

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ 2026-2027 YILLARI KAMU İÇ KONTROL STANDARTLARINA UYUM EYLEM PLANI

1- KONTROL ORTAMI									
Standart Kod No	Kamu İç Kontrol Standartı ve Genel Şartı	Mevcut Durum	Eylem Kod No	Öngörülen Eylem veya Eylemler	Sorumlu Birim veya Çalışma Grubu Üyeleri	İşbirliği Yapılacak Birim	Çıktı/Sonuç	Tamamlanma Tarihi	Açıklama
KOS 1	Etik Değerler Ve Dürüstlük: Personel davranışlarını belirleyen kuralların personel tarafından bilinmesi sağlanmalıdır. * 5018 sayılı Kamu Mali Yönetim ve Kontrol Kanunu ve İlgili Mevzuat * 5176 sayılı Kamu Görevlileri Etik Kurulu Kurulması ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun * 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu * 2531 sayılı Kamu Görevlerinden Ayrılanların Yapamayacakları İşler Hakkında Kanun * 3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması Rüyet ve Yolsuzluklara Mücadele Kanunu * 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu * Kamu Görevlileri Etik Rehberi * Kamu Görevlileri Etik Kurulu İlke Kararları								
KOS 1.1	İç kontrol sistemi ve işleyiş yönetici ve personel tarafından sahiplenilme ve desteklenmelidir.	Hastanemiz bünyesinde iç kontrol sistemine ilişkin iş ve işlemler, üniversite genelinde belirlenen mevzuat ve yönergeler doğrultusunda yürütülmektedir. Organizasyon şemaları ve iş akış süreçleri oluşturulmuş olup birimlere duyurulmuştur. Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı koordinasyonunda ilgili mevzuat, rehber ve dokümanlara erişim sağlanmakta; bilgilendirme faaliyetleri yürütülmektedir. Ancak iç kontrol sisteminin tüm akademik ve idari personel tarafından etkin şekilde sahiplenilmesi ve uygulamada standardizasyonun artırılması ihtiyacı devam etmektedir.	KOE 1.1.1	İç kontrol sisteminin etkinliğini artırmak amacıyla BKYS (Bütünsel Kalite Yönetim Sistemi) ve ilgili dijital iç kontrol modülleri üzerinden fakülte akademik ve idari personeline yönelik düzenli eğitimler gerçekleştirilmektedir. Eğitimler yılda en az 2 kez planlanacak ve katılım kayıtları altına alınacaktır.	YORU Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi, Stratejik Yönetim ve Kalite Koordinatörlüğü	Stratejik Yönetim ve Kalite Koordinatörlüğü	Üst yönetici onaylı eğitim programları, Eğitim değerlendirme anketleri	31.12.2027	İç kontrol farkındalığının artırılması ve sistemin kurumsal düzeyde benimsenmesi hedeflenmektedir.
KOS 1.2	İdarenin yöneticileri iç kontrol sisteminin uygulanmasında personele örnek olmalıdır.	Hastanemiz Başhekimliği ve birim yöneticileri, iç kontrol sisteminin uygulanmasında etkin rol almakta ve personele örnek olmaktadır. EBYS üzerinden gelen yazılar geçkimeküzün ilgili birim ve personele iletilmekte, eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerine katılım sağlanmaktadır. İç kontrol süreçleri yönetsel düzeyde sahiplenilmiş olup uygulamada süreklilik sağlanmaktadır.	KOE 1.2.1	Mevcut etkin uygulamaların sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, EBYS üzerinden gelen iç kontrol, etik ve mevzuata ilişkin yazıların zamanında iletilmesine ve ilgili eğitimlere katılımın devamlılığına yönelik izleme ve kayıt mekanizması sürdürülecektir.	Hastane Başhekimliği,Hastane Müdürlüğü	Hastane Müdürlüğü	EBYS kayıtları, Eğitim katılım listeleri	31.12.2027	Mevcut iyi uygulamaların devamlılığının sağlanması ve yöneticilerin örnek rolünün kurumsal düzeyde sürdürülmesi amaçlanmaktadır.
KOS 1.3	Etik kuralları bilinmeli ve tüm faaliyetlerde bu kurallara uyulmalıdır.	Hastanemiz akademik ve idari personeli, kamu etik kuralları ve ilgili mevzuat konusunda bilgilidir.	KOE 1.3.1	EBYS üzerinden iletilen etik ve mevzuata ilişkin duyuruların personele zamanında aktarılmasına devam edilecek; etik konulu hizmet içi eğitim ve bilgilendirme dokümanlarının paylaşımı sürdürülecektir.	Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Personel Daire Başkanlığı	Hizmet İçi Eğitim Faaliyetleri, Broşür, Talimat vb. Doküman	31.12.2027	Mevcut uygulamaların sürdürülebilirliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.
KOS 1.4	Faaliyetlerde dürüstlük, saydamlık ve hesap verebilirlik sağlanmalıdır.	Hastane faaliyet raporları ve web sayfası üzerinden çeşitli bilgiler kamuoyuna paylaşılmaktadır.	KOE 1.4.1	Faaliyet raporları düzenli bir şekilde hastane web sayfasında duyurulacaktır.	Hastane Başhekimliği / Hastane Müdürlüğü /WEB sorumlusu	Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı	Faaliyet raporu ilanı	31.12.2026	Faaliyet raporu sistemli bir şekilde yayınlanacaktır
KOS 1.5	İdarenin personeline ve hizmet verenlere adil ve eşit davranılmalıdır.	Hastanemizdeki personele ve hizmet verenlere yönelik iş ve işlemler, ilgili mevzuat çerçevesinde adil ve eşitlik ilkelere uygun şekilde yürütülmektedir. Kurum içi süreçlerde şeffaflık sağlanmakta, EBYS üzerinden yürütülen işlemler kayıt altına alınmaktadır.	KOE 1.5.1	Adil ve eşitlik ilkesine uygun mevcut uygulamaların sürdürülmesi amacıyla, personel ve paydaşlara yönelik iş ve işlemlerde şeffaflık ve mevzuata uygunluk esas alınmaya devam edilecektir. Bu kapsamda BKYS kayıtları, GİMER başvuruları ve memnuniyet yönetim anketleri düzenli olarak izlenecek ve değerlendirilecektir	Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Tüm bölümler ve idari birimler	İstek ve şikayetlere verilen cevaplar ve yapılan işlemler, EBYS kayıtları, toplantı tutanakları, yazışma ve işlem kayıtları	31.12.2027	Mevcut adil ve eşit uygulamaların sürdürülebilirliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.
KOS 1.6	İdarenin faaliyetlerine ilişkin tüm bilgi ve belgeler doğru, tam ve güvenilir olmalıdır.	Hastanemizdeki yürütülen tüm iş ve işlemlere ilişkin bilgi ve belgeler, EBYS üzerinden oluşturulmakta ve kayıt altına alınmaktadır. Belgelerin doğruluğu ve güvenilirliği sağlanmakta olup, fiziksel ve dijital arşiv (EBYS(Elektronik Belge Yönetim Sistemi) ,WEB Sayfaları) sistemi kapsamında düzenli şekilde muhafaza edilmektedir.	KOE 1.6.1		Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Tüm Birimler	EBYS kayıtları Dijital ve fiziksel arşiv kayıtları, Faaliyet Raporları, Kurum İç Değerlendirme Raporları	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
KOS 2	Misyon, Organizasyon Yapısı Ve Görevler: İdarelerin misyonu ile birimlerin ve personelin görev tanımları yazılı olarak belirlenmeli, personele duyurulmalı ve idarede uygun bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır. * 3046 sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında Kanun * 217 sayılı Devlet Personel Başkanlığı Kuruluş ve Görevleri Hakkında KHK * İdarelerin Teşkilat Yapılarını Düzenleyen Mevzuat * Kamu İdareleri İçin Stratejik Planlama Kılavuzu								
KOS 2.1	İdarenin misyonu yazılı olarak belirlenmeli, duyurulmalı ve personel tarafından benimsenmesi sağlanmalıdır.	Hastanemizin misyonu, kurumsal internet sayfasında yayımlanarak tüm paydaşlara duyurulmuştur. Misyonun kurumsal düzeyde benimsenmesi sağlanmış olup ilgili süreçler mevzuata uygun şekilde yürütülmektedir.	KOE 2.1.1		Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Tüm Bölümler	Fakülte misyonunun web sayfasında ilanı	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
KOS 2.2	Misyonun gerçekleştirilmesini sağlamak üzere idare birimleri ve alt birimlerince yürütülecek görevler yazılı olarak tanımlanmalı ve duyurulmalıdır.	Fakültemizin misyonu, bölümlerin katkısı ile belirlenmiş ve tüm birimlere duyurulmuştur. Özetlikle akreditasyon sürecinde yer alan bölümler, faaliyetlerini misyon doğrultusunda planlamakta ve uygulamaktadır.	KOE 2.2.1		Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Tüm Bölümler	Duyurular, Yazılı talimatlar	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
KOS 2.3	İdare birimlerinde personelin görevlerini ve bu görevlere ilişkin yetki ve sorumluluklarını kapsayan görev dağılım çizelgesi oluşturulmalı ve personele bildirilmelidir.	Üniversitemizin tüm birimlerinde görev dağılım çizelgeleri hazırlanmış ve web sayfalarında duyurulmuştur. Görev tanımlanmaları personele tebliğ edilmektedir.	KOE 2.3.1		Stratejik Yönetim ve Kalite Koordinatörlüğü Tüm Birim Yöneticileri	Tüm Birimler	Görev Dağılım Çizelgeleri, Duyurular, Tebliğler/Tebliğ Yazıları	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
KOS 2.4	İdarenin ve birimlerinin teşkilat şeması olmalı ve buna bağlı olarak fonksiyonel görev dağılımı belirlenmelidir.	Hastanemizdeki alt organizasyon şeması oluşturulmuş olup fakülte web sayfasında yayımlanarak tüm paydaşlara duyurulmuştur. Birimlere ilişkin görev tanımları ve fonksiyonel görev dağılımları belirlenmiş ve erişilebilir şekilde paylaşılmıştır. Bu kapsamda organizasyon yapısı ve görev dağılımı kurumsal düzeyde uygulanmaktadır.	KOE 2.4.1	Mevcut organizasyon yapısı ve görev dağılımının güncelliğinin korunması amacıyla, organizasyon şeması ve görev tanımları periyodik olarak gözden geçirilecek ve gerekli durumlarda güncellenerek web sayfası üzerinden duyurulmaya devam edilecektir.	Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Tüm bölümler	Teşkilat şemaları, Duyurular, Görev Dağılımları	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından uygulamaların sürekliliği ve güncelliğinin korunmasına yönelik eylem öngörülmemiştir.
KOS 2.5	İdarenin ve birimlerinin organizasyon yapısı, temel yetki ve sorumluluk dağılımı, hesap verebilirlik ve uygun raporlama ilişkisini göstercek şekilde olmalıdır.	Hastanemizdeki organizasyon yapısı çerçevesinde yetki ve sorumluluk dağılımı açık şekilde belirlenmiştir. Birimler arası hiyerarşik yapı ve raporlama ilişkileri tanımlanmış olup EBYS üzerinden yürütülen yazışma ve raporlama süreçleri ile etkin şekilde uygulanmaktadır. Bu kapsamda hesap verebilirlik ve raporlama sistemi kurumsal düzeyde sağlanmıştır.	KOE 2.5.1	Mevcut yetki, sorumluluk ve raporlama ilişkilerinin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, organizasyon yapısı ve raporlama süreçlerinin işleyiş izlenecek. EBYS üzerinden yürütülen kayıt ve raporlama uygulamalarının etkin kullanımı sürdürülecektir.	Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Tüm Bölümler	Organizasyon Yapısı, EBYS kayıtları, Raporlamalar	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından uygulamaların sürekliliğine yönelik eylem öngörülmemiştir.
KOS 2.6	İdarenin yöneticileri, faaliyetlerin yürütülmesinde hassas görevlere ilişkin prosedürleri belirlemeli ve personele duyurmalıdır.	Hastanemizdeki hassas görevlere ilişkin prosedürleri belirlenmiş olup hassas görev listesi hazırlanarak fakülte web sayfasında yayımlanmıştır. İlgili görevler personele duyurulmuş ve uygulamada diskarte alınmaktadır.	KOE 2.6.1		Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Tüm Bölümler	Hassas görev listesi Web sayfası duyuruları	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
KOS 2.7	Her düzeydeki yöneticiler verilen görevlerin sonucunu izlemeye yönelik mekanizmalar oluşturmali.	Hastanemizdeki işlemler ve süreçler EBYS üzerinden takibi yapılmaktadır. Kalite süreçlerinde BKYS sistemi, personel işlemlerinde PBS (Personel Bilgi Sistemi) vb. sistemler kullanılmaktadır.	KOE 2.7.1		Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Tüm Bölümler	Yazılımlardan elde edilen çıktılar, Görev izleme sonuçları	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
KOS 3	Personelin Yetiştirilği Ve Performansı: İdareler, personelin yetiştirilği ve görevleri arasındaki uyumu sağlamalı, performansın değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik önlemler almalıdır. * 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu * 2914 sayılı Yükseköğretimin Personel Kanunu * Kamu Görevlerine İlk Defa Atanacaklar İçin Yapılacak Sınavlar Hakkında Yönetmelik * Öğütülilerin Devlet Memurluğuna Alınma Şartları İle Yapılacak Yarışma Sınavları Hakkında Yönetmelik * Aday Memurların Yetiştirilmelerine İlişkin Genel Yönetmelik * Yetiştirilmek Amacıyla Yurtdışına Gönderilecek Devlet Memurları Hakkında Yönetmelik * Yükseköğretim Üst Kuruluşları İle Yükseköğretim Kurumları Personeli Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği								

KOS 3.1	İnsan kaynakları yönetimi, idarenin amaç ve hedeflerinin gerçekleşmesini sağlamaya yönelik olmalıdır.	Hastanemizde insan kaynakları yönetimi, üniversitenin stratejik hedefleri ve mevzuat çerçevesinde yürütülmektedir. Akademik ve idari personelin görevlendirilmesi, yetkinliklerine ve birim ihtiyaçlarına uygun şekilde yapılmakta, eğitim, görevlendirme ve diğer insan kaynakları süreçleri ilgili birimler tarafından planlanmakta ve uygulanmaktadır.	KOE 3.1.1	Mevcut insan kaynakları yönetimi uygulamalarının etkinliğinin sürdürülmesi amacıyla, personelin görev-yetkinlik uyumu izlenecek ve ihtiyaç duyulan alanlarda eğitim, görevlendirme ve planlama faaliyetleri devam ettirilecektir.	Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Tüm bölümler	Görevlendirme yazıları	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından uygulamaların sürekliliğine yönelik eylem öngörülmüştür.
KOS 3.2	İdarenin yönetici ve personeli görevlerini etkin ve etkili bir şekilde yürütebilecek bilgi, deneyim ve yeteneğe sahip olmalıdır	Hastanemizde akademik ve idari personele yönelik eğitim duyuruları düzenli olarak yapılmakta; hizmet içi eğitimler, seminerler ve toplantılar aracılığıyla personelin bilgi, deneyim ve yetkinlik düzeyi artırılmaktadır.	KOE 3.2.1	Personelin görevlerini etkin ve verimli şekilde yürütebilmesini sağlamak amacıyla, eğitim duyurularının yapılmasına ve hizmet içi eğitim, seminer ve toplantı faaliyetlerinin düzenli olarak gerçekleştirilmesine devam edilecektir.	Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Tüm bölümler	Eğitim duyuruları Seminer ve toplantı kayıtları	31.12.2027	Mevcut uygulamalar personelin yeterliğinin sağlanması açısından makul güvence sunmakta olup sürekliliğin sağlanmasına yönelik eylem öngörülmüştür.
KOS 3.3	Mesleki yeterliğe önem verilmeli ve her görev için en uygun personel seçilmelidir.	Hastanemizde akademik ve idari iş verileri, personelin uzmanlık alanları, bilgi ve deneyimleri dikkate alınarak yürütülmektedir. Görev dağılımı, ilgili personelin mesleki yeterliliğine uygun şekilde yapılmakta olup birimlerin işleyişinde etkinlik sağlanmaktadır.	KOE 3.3		Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Tüm Bölümler ve İdari personel	Görevlendirme yazıları	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
KOS 3.4	Personelin işe alınması ile görevinde ilerleme ve yükselmesinde liyakat ilkesine uyulmalı ve bireysel performans göz önünde bulundurulmalıdır	Hastanemizde akademik ve idari personel alımı, görevlendirme ve yükselme süreçleri ilgili mevzuat çerçevesinde şeffaflık ve liyakat ilkesi doğrultusunda yürütülmektedir. Personel seçimi ve görevlendirmelerde bireysel performans ve akademik yeterlilik dikkate alınmaktadır.	KOE 3.4.1		Üst Yönetim, Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Personel Daire Başkanlığı	Atama Onayları Sınav Sonuçları	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
KOS 3.5	Her görev için gerekli eğitim ihtiyacı belirlenmeli, bu ihtiyacı giderecek eğitim faaliyetleri her yıl planlanarak yürütülmeli ve gerektiğinde güncellenmelidir.	Hastanemizde eğitim faaliyetlerine katılacak idari personel, ihtiyaçlar doğrultusunda belirlenmekte ve gerekli görevlendirmeler yapılmaktadır. Personelin mesleki gelişimine yönelik eğitimlere katılım sağlanmakta olup süreç ilgili birimler tarafından yürütülmektedir.	KOE 3.5.1	Eğitim ihtiyacına yönelik mevcut uygulamaların sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, personelin eğitime katılımına ilişkin görevlendirme süreçleri devam ettirilecek ve eğitim faaliyetlerine katılma düzenli olarak izlenecektir.	Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Personel Daire Başkanlığı	Eğitim Kayıtları	31.12.2027	Mevcut uygulamalar eğitim ihtiyacının karşılanması açısından makul güvence sağlamakta olup sürekliliğin sağlanmasına yönelik eylem öngörülmüştür.
KOS 3.7	Performans değerlendirilmesine göre performansı yeterli bulunan personelin performansını geliştirmeye yönelik önlemler alınmalı, yüksek performans gösteren personel için ödüllendirme mekanizmaları geliştirilmelidir	Hastanemizde personel performansının artırılmasına yönelik olarak akademik ve idari personele eğitim duyuruları yapılmakta ve ilgili faaliyetler yürütülmektedir. Ayrıca yüksek performans gösteren personel, Rektörlük tarafından iletilen tebrik yazıları ile ödüllendirilmekte ve teşvik edilmektedir.	KOE 3.7.1		Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü, Bölümler	Tüm Bölümler	Eğitim duyuruları Katılım kayıtları Tebrik yazıları	31.12.2027	Eylem öngörülmemiştir.
KOS 3.8	Personel istihdamı, yer değiştirme, üst görevlere atanma, eğitim, performans değerlendirilmesi, özlük hakları gibi insan kaynakları yönetimine ilişkin önemli hususlar yazılı olarak belirlenmiş olmalı ve personele duyurulmalıdır.	Akademik ve idari personelin özlük haklarına ilişkin düzenlemeler üniversite web sitesinde yayımlanarak duyurulmaktadır. İlgili mevzuatta yapılan değişiklikler EBYS ve diğer iletişim kanalları aracılığıyla tüm personele iletilmekte ve güncel bilgilendirme sağlanmaktadır.	KOE 3.8.1		Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü, Personel Daire Başkanlığı	Üst Yönetim Tüm Birimler	Web sayfası duyuruları EBYS bildirimleri Mevzuat güncellemeleri	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
KOS 4	Yetki Devri: İdarelerde yetkiler ve yetki devrinin sınırları açıkça belirlenmeli ve yazılı olarak bildirilmelidir. Devredilen yetkinin önemi ve riski dikkate alınarak yetki devri yapılmalıdır. * 5018 sayılı Kamu Mali Yönetim ve Kontrol Kanunu Ve İlgili Mevzuat * 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu * 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu * 3046 sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında Kanun * 124 sayılı Yükseköğretim Üst Kuruluşları ile Yükseköğretim Kurumlarının İdari Teşkilatı Hakkında Kanun Hükmünde Kararname								
KOS 4.1	İş akış süreçlerindeki imza ve onay mercileri belirlenmeli ve personele duyurulmalıdır.	İmza ve onay yetkileri EBYS ve Üniversite İmza Yetkileri Yönergesi kapsamında belirlenmiş ve uygulanmaktadır.	KOE 4.1.1	Hastanemiz bünyesindeki tüm iş akış süreçlerini kapsayan İmza ve Onay Yetkileri Çizelgesi güncellenecek, web sayfasında duyurulacaktır.	Hastane Müdürü		İmza Yetkileri Çizelgesi	31.12.2027	Karar alma süreçleri netleştirilecektir.
KOS 4.2	Yetki devirleri, üst yönetici tarafından belirlenen esaslar çerçevesinde devredilen yetkinin sınırlarını göstererek şekilde yazılı olarak belirlenmeli ve ilgililere bildirilmelidir.	Yetki devirleri üst yönetici tarafından belirlenen esaslar ve yürürlükteki mevzuat/yönergeler çerçevesinde yapılmaktadır. EBYS üzerinden ilgili akademik ve idari personele tebliğ edilmektedir.	KOE 4.2.1		Üst Yönetim, Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü, Bölüm başkanları	Bölümler, İdari personel	Üst Yönetici Tarafından Belirlenen Esaslar Vekalet/Olur /Onay Yetki Verme Formu Tebliğler	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
KOS 4.3	Yetki devri, devredilen yetkinin önemi ile uyumlu olmalıdır.	Yetki devredilen personelin görev için gereken bilgi ve becerilerin uygun olduğu tespit edilmektedir. Görevlendirme EBYS üzerinden belgelenmektedir.	KOE 4.3.1		Üst Yönetim, Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü, Bölüm başkanları	Bölümler, İdari personel	Olur /Onay Yazgımlar	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
KOS 4.4	Yetki devredilen personel görevin gerektirdiği bilgi, deneyim ve yeteneğe sahip olmalıdır.	Yetki devredilen personelin görev için gereken bilgi ve becerilerin uygun olduğu tespit edilmektedir. Görevlendirme EBYS üzerinden belgelenmektedir.	KOE 4.4.1		Üst Yönetim, Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü, Bölüm başkanları	Bölümler, İdari personel	Olur /Onay Yazgımlar	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
KOS 4.5	Yetki devredilen personel, yetkinin kullanımına ilişkin olarak belli dönemlerde yetki devredene bilgi vermeli, yetki devreden ise bu bilgileri aramalıdır.	Hastanemizde yetki kullanımına ilişkin bir uygulama bulunmamaktadır.	KOE 4.5.1	Yetki devri yapılırken belirlenen dönemlerde yetki devredene bilgi verilmesi hususunda yetki devredilene yazılı tebliğat yapılacak, yetki devreden söz konusu bilgileri takip edecektir.	Üst Yönetim, Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü Bölüm başkanları	Bölümler, İdari personel	Olur /Onay Yazgımlar	31.12.2027	Bu şart için makul güvence sağlanabilmesi amacıyla eylem öngörülmüştür.

	YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ 2026-2027 YILLARI KAMU İÇ KONTROL STANDARTLARINA UYUM EYLEM PLANI								
	2- RISK DEĞERLENDİRME								
Standart Kod No	Kamu İç Kontrol Standartı ve Genel Şartı	Mevcut Durum	Eylem Kod No	Öngörülen Eylem veya Eylemler	Sorumlu Birim veya Çalışma Grubu Üyeleri	İşbirliği Yapılacak Birim	Çıktı/Sonuç	Tamamlanma Tarihi	Açıklama
RDS 5	Planlama ve Programlama: İdareler, faaliyetlerini, amaç, hedef ve göstergelerini ve bunları gerçekleştirmek için ihtiyaç duydukları kaynakları içeren plan ve programlarını oluşturmali ve duyurmalı, faaliyetlerinin plan ve programlara uygunluğunu sağlamalıdır. * 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu * Bütçe Kanunu								
RDS 5.1	İdareler, misyon ve vizyonlarını oluşturmak, stratejik amaçlar ve ölçülebilir hedefler saplamak, performanslarını ölçmek, izlemek ve değerlendirmek amacıyla katılımcı yöntemlerle stratejik plan hazırlamalıdır.	Hastanemizde 2022-2026 Stratejik Plan hazırlanmış olup misyon, vizyon, stratejik amaç ve hedefler belirlenmiştir. Belirlenen hedeflerin izlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla her yıl Birim İç Değerlendirme Raporu (BİDR) hazırlanmakta ve performans göstergeleri takip edilmektedir.	RDE 5.1.1	Stratejik planın uygulanması ve izlenmesine yönelik mevcut uygulamaların sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, BİDR hazırlanmasına ve performans göstergelerinin izlenmesine devam edilecektir.	Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Bölümler	Stratejik plan	31.12.2026	Mevcut uygulamalar stratejik planlama ve izleme açısından makul güvence sağlanmakta olup sürekliliğin sağlanmasına yönelik eylem öngörülmüştür.
RDS 5.2	İdareler, yürütmecileri program, faaliyet ve projeleri ile bunların kaynak ihtiyacını, performans hedef ve göstergelerini içeren performans programı hazırlamalıdır.	Üniversite performans programı çerçevesinde hastane verileri Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı'ne iletilmektedir.	RDE 5.2.1	Yıllık Performans Programı hedefleri (akademiye başına yayın, öğrenci memnuniyeti, akreditasyon) ve Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı'na sunulacaktır.	Başhekim /Hastane Müdürlüğü / Bütçe Sorumlusu	Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı	Yıllık PP Taslağı,	31.12.2026	Performans hedefleri somutlaştırılarak izlenebilirlik artırılacaktır.
RDS 5.3	İdareler, bütçelerini stratejik planlarına ve performans programlarına uygun olarak hazırlamalıdır.	Fakülte bütçesi SP ve PP esas alınarak hazırlanmaktadır. Tasarruf genelgeleri bütçe planlamasında dikkate alınmaktadır.	RDE 5.3.1		Başhekim/ Hastane Müdürlüğü / Bütçe Sorumlusu	Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı	Bütçe Uyum Kontrol Formu	31.12.2026	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
RDS 5.4	Yöneticiler, faaliyetlerinin ilgili mevzuat, stratejik plan ve performans programıyla belirlenen amaç ve hedeflere uygunluğunu sağlamalıdır.	Fakültemiz stratejik planında amaç ve hedefler belirlenmiş olup yürütülen faaliyetler bu hedefler doğrultusunda gerçekleştirilmektedir.	RDE 5.4.1		Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Bölümler İdari personel	Stratejik plan Faaliyet raporları	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
RDS 5.5	Yöneticiler, görev alanları çerçevesinde idarenin hedeflerine uygun özel hedefler belirlemeli ve personeline duyurmalıdır.	Birim yöneticileri stratejik plan ve PP hedeflerini toplantılarda personele duyurmaktadır. Yazılı birim performans hedef tablosu hazırlanmamaktadır.	RDE 5.5.1	Her Bölüm Başkanlığı için Birim Performans Hedefleri Tablosu hazırlanacak ve personele akademik yıl başında duyurulacaktır.	Bölüm Başkanlıkları		Birim Performans Hedefleri Formu	01.10.2026	Operasyonel hedeflerin takibi sağlanacaktır.
RDS 5.6	İdarenin ve birimlerinin hedefleri, spesifik, ölçülebilir, ulaşılabilir, ilgili ve süreli olmalıdır.	Hastane ve bölüm başında BYKS üzerinden faaliyet planları ve stratejik hedefler tanımlanmakta olup hedefler süreli olarak şekilde belirlenmektedir.	RDE 5.6.1		Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Bölümler	BYKS kayıtları Faaliyet planları	31.12.2027	Mevcut uygulamalar hedeflerin belirlenmesi açısından makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
RDS 6	Risklerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi: İdareler, sistemli bir şekilde analiz yaparak amaç ve hedeflerinin gerçekleşmesini engelleyebilecek iç ve dış riskleri tanımlayarak değerlendirmeli ve alınacak önlemleri belirlemelidir.								*5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu
RDS 6.1	İdareler, her yıl sistemli bir şekilde amaç ve hedeflerine yönelik riskleri belirlemelidir.	Hastanemizde BKYS sistemi üzerinden birim faaliyetleri tanımlanmakta ve bu faaliyetlere yönelik riskler belirlenmektedir. Belirlenen riskler doğrultusunda faaliyet süreçleri izlenmekte, gerçekleştirilen faaliyetler kapsamında risklerin giderilmesine yönelik işlemler yürütülmektedir.	RDE 6.1.1	BKYS sistemi üzerinden faaliyetlere yönelik risklerin belirlenmesi ve izlenmesine ilişkin mevcut uygulamaların sürdürülmesine devam edilecektir.	Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Bölümler, Hastane Kalite Komisyonu, İdari personel	BKYS kayıtları Faaliyet planları Risk değerlendirme kayıtları	31.12.2027	Mevcut uygulamalar risklerin belirlenmesi ve izlenmesi açısından makul güvence sağlanmakta olup sürekliliğin sağlanmasına yönelik eylem öngörülmüştür.
RDS 6.2	Risklerin gerçekleşme olasılığı ve muhtemel etkileri yılda en az bir kez analiz edilmelidir.	Hastanemizde BKYS sisteminde faaliyetlere ilişkin risklerin gerçekleşme olasılıkları ve etkileri tanımlanmış ve değerlendirilmektedir.	RDE 6.2.1	BKYS sistemi kapsamında faaliyetlere yönelik risklerin analiz edilmesi ve izlenmesine ilişkin mevcut uygulamaların sürdürülmesine devam edilecektir.	Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Bölümler, Hastane Kalite Komisyonu, İdari personel	BKYS kayıtları Faaliyet planları Risk değerlendirme kayıtları	31.12.2027	Mevcut uygulamalar risklerin analiz edilmesi ve değerlendirilmesi açısından makul güvence sağlanmakta olup sürekliliğin sağlanmasına yönelik eylem öngörülmüştür.
RDS 6.3	Risklere karşı alınacak önlemler belirlenerek eylem planları oluşturulmalıdır.	Hastanemizde yürütülecek eylem planları BKYS üzerinden takip edilmektedir.	RDE 6.3.1	BKYS sistemine risklere yönelik eylem planları girilmiştir.	Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Bölümler, Hastane Kalite Komisyonu, İdari personel	BKYS kayıtları Faaliyet planları Risk değerlendirme kayıtları	31.12.2027	Mevcut uygulamalar risklerin analiz edilmesi ve değerlendirilmesi açısından makul güvence sağlanmakta olup sürekliliğin sağlanmasına yönelik eylem öngörülmüştür.

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ 2026-2027 YILLARI KAMU İÇ KONTROL STANDARTLARINA UYUM EYLEM PLANI									
3- KONTROL FAALİYETLERİ									
Standart Kod No	Kamu İç Kontrol Standartı ve Genel Şarh	Mevcut Durum	Eylem Kod No	Öngörülen Eylem veya Eylemler	Sorumlu Birim veya Çalışma Grubu Üyeleri	İşbirliği Yapılacak Birim	Çıktı/Sonuç	Tamamlanma Tarihi	Açıklama
KFS7	Kontrol stratejileri ve yöntemleri: İdareler, hedeflerine ulaşmayı amaçlayan ve riskleri karşılamaya uygun kontrol strateji ve yöntemlerini belirlemeli ve uygulamalıdır. *5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu								
KFS 7.1	Her bir faaliyet ve riskleri için uygun kontrol strateji ve yöntemleri (düzenli gözden geçirme, örnekleme yoluyla kontrol, karşılaştırma, onaylama, raporlama, koordinasyon, doğrulama, analiz etme, yetkilendirme, gözetim, inceleme, izleme vb.) belirlenmeli ve uygulanmalıdır.	Risklere yönelik kontrol uygulamaları mevcuttur; ancak hastaneye özgü kontrol faaliyetleri prosedürü hazırlanmamıştır.	KFE 7.1.1	Hastanemiz idari süreçlerine özgü Kontrol Faaliyetleri Prosedürü (satın alma onayları, harcama talimatı kontrolü, taşınır muayene) hazırlanacak ve uygulanacaktır.	Başhekim / Hastane Müdürü	Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı	Kontrol Faaliyetleri Prosedürü	31.12.2026	Faaliyetlerin kontrol altına alınması sağlanacaktır.
KFS 7.2	Kontroller, gerekli hallerde, işlem öncesi kontrol, süreç kontrolü ve işlem sonrası kontrolleri de kapsamalıdır.	Mali işlemlerde ön mali kontrol uygulanmaktadır. Tüm süreçlerde zorunlu kontrol noktaları tanımlı değildir.	KFE 7.2.1	Mali işlemler, taşınır kayıt ve öğrenci işlemlerinde işlem öncesi, süreç ve sonrası kontrolleri kapsayan kontrol noktaları belirlenecek ve süreç kartlarına eklenecektir.	Hastane Müdürü / Harcama Yetkilisi		Süreç Kontrol Listesi	01.09.2026	Süreçlerin her aşamasında hatalar önceden tespit edilecektir.
KFS 7.3	Kontrol faaliyetleri, varlıkların dönemsel kontrolünü ve güvenliğinin sağlanmasını kapsamalıdır.	Taşınır kayıt ve kontrol işlemleri TKYS (Taşınır Kayıt ve Yönetim) üzerinden yürütülmektedir. Dönemsel fiziksel sayım düzenli yapılmamaktadır.	KFE 7.3.1	Hastane demirbaş ve sarf malzemelerinin yılda bir kez fiziksel sayımı yapılacaktır; TKYS kayıtlarıyla karşılaştırılacak ve fark raporu düzenlenecektir.	Hastane Müdürü, Hastane Müdür Yardımcısı, Taşınır Kayıt Yetkilisi		Envanter Kontrol Prosedürü, Sayım Tutanağı	01.03.2027	Varlıkların korunması ve israfın önlenmesi sağlanacaktır.
KFS 7.4	Belirlenen kontrol yönteminin maliyeti beklenen faydayı aşmamalıdır.	Kontrol faaliyetleri maliyet etkinliği gözetilerek yürütülmektedir. Fayda-maliyet analizi yazılı prosedüre dayanmamaktadır.	KFE 7.4.1	Kontrol faaliyetlerinin maliyet ve etkinliği, BKYS (Bütünlük Kalite Yönetim Sistemi) risk analiz formları ve birim faaliyet raporları üzerinden periyodik olarak değerlendirilecektir.	Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü	Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı	Kontrol Listeleri / BKYS Risk Kayıtları	01.12.2026	Kontrol yöntemleri rasyonelleştirilecek, kaynaklar verimli kullanılacaktır.
KFS8	Prosedürlerin belirlenmesi ve belgelendirilmesi: İdareler, faaliyetleri ile mali karar ve işlemleri için gerekli yazılı prosedürleri ve bu alanlara ilişkin düzenlemeleri hazırlamalı, güncellemeli ve ilgili personelin erişimine sunmalıdır.								
KFS 8.1	İdareler, faaliyetleri ile mali karar ve işlemleri hakkında yazılı prosedürler belirlemelidir.	Temel idari süreçler mevzuat çerçevesinde yürütülmektedir. Hastaneye özgü işlem yönergeleri hazırlanmamıştır.	KFE 8.1.1	Temel idari faaliyetlere (doğrudan temin, harcama talimatı, taşınır işlemleri, staj öğrenci SGK bildirimi, maaş hazırlık) ilişkin yazılı işlem yönergeleri hazırlanacak ve güncellenecektir.	Hastane Müdürü / Harcama Yetkilisi	—	İşlem Yönergeleri Listesi	31.12.2027	Süreçlerin standartlaşması sağlanacaktır.
KFS 8.2	Prosedürler ve ilgili dokümanlar, faaliyet veya mali karar ve işlemin başlaması, uygulanması ve sonuçlandırılması aşamalarını kapsamalıdır.	İç kontrol sistemi değerlendirme çalışmaları üst yönetime raporlanmaktadır. İş akış şemalarının tüm aşamaları kapsamı sağlanmalıdır.	KFE 8.2.1	Hastanemiz idari iş akış süreçleri (satın alma, personel işlemleri, öğrenci işlemleri) başlangıç, uygulama ve sonuçlandırma aşamalarını kapsayacak şekilde süreç haritalarıyla belgelenecektir.	Hastane Müdürü	—	Süreç Akış Şemaları	31.12.2027	Denetim izi oluşturulacak ve raporlar üst yönetime sunulacaktır.
KFS 8.3	Prosedürler ve ilgili dokümanlar, güncel, kapsamlı, mevzuata uygun ve ilgili personel tarafından anlaşılabilir ve ulaşılabilir olmalıdır.	Prosedürler web sayfasında yayımlanmaktadır. Mevzuat değişikliklerinin prosedürlere yansıtma süreci sistematik değildir.	KFE 8.3.1	Tüm prosedür ve dokümanların fakülte iç kontrol sayfasında yayımlanması; yılda en az bir kez mevzuata uygunluk ve güncellik açısından gözden geçirilmesi sağlanacaktır.	Hastane Müdürü	—	Doküman Güncelleme Raporu	Sürekli	Personelin güncel bilgiyle hareket etmesi güvence altına alınacaktır.
KFS9	Görevler ayrılığı: Hata, eksiklik, yanlışlık, usulsüzlük ve yolusuzluk risklerini azaltmak için faaliyetler ile mali karar ve işlemlerin onaylanması, uygulanması, kaydedilmesi ve kontrol edilmesi görevleri personel arasında paylaştırılmalıdır.								
KFS 9.1	Her faaliyet veya mali karar ve işlemin onaylanması, uygulanması, kaydedilmesi ve kontrolü görevleri farklı kişilere verilmelidir.	Mali işlemlerde harcama yetkilisi, gerçekleştirme görevlisi ve muhasebe yetkilisi görevler ayrılığı ilkesine göre işlem yapmaktadır.	KFE 9.1.1	Görevler ayrılığı ilkesine uygunluğu gösteren çizelge hazırlanacak; tüm idari süreçlerde otokontrolü sağlayan iş akışları uygulanacaktır.	Başhekim/ Hastane Müdürlüğü	Hastane Müdürü	Görevler Ayrılığı Çizelgesi	Sürekli	Riskler minimize edilecektir.
KFS 9.2	Personel sayısının yetersizliği nedeniyle görevler ayrılığı ilkesinin tam olarak uygulanmadığı idarelerin yöneticileri risklerin farkında olmalı ve gerekli önlemleri almalıdır.	İdari personel sayısı (19 kişi) bazı süreçlerde görevler ayrılığı ilkesinin tam uygulanmasını kısıtlamaktadır.	KFE 9.2.1	Görevler ayrılığının sağlanamadığı durumlarda (hassas görevlerde tek personel) alternatif kontrol yöntemleri (üst yönetici onayı, ek gözden geçirme) prosedüre bağlanacak ve uygulanacaktır.	Başhekim / Hastane Müdürü	—	Planlamalar Resmi Yazışmalar Görevlendirme ve Yetkilendirme Belgeleri	31.12.2027	Bu şart için makul güvence sağlanabilmesi amacıyla eylem öngörülmüştür.
KFS10	Hiyerarşik kontroller: Yöneticiler, iş ve işlemlerin prosedürlere uygunluğunu sistemli bir şekilde kontrol etmelidir.								
KFS 10.1	Yöneticiler, prosedürlerin etkili ve sürekli bir şekilde uygulanması için gerekli kontrolleri yapmalıdır.	EBYS aracılığıyla süreçler ve prosedürler etkili bir şekilde yürütülmektedir.	KFE 10.1.1		Akademik ve İdari Birim Yöneticileri	Tüm Birimler	İç ve Dış Tetkik Raporları, Web Sayfaları, Birim Faaliyet Raporları	Sürekli	Bu şart için makul güvence sağlanabilmesi amacıyla eylem öngörülmüştür.
KFS 10.2	Yöneticiler, personelin iş ve işlemleri izlemeli ve onaylamalı, hata ve usulsüzlüklerin giderilmesi için gerekli talimatları vermelidir.	Personelin iş ve işlemleri resmi şekilde EBYS üzerinden takip edilmektedir.	KFE 10.2.1		Akademik ve İdari Birim Yöneticileri	Tüm Birimler	Hizmet İç Eğitim Programları, Yönetimin Gözden Geçirme Toplantı Tutanaqları, Verilen Talimatlar	Sürekli	Bu şart için makul güvence sağlanabilmesi amacıyla eylem öngörülmüştür.
KFS11	Faaliyetlerin sürekliliği: İdareler, faaliyetlerin sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli önlemleri almalıdır.								
KFS 11.1	Personel yetersizliği, geçici veya sürekli olarak görevden ayrılma, yeni bilgi sistemlerine geçiş, yöntem veya mevzuat değişiklikleri ile olağanüstü durumlar gibi faaliyetlerin sürekliliğini etkileyen nedenlere karşı gerekli önlemler alınmalıdır.	Geçici görevlendirmeler ve ikiz görevlendirmeler ile faaliyetlerin sürekliliği sağlanmaktadır.	KFE 11.1.1	Mevzuat değişikliklerinde personele bilgilendirme yapılacak, gerektiğinde eğitimler düzenlenecektir.	Hastane Başhekimliği/ Hastane Müdürlüğü	Personel Daire Başkanlığı	Personele verilen eğitim	01.12.2027	Faaliyetlerin sürekliliğini sağlayacak düzenlemeler yapılacaktır.
KFS 11.2	Gerekli hallerde usulüne uygun olarak vekil personel görevlendirilmelidir.	Vekil personel görevlendirmesi mevzuata uygun yapılmaktadır	KFE 11.2.1		Hastane Başhekimliği/ Hastane Müdürlüğü	Bölümler ve İdari personel	Görevlendirme Dokümanları	31.12.2026	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmüştür.

KFS 11.3	Görevinden ayrılan personelin, iş veya işlemlerinin durumunu ve gerekli belgeleri de içeren bir rapor hazırlaması ve bu raporu görevlendirilen personele vermesi yönetici tarafından sağlanmalıdır.	Hastanemizde görevinden ayrılan personel standart bir görev devir raporu hazırlamamaktadır.	KFE 11.3.1	Görevinden ayrılan personelin yürütmüş olduğu faaliyetleri içeren görev devir raporu vermesi sağlanacaktır. Bu durum birim yöneticileri tarafından takip edilecektir.	Hastane Başhekimliği, Hastane Müdürlüğü, Bölüm Başkanları	Hastane Müdürü	Görev devir formu	31.12.2026	Kurumsal hafıza korunarak operasyonel aksaklıklar önlenecektir.
KFS12	Bilgi sistemleri kontrolleri: İdareler, bilgi sistemlerinin sürekliliğini ve güvenilirliğini sağlamak için gerekli kontrol mekanizmaları geliştirilmelidir.								
KFS 12.1	Bilgi sistemlerinin sürekliliğini ve güvenilirliğini sağlayacak kontroller yazılı olarak belirlenmeli ve uygulanmalıdır.	Üniversite bilgi işlem altyapısı üzerinden EBYS, KBS (Kamu Harcama ve Muhasebe Bilgi Sistemi) ve BKYS sistemleri kullanılmaktadır	KFE 12.1.1		Hastane Müdürü	Bölümler ve İdari personel	EBYS, BKYS kanıtları	31.12.2026	Eylem öngörülmemiştir
KFS 12.2	Bilgi sistemine veri ve bilgi girişi ile bunlara erişim konusunda yetkilendirmeler yapılmalı, hata ve usulsüzlüklerin önlenmesi, tespit edilmesi ve düzeltilmesini sağlayacak mekanizmalar oluşturulmalıdır.	Erişim yetkileri Bilgi İşlem Daire Başkanlığı tarafından belirlenmektedir. Kritik sistemlerdeki yetkilendirmelerin görevler ayrılığı ilkesine uygunluğu periyodik denetlenmektedir.	KFE 12.2.1	Kritik sistemlerde (KBS) veri girişi ve erişim yetkilendirmelerinin görevler ayrılığı ilkesine uygunluğu Hastane Müdürlüğü tarafından periyodik olarak denetlenmektedir.	Hastane Müdürü	Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	Yetkilendirme Kontrol Raporu	31.12.2027	Dijital ortamda riskler minimize edilecektir.
KFS 12.3	İdareler bilgi yönetimini sağlayacak mekanizmalar geliştirmelidir.	Çeşitli otomasyon sistemleri kullanılmakta; ancak bu sistemlerin entegrasyonu ve yönetimi için Bilgi İşlem Daire Başkanlığına giridi verilmemektedir.	KFE 12.3.1	Hastanenin YBS (Yönetim Bilgi Sistemi) ihtiyaçlarının belirlenmesi (örn. taşınır-mali sistem entegrasyonu) ve bilgi yönetimi kararlarına giridi sağlanması için periyodik talep yazısı hazırlanacaktır.	Hastane Müdürü	Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	Eğitim Dokümanları Görüş, Öneri, İstek Bildirimleri ve Yapılan İşlemler Bilgi Sistemleri ve Çıktıları	31.12.2026	Yönetim süreçlerinde bütünsel veri akışı sağlanacaktır.

4- BİLGİ VE İLETİŞİM									
Standart Kod No	Kamu İç Kontrol Standartı ve Genel Şartı	Mevcut Durum	Eylem Kod No	Öngörülen Eylem veya Eylemler	Sorumlu Birim veya Çalışma Grubu Üyeleri	İşbirliği Yapılacak Birim	Çıkı/Sonuç	Tamamlanma Tarihi	Açıklama
BİS13	Bilgi ve İletişim: İdareler, birimlerinin ve çalışanlarının performansını izlenebilmesi, karar alma süreçlerinin sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi ve hizmet sunumunda etkinlik ve memnuniyetin sağlanması amacıyla uygun bir bilgi ve iletişim sisteminde sahip olmalıdır.								
BİS 13.1	İdarelerde, yatay ve dikey iç iletişim ile dış iletişimi kapsayan etkili ve sürekli bir bilgi ve iletişim sistemi olmalıdır.	Hastanemizde yatay ve dikey iç iletişim ile dış iletişimi kapsayan bilgi ve iletişim sistemi etkin şekilde kullanılmaktadır. Üniversite web sayfası, EBYS, BKYS, BOYSIS (Bozok Öğrenme Yönetim Sistemi), kurumsal e-posta sistemi ve sosyal medya hesapları aracılığıyla paydaşlarla iletişim sağlanmaktadır.	BİE 13.1.1		Başhekim/ Hastane Müdürü		İç İletişim Prosedürü	31.12.2026	Makul güvence sağlanmaktadır.
BİS 13.2	Yöneticiler ve personel, görevlerini yerine getirebilmeleri için gerekli ve yeterli bilgiye zamanında ulaşabilmelidir.	Personel EBYS, KBS gibi sistemler aracılığıyla gerekli bilgilere erişebilmektedir.	BİE 13.2.1		Başhekim / Hastane Müdürü		EBYS Resmi yazılan, Eğitimler, Yönerge ve yönetmelikler	31.12.2026	Makul güvence sağlanmaktadır.
BİS 13.3	Bilgiler doğru, güvenilir, tam, kullanışlı ve anlaşılabilir olmalıdır.	Bilgi yönetimi süreçleri mevzuata uygun şekilde yürütülmektedir. İş ve İşlemler ilgili yönetmelik ve yönergeler doğrultusunda gerçekleştirilmekte; resmi yazışmalar ve bilgi akışı EBYS ve ilgili kurumsal sistemler üzerinden sağlanmaktadır.	BİE 13.3.1		Başhekim / Hastane Müdürü		EBYS kanatları, yönetmelikler	31.12.2027	Mevcut durum bilgilerin doğruluğu ve güvenirliliği açısından makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
BİS 13.4	Yöneticiler ve ilgili personel, performans programı ve bütçenin uygulanması ile kaynak kullanımına ilişkin diğer bilgileri zamanında erişebilmelidir.	Bütçe ve performans verileri KBS, Program Bütçe Sistemi ve MYS üzerinden takip edilmektedir.	BİE 13.4.1	Kaynakların tahsis edilen ödenekler doğrultusunda etkin dağılım ve kullanımının dönemlik takibi; YBS erişim ve kullanım tutanakları ile belgelenmesi sağlanacaktır.	Başhekim / Hastane Müdürlüğü / Bütçe Sorumlusu	Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı	YBS Erişim Takip Tutanağı	Sürekli	Güncel mali bilgi bütçe disiplininin korunmasına hizmet eder.
BİS 13.5	Yönetim bilgi sistemi, yönetimin ihtiyaç duyduğu gerekli bilgileri ve raporları üretebilecek ve analiz yapma imkanı sunacak şekilde tasarlanmalıdır.	BKYS (Bütünlük Kalite Yönetim Sistemi) ve çeşitli otomasyon sistemleri kullanılmaktadır.	BİE 13.5.1	Hastanenin YBS ihtiyaçlarının (akademik performans analizi, öğrenci başarı izleme) belirlenmesi ve Bilgi İşlem Daire Başkanlığına periyodik olarak talep ve girdi sunulması sağlanacaktır.	Başhekim / Hastane Müdürü	Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	YBS İhtiyaç Analizi	01.06.2027	Analitik raporlama kapasitesi artırılacaktır.
BİS 13.6	Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.	Misyon ve vizyon web sayfasında yayımlanmakta; toplantılarda duyurulmaktadır. Beklentilerin yazılı olarak personele aktarılma süreci EBYS üzerinden yapılmaktadır.	BİE 13.6.1		Hastane Başhekimliği/ Hastane Müdürlüğü	Tüm Personel	Bilgilendirme Toplantıları, EBYS Yazılan	31.12.2027	Mevcut durum yeterli güvenciyi sağlamakta birlikte kontrol ortamının daha sağlıklı bir seviyeye ulaşması için ilgili eylem öngörülmüştür.
BİS 13.7	İdarenin yatay ve dikey iletişim sistemi personelin değerlendirme, öneri ve sorunları iletebilmelerini sağlamalıdır.	Öneri ve şikâyet mekanizmaları (CİMER, dilekçe) mevcuttur. Hastane içi öneri ve sorunlar BKYS sistemi üzerinden yürütülmektedir.	BİE 13.7.1		Hastane Başhekimliği/ Hastane Müdürlüğü	Tüm Personel	CİMER, EBYS üzerinden yazılan dilekçeler, BKYS üzerinden şikâyetler	31.12.2027	Makul güvence sağlanmaktadır.
BİS14	Raporlama: İdarenin amaç, hedef, gösterge ve faaliyetleri ile sonuçları, saydamlık ve hesap verebilirlik ilişkileri doğrultusunda raporlanmalıdır.	*5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu Ve İlgili Mevzuat							
BİS 14.1	İdareler, her yıl, amaçları, hedefleri, stratejileri, varlıkları, yükümlülükleri ve performans programlarını kamuoyuna açıklamalıdır.	Hastane faaliyet raporları web sayfasında yayımlanmaktadır.	BİE 14.1.1	Üniversite raporlama süreçlerine girdi sağlamak için talep edilen tüm akademik ve mali verilerin Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı'ya zamanında iletilmesi sağlanacaktır.	Hastane Başhekimliği/ Hastane Müdürlüğü // Raporlama Sorumlusu	Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı	Rapor Veri Onay Formu	Yıllık	Hesap verebilirlik ilişkisi çerçevesinde kamuoyu bilgilendirilecektir.
BİS 14.2	İdareler, bütçelerinin ilk altı aylık uygulama sonuçları, ikinci altı aya ilişkin beklentiler ve hedefler ile faaliyetlerini kamuoyuna açıklamalıdır.	Kurumsal Mali Durum ve Beklentiler Raporu için hastane verileri Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı'na iletilmektedir.	BİE 14.2.1	Hastanemiz altı aylık mali gerçekleşme verilerinin belirlenen takvimde Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı'ya zamanında iletilmesi için bütçe sorumlusu tarafından takvim takibi yapılacaktır.	Bütçe Sorumlusu	Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı	Altı Aylık Mali Gerçekleşme Verileri	Dönemlik	Dönemsel mali raporlama bütçe şeffaflığına sağlar.
BİS 14.3	Faaliyet sonuçları ve değerlendirmeler idare faaliyet raporunda gösterilmeli ve duyurulmalıdır.	Hastanemiz birim faaliyet raporu her yıl hazırlanmakta ve Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı'na sunulmaktadır.	BİE 14.3.1	Yıllık Birim Faaliyet Raporu hazırlanacak; ekinde Harcama Yetkilisinin İç Kontrol Güvence Beyanı imzalanarak Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı'ya sunulacaktır.	Başhekim (Harcama Yetkilisi) /Hastane Müdürü	Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı	Yıllık Birim Faaliyet Raporu	31.01.2027	Bağarların ve sapmaların belgelenmesi kurumsal performansın tescididir.
BİS 14.4	Faaliyetlerin gözetimi amacıyla idare içinde yatay ve dikey raporlama ağı yazılı olarak belirlenmeli, birim ve personel, görevleri ve faaliyetleriyle ilgili hazırlanması gereken raporlar hakkında bilgilendirilmelidir.	Raporlama ağı Kalite Yönetim Sistemi kapsamında belirlenmiştir.	BİE 14.4.1		Başhekim / Hastane Müdürü	Tüm Bölümler	Kalite Yönetim Sistemi Dokümanı Bilgilendirme Dokümanı/Verileri	31.12.2026	Faaliyetlerin gözetimi takip edilecektir.
BİS15	Kayıt ve dosyalama sistemi: İdareler, gelen ve giden her türlü evrak dahil iş ve işlemlerin kaydedildiği, sınıflandırıldığı ve dosyalandığı kapsamlı ve güncel bir sisteme sahip olmalıdır.								
BİS 15.1	Kayıt ve dosyalama sistemi, elektronik ortamdakiler dahil, gelen ve giden evrak ile idare içi haberleşmeyi kapsamalıdır.	Kayıt ve dosyalama sistemi, elektronik ortamdakiler dahil, gelen ve giden evrak ile idare içi haberleşmeyi kapsamalıdır.	BİE 15.1.1	Tüm evrakın EBYS üzerinden ve Standart Dosya Planına uygun kaydedilmesinin Hastane Müdürlüğü tarafından periyodik denetimi sağlanacaktır.	Hastane Müdürü / Bölüm Başkanlıkları		EBYS Kullanım Kontrol Çizelgesi	Sürekli	Tüm iletişimin kayda girmesi kurumsal hafızayı ve hukuki dayanakalı koruyacaktır.
BİS 15.2	Kayıt ve dosyalama sistemi kapsamlı ve güncel olmalı, yönetici ve personel tarafından ulaşılabilir ve izlenebilir olmalıdır.	Kayıtlar EBYS ve ilgili sistemler üzerinden izlenebilmektedir.	BİE 15.2.1		Hastane Başhekimliği/ Hastane Müdürlüğü		EBYS Arşiv Sistemi	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
BİS15.3	Kayıt ve dosyalama sistemi, kişisel verilerin güvenliğini ve korunmasını sağlamalıdır.	Kişisel verilere erişim yetkili personelle sınırlandırılmıştır.	BİE 15.3.1		Hastane Müdürü	Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	Güvenli Arşiv Sistemi/EBYS	31.12.2027	Mevcut durum yeterli güvenciyi sağlamakta birlikte veri güvenliğinin sağlanması için kontrol sağlanacaktır.
BİS 15.4	Kayıt ve dosyalama sistemi belirlenmiş standartlara uygun olmalıdır.	Standart Dosya Planına göre işlem yapılmaktadır.	BİE 15.4.1	Birimde kullanılan tüm dosyalama sistemlerinin Standart Dosya Planı'na (SDP) uygunluğunun denetlenmesi ve gerekli güncellemelerin yapılması sağlanacaktır.	Hastane Müdürü / Bölüm Başkanlıkları	Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	SDP Uyum Kontrol Formu	31.12.2027	Birimler arası evrak yönetiminde bütünlük sağlanacaktır.
BİS15.5	Gelen ve giden evrak zamanında kaydedilmeli, standartlara uygun bir şekilde sınıflandırılmalı ve arşiv sistemine uygun olarak muhafaza edilmelidir.	Evrak kayıtları EBYS üzerinden yapılmaktadır. Zamanında kayıt uyumunun periyodik denetimi yapılmaktadır.	BİE 15.5.1	Gelen ve giden evrakların zamanında ve standartlara uygun kaydedilmesi konusunda personelin periyodik denetiminin yapılması sağlanacaktır.	Hastane Müdürü		Evrak Kayıt Denetim Raporu	31.12.2027	Zamanında kayıt işlem takibini ve hukuki sürelerin korunmasını sağlar.

BİS 15.6	İdarenin iş ve işlemlerinin kaydı, sınıflandırılması, korunması ve erişimini de kapsayan, belirlenmiş standartlara uygun arşiv ve dokümantasyon sistemi oluşturulmalıdır.	Fiziksel arşiv sistemi kurulmuştur. Arşiv güvenliği ayrıca EBYS üzerinden de sağlanmaktadır.	BİE 15.6.1	Arşiv güvenliğinin devamı sağlanacaktır.	Hastane Müdürü		EBYS Arşiv ve Dokümantasyon Sistemi	31.12.2027	Arşiv güvenliğinin sağlanması için gerekli kontroller yapılacaktır.
BİS16	Hata, usulsüzlük ve yolsuzlukların bildirilmesi: İdareler, hata, usulsüzlük ve yolsuzlukların belirlenen bir düzen içinde bildirilmesini sağlayacak yöntemler oluşturmalıdır.								
BİS 16.1	Hata, usulsüzlük ve yolsuzlukların bildirim yöntemleri belirlenmeli ve duyurulmalıdır.	Bildirim yöntemleri mevzuata uygun belirlenmiştir. Hata, usulsüzlük ve yolsuzlukların bildirimi hakkında ilgili mevzuatın genel esasları uygulanmaktadır.	BİE 16.1.1	Hastanemizde gerekli düzenlemeler geliştirilecektir.	Hastane Başhekimliği/ Hastane Müdürlüğü		Şikayet ve Öneriler, Bildirim Sistemleri	31.12.2027	Usulsüzlükler ve hataların önüne geçilmesi amacıyla gerekli kontrol faaliyetleri gerçekleştirilecektir.
BİS 16.2	Yöneticiler, bildirilen hata, usulsüzlük ve yolsuzluklar hakkında yeterli incelemeyi yapmalıdır.	Bildirimler disiplin hükümlerine göre incelenmektedir.	BİE 16.2.1		Hastane Başhekimliği/ Hastane Müdürlüğü		İnceleme ve Soruşturmaya İlgilin Dokümanlar	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem görülmemiştir.
BİS 16.3	Hata, usulsüzlük ve yolsuzlukları bildiren personele haksız ve ayrımcı bir muamele yapılmamalıdır.	Haksız muamele yapılmamaktadır. Birim yöneticileri tarafından mevzuat çerçevesinde gerekli önlemler alınmaktadır.	BİE 16.3.1	Mevzuat çerçevesinde gerekli tedbirler alınacaktır.	Hastane Başhekimliği/ Hastane Müdürlüğü		İşlem Yapılması Halinde İlgili Doküman	31.12.2027	Mevcut durum yeterli güvenceyi sağlamaktadır. Kontrol ortamının iyi işlemesi için eylem görülmüştür.

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ 2026-2027 YILLARI KAMU İÇ KONTROL STANDARTLARINA UYUM EYLEM PLANI										
5- İZLEME										
Standart Kod No	Kamu İç Kontrol Standartı ve Genel Şartı	Bağlama-Biliş Tarihi	Mevcut Durum	Eylem Kod No	Öngörülen Eylem veya Eylemler	Sorumlu Birim veya Çalışma Grubu Üyeleri	İşbirliği Yapılacak Birim	Çıktı/Sonuç	Tamamlanma Tarihi	Açıklama
İZS 17	İç kontrolün değerlendirilmesi: İdareler iç kontrol sistemini yılda en az bir kez değerlendirmelidir. *5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi Ve Kontrol Kanunu									
İZS 17.1	İç kontrol sistemi, sürekli izleme veya özel bir değerlendirme yapma veya bu iki yöntem birlikte kullanılarak değerlendirilmelidir.	01.01.2026 - 31.12.2027	İç kontrol sistemi BKYS üzerinden yılda bir kez değerlendirilmekte ve İç Kontrol İzleme ve Yönlendirme Kurulu'na raporlanmaktadır.	İZE 17.1.1	Yılda bir kez hastane düzeyinde İç Kontrol Sistemi Anketi ve öz değerlendirme yapılacak; sonuçlar Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı'na raporlanacaktır.	Hastane Başhekimliği/ /İç Kontrol ve Risk Koordinatörü Hastane Müdürlüğü	Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı	Değerlendirme raporu	31.12.2027	Eylem öngörülmüştür
İZS 17.2	İç kontrolün eksik yönleri ile uygun olmayan kontrol yöntemlerinin belirlenmesi, bildirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması konusunda süreç ve yöntem belirlenmelidir.	01.01.2026 - 31.12.2027	Eksik yönler BKYS değerlendirmelerinde belirlenmekte ve önlemler alınmaktadır. Standart bir düzeltici eylem planı prosedürü bulunmamaktadır.	İZE 17.2.1	Öz değerlendirme ve denetim sonuçlarında belirlenen kontrol eksiklikleri Düzeltici Eylem Planı'na (DEP) dönüştürülecek ve takibi sağlanacaktır.	Hastane Başhekimliği/ Hastane Müdürlüğü /İç Kontrol ve Risk Koordinatörü	Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı	Kontrol Eksiklikleri Tutanağı, DEP	31.12.2027	Sorunlar sistematik biçimde giderilecektir.
İZS 17.3	İç kontrolün değerlendirilmesine idarenin birimlerinin katılımı sağlanmalıdır.	01.01.2026 - 31.12.2027	İç kontrol değerlendirme sürecine birimler genel olarak katılmaktadır. Tüm Bölüm Başkanlarının aktif katılımı sağlanmalıdır.	İZE 17.3.1	Yıllık değerlendirme sürecinde tüm Bölüm Başkanları ve kıltı idari personele iç kontrol farkındalık eğitimi verilerek aktif katılım sağlanacaktır.	Hastane Başhekimliği/ Hastane Müdürlüğü /İç Kontrol ve Risk Koordinatörü		Katılım Tutanağı	31.12.2027	İç kontrol sistemi kurumsal sahiplikte saha gerçeklerine uygun analiz edilecektir.
İZS 17.4	İç kontrolün değerlendirilmesinde, yöneticilerin görüşleri, kişi ve/veya idarelerin talep ve şikâyetleri ile iç ve dış denetim sonucunda düzenlenen raporlar dikkate alınmalıdır.	01.01.2026 - 31.12.2027	Yönetici görüşleri ve denetim raporları değerlendirmeye dahi edilmektedir.	İZE 17.4.1	İç denetim raporları, CİMER başvuruları ve yönetici görüşlerinin yıllık değerlendirilme sürecine zorunlu giridi olarak dahi edilmesi ve raporlanması sağlanacaktır.	Başhekim/Hastane Müdürü	İç Denetim Birimi Başkanlığı/ Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı	Değerlendirme sonuçları	31.12.2027	Değerlendirmenin objektifliği ve doğruluğu artırılacaktır.
İZS 17.5	İç kontrolün değerlendirilmesi sonucunda alınması gereken önlemler belirlenmeli ve bir eylem planı çerçevesinde uygulanmalıdır.	01.01.2026 - 31.12.2027	Önlemler uyum eylem planıyla revize edilmektedir.	İZE 17.5.1	Öz değerlendirme sonuçlarına göre Düzeltici Eylem Planı (DEP) hazırlanacak ve Hastane İç Kontrol Uyum Eylem Planı ile entegre biçimde takibi yapılacaktır.	Hastane Başhekimliği/ Hastane Müdürlüğü	Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı	Düzeltici eylem planı	31.12.2027	Sistemin zayıf yönleri giderilecektir.
İZS 18	İç denetim: İdareler fonksiyonel olarak bağımsız bir iç denetim faaliyetini sağlamalıdır.									
İZS 18.1	İç denetim faaliyeti İç Denetim Koordinasyon Kurulu tarafından belirlenen standartlara uygun bir şekilde yürütülmelidir.	01.01.2026 - 31.12.2027	Üniversite iç denetim faaliyeti yönereye uygun yürütülmekte; 2025 yılında hastanemizde denetim gerçekleştirilmiştir.	İZE 18.1.1		Hastane Müdürü	İç Denetim Birimi Başkanlığı	Denetim Girdi Tutanağı	31.12.2027	Mevcut durum makul güvence sağladığından eylem öngörülmemiştir.
İZS 18.2	İç denetim sonucunda idare tarafından alınması gerekli görülen önlemleri içeren eylem planı hazırlanmalı, uygulanmalı ve izlenmelidir.	01.01.2026 - 31.12.2027	İç denetim bulguları üst yönetime raporlanmaktadır.	İZE 18.2.1		Başhekim / Hastane Müdürü	İç Denetim Birimi Başkanlığı		31.12.2027	Makul güvence sağlanmaktadır.

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ 2026-2027 YILLARI BİRİM RİSK KONTROL EYLEM PLANI																				
Sıra No	Süreç Kodu	Süreç Adı	Tespit Edilen Risk	Risk Puanı	Risk Türü	Nedenler	Sonuçlar	Doğal Risk Olasılık (1-5)	Doğal Risk Etkisi (1-4)	Doğal Risk Puanı	Mevcut Kontrolör / İlave Kontrolör (Öngörülen Eylemler)	Kalıntı Risk Olasılık (1-5)	Kalıntı Risk Etkisi (1-4)	Kalıntı Risk Puanı	Kalıntı Risk Önem Derecesi	Öngörülen Eylem	Gerçekleşiren	Başlama Tarihi	Bitiş Tarihi	Durumu / Açıklamalar
1	MAL-01	Satın Alma ve Doğrudan Temin Süreci	Satın alma taleplerinin mevzuat sürelerinde karşılanamaması ve usule aykırı ihale yapılması riski	20	Operasyonel / Uyum	İhale mevzuatının karmaşıklığı Personel yetkinliğinin yetersizliği Bütçe planlama hatası	Kamu zarar oluşması Sayıştay ve idari soruşturma İhtar kaybı	4	5	20	Harcama talimatı sistemi (EBYS) Ön mali kontrol (Strateji ve Geliştirme Daire Başkanlığı) Harcama yetkilisi onayı İlave Kontrolör: İhale mevzuatı hizmet içi eğitimi Yük satın alma planı hazırlanması Doğrudan temin kontrol listesi uygulaması	2	4	8	ORTA	İhale mevzuatı hizmet içi eğitimi Yük satın alma planı hazırlanması Doğrudan temin kontrol listesi uygulaması	Harcama Yetkilisi / Gerçekleştirme Görevlisi	01.01.2026	31.12.2026	Kısmi tamamlandı
2	MAL-02	Harcama Yetkililiği ve Gerçekleştirme	Harcama yetkilisi ve gerçekleştirme görevlerinin yasal sorumluluklarını tam bilmesinden kaynaklı hatalı tahakkuk ve ödeme emri düzenlenmesi	15	Mali / Uyum	Mevzuat değişikliklerinin takip edilmemesi Görev devri sırasında bilgi eksikliği	Kamu zarar İdari para cezası Personel ve paydaş mağduriyeti	3	5	15	EBYS onay zinciri Mali hesaplar birimi ön kontrolü Mevzuat takip biriminden İlave Kontrolör: Harcama süreci güncel iş akış şeması hazırlanması Yük mevzuatı güncelleme eğitimi Görev devri formunun zorunlu kılması	2	4	8	ORTA	Harcama süreci güncel iş akış şeması hazırlanması Yük mevzuatı güncelleme eğitimi Görev devri formunun zorunlu kılması	Hastane Müdürü / Şef	01.01.2026	31.12.2026	Kısmi tamamlandı
3	TŞN-01	Taahhüt Kayıt ve Kontrol İşlemleri	Taahhüt maddelerini kayıt dışı kalması, kaybolması veya TKYS kayıtlarıyla fiili durumun uyumsuzluğu riski	12	Mali / Operasyonel	Giriş-çıkış kayıtlarının anlık yapılmaması Fiziksel sayımın periyodik yapılmaması Eski ve arızalı ekipmanların kullanıma verilmesi	Kamu zarar Sayıştay bulgusu Vatandaş güvenliği zayıflığı	3	4	12	TKYS otomasyon sistemi Taahhüt Yönetim Hesabı cetvelleri Müayene ve kabul komisyonu İlave Kontrolör: Yük fiziksel sayım ve TKYS karşılaştırılması Giriş-çıkış işlemlerinde anlık kayıt zorunluluğu Arızalı ekipman kullanım dışı bırakma prosedürü	2	3	6	ORTA	Yük fiziksel sayım ve TKYS karşılaştırılması Giriş-çıkış işlemlerinde anlık kayıt zorunluluğu Arızalı ekipman kullanım dışı bırakma prosedürü	Taahhüt Kayıt Yetkilisi / Taahhüt Çalışma Grubu/ Değer Tespit Komisyonu/ Taahhüt Fiyat Sayım Komisyonu / Taahhüt Hurdla Komisyonu	01.01.2026	31.12.2027	Uygulanmakta
4	TŞN-02	Ambar Sayımı ve Stok Kontrolü	Sarf malzeme stoklarının asgari düzeyin altına düşmesi ve hizmet akamaması riski	6	Operasyonel	Stok takibinin düzenli yapılmaması Bütçe yetersizliği Tedarik süreçlerinin gecikmesi	Eğitim-öğretim sürecinin akamaması İhtar kaybı	2	3	6	Ayık stok kontrolü Harcama yetkilisine bildirim mekanizması İlave Kontrolör: Asgari stok seviyesi belirlenerek haftalık kontrol takvimi oluşturulması Stok yetersizliği öncesi erken uyan sistemi	1	3	3	DÜŞÜK	Asgari stok seviyesi belirlenerek haftalık kontrol takvimi oluşturulması Stok yetersizliği öncesi erken uyan sistemi	Taahhüt Kayıt Yetkilisi / Ambar Sorumlusu/ Hizmetli	01.01.2026	31.12.2026	Bağlamadı
5	PER-01	Akademik Kadro İlan ve Atama Süreci	Akademik kadro ilanlarında mevzuata aykırı ilan koşulları belirlenmesi veya sürecin yasal sürelerinde tamamlanamaması riski	12	Uyum / Operasyonel	Atama mevzuatının karmaşıklığı Komisyon üyelerinin yasal gereklilikleri tam bilmemesi İlan hazırlık sürecinde koordinasyon eksikliği	Hak kaybı ve hukuki ilaz Cezai yaptırım Kurumun itibar kaybı	3	4	12	EBYS yazdırma talimatı Hastane Müdürlüğü koordinasyonu Personel Daire Başkanlığı ön inceleme İlave Kontrolör: Kadro ilan hazırlık kontrol listesi oluşturulması Atama süreçleri yazılı prosedüre bağlanması SGK sistemi üzerinden anlık bildirim Şef koordinasyonu	2	3	6	ORTA	Kadro ilan hazırlık kontrol listesi oluşturulması Atama süreçleri yazılı prosedüre bağlanması SGK sistemi üzerinden anlık bildirim Şef koordinasyonu	Hastane Müdürü / Personel Sorumlusu (Yan İşleri)	01.01.2026	31.12.2026	Bağlamadı
6	PER-02	SGK İşe Giriş-Çıkış Bildirimi	Personel ve staj yapan öğrencilerin SGK bildiriminin yasal süresinde yapılmaması riski	8	Uyum / Mali	İdari yoğunluk dönemlerinde gecikme Sorumlu personelin geçici ayrılmaması Mevzuat değişikliklerinin takip edilmemesi	İdari para cezası Personel ve öğrenci mağduriyeti Kamu zarar	2	4	8	İlave Kontrolör: SGK bildirim takvimi oluşturulması ve hatırlatma mekanizması kurulması Vekil personel görevlendirme planı hazırlanması SGK sistemi bildirimleri Staj koordinatörü takibi	1	4	4	DÜŞÜK	SGK bildirim takvimi oluşturulması ve hatırlatma mekanizması kurulması Vekil personel görevlendirme planı hazırlanması	Hastane Müdürü	01.01.2026	31.12.2026	Bağlamadı
7	OGR-02	Staj Öğrenci SGK ve Muhtasar İşlemleri	Staj yapan öğrencilerin SGK işe giriş-çıkış bildirimi ve muhtasar beyannamelerinin zamanında yapılmaması riski	8	Uyum / Mali	Staj başlangıç ve bitiş bilgilerinin geç iletilmesi Sorumlu personelin iş yoğunluğu Mevzuat değişiklikleri	İdari para cezası Öğrenci ve paydaş mağduriyeti Kamu zarar	2	4	8	İlave Kontrolör: Staj SGK bildirim takvimi ve kontrol formu oluşturulması Staj koordinatörü ile Fakülte Sekreterliği arasında bilgi akışı prosedürü Üniversite BİDÖ güvenlik önlemleri Kullanıcı işletme sistemi Yetkilendirme kısıtlamaları İlave Kontrolör: Sistem kesintilerine karşı alternatif işletim ve işletim yöntemi belirlenmesi	1	3	3	DÜŞÜK	Staj SGK bildirim takvimi ve kontrol formu oluşturulması Staj koordinatörü ile Hastane Müdürü arasında bilgi akışı prosedürü	Hastane Müdürü / Bölümce	01.01.2026	31.12.2026	Bağlamadı
8	BİLGİ-01	Bilgi Sistemleri ve Veri Güvenliği	EBYS veya KBB sistemlerinde kesirli yazarılması veya yetkilisiz erişim nedeniyle veri güvenliğinin tehlikeye girmesi riski	10	Teknolojik / Güvenlik	Sistem altyapı yetersizliği Siber güvenlik açıkları Personelin bilinçsiz kullanımı	İşlem akamaması Kırsal veri ihali KVKK yaptırımı	2	5	10	Üniversite BİDÖ güvenlik önlemleri Kullanıcı işletme sistemi Yetkilendirme kısıtlamaları İlave Kontrolör: Sistem kesintilerine karşı alternatif işletim ve işletim yöntemi belirlenmesi	1	4	4	DÜŞÜK	Sistem kesintilerine karşı alternatif işletim ve işletim yöntemi belirlenmesi Personelce siber güvenlik farkındalık eğitimi KVKK uyum prosedürünün hazırlanması	Hastane Müdürü / Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	01.01.2026	31.12.2026	Bağlamadı
9	IDARE-01	Faaliyetlerin Sürekliliği	Kilitli idari personelin (Hastane Müdürü, Şef, Taahhüt Kayıt Yetkilisi) geçici veya kalıcı ayrılmaması nedeniyle idari hizmetlerin akamaması riski	12	Operasyonel	İdari personel sayısının sınırlı olması (12 kişi) Vekil personel planının hazırlanmaması olması Kurumsal bilginin tek kişide toplanması	Hizmet kesintisi Zamanında tamamlanamayan işlemler Personel ve öğrenci mağduriyeti	3	4	12	EBYS belge takip sistemi Hastane Müdürü koordinasyonu İlave Kontrolör: Kilitli pozisyonlar için notasyon ve vekillik planının hazırlanması Görev devri formunun zorunlu kılması Kritik iş süreçlerinin prosedüre bağlanarak yazılı hale getirilmesi	2	3	6	ORTA	Kilitli pozisyonlar için notasyon ve vekillik planının hazırlanması Görev devri formunun zorunlu kılması Kritik iş süreçlerinin prosedüre bağlanarak yazılı hale getirilmesi	Başhekim / Hastane Müdürü	01.01.2026	31.12.2026	Bağlamadı
10	ETİK-01	Etik ve Yolsuzluk Riski	Akademik veya idari süreçlerde (atama, sınav, satın alma) etik ihali veya usulsüzlük gerçekleşmesi riski	10	Uyum / İhtar	Etik kuralların yeterince bilinmemesi Bildirim mekanizmasının yetersizliği Denetim eksikliği	Kurumsal itibar kaybı Hukuki soruşturma Personel mağduriyeti	2	5	10	Kamu Görevlileri Etik Kurulu düzenlemeleri Disiplin hükümleri CHMER ihbar mekanizması İlave Kontrolör: Farkındalık eğitimi düzenlenmesi	1	4	4	DÜŞÜK	Farkındalık eğitimi düzenlenmesi	Başhekim / İç Kontrol ve Risk Koordinatörü	01.01.2026	31.12.2027	Bağlamadı

RİSK PUANI AÇIKLAMASI	
1-5	DÜŞÜK
6-10	ORTA
11-15	YÜKSEK
16-25	ÇOK YÜKSEK

ALİ CEMİL
MÜDÜR V.
HARCAMA YETKİLİSİ
25.06.2026

DOÇ. DR. SÜHA KURŞÇU
BAŞHEKİM
HARCAMA YETKİLİSİ
25.06.2026