливостями»

СУЯ Пр.01/6.1-2026 «Протокол моніторингу та оцінки ефективності управління можливостями»

СУЯ Ф.01/10.3-2023 «План заходів щодо поліпшення СУЯ»

СУЯ Пр.02/9.3-2023 «Протокол результатів SWOT-аналізу»

СУЯ Пр.01/9.3-2023 «Протокол аналізування СУЯ з боку керівництва»

Блок-схема процесу управління ризиками та можливостями

