



ETİMESGUT BELEDİYE BAŞKANLIĞI

SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

2016 YILI İÇ KONTROL STANDARTLARI BİRİM UYGULAMA EL KİTABI

OCAK - 2017



İÇİNDEKİLER

ÜST YÖNETİMİN SUNUMU

SİSTEM SORUMLUSUNUN SUNUMU

BİRİM YÖNETİCİSİNİN SUNUMU

I. GENEL BİLGİLER

- A. Misyon-Vizyon
- B. İlke ve Değerlerimiz
- C. Kalite Politikamız
- D. Çevre Politikamız
- E. Bilgi Güvenliği Politikamız
- F. Yetki, Görev ve Sorumluluklar
- G. Teşkilat Şeması
- H. Amaç ve Hedeflerimiz

II. SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ 2016 YILI İÇ KONTROL SİSTEMİ UYGULAMALARI

- A. SWOT Analizleri
- B. Misyon, Vizyon, İlke ve Değerleri
- C. Amaç ve Hedefleri
- D. Teşkilat Şeması
- E. Doküman Dağıtım Listesi
- F. Görev Tanımları
- G. İş Tanımları ve İş Akışları
- H. Birim Prosedürleri
- İ. Risk Değerlendirme Çalışmaları Form ve Dokümanları
- J. Kontrol Faaliyetleri Prosedürü, Form ve Dokümanları
- K. Bilgi İletişim Form ve Dokümanları
- L. Diğer Prosedür ve Form Örnekleri

III. İÇ KONTROL TEBLİĞİ KARŞILAŞTIRMALI UYGULAMA KILAVUZU

ÜST YÖNETİMİN SUNUMU

Bir kamu kuruluşu olan belediyelerde hizmet sunumunu talep edilenler ve talep edilmeyenler olmak üzere iki ana kategoride ele alınabilir. Diğer bir deyimle beklenen hizmetlerle beklenti ötesine geçen hizmetler olarak da ifade edilebilir.

Yasalarla belirlenmiş yetki ve sorumluluklar çerçevesinde yönetimin inisiyatif alanında önem ve önceliklerin belirlenmesi stratejilerin belirlenmesine bağlıdır.

Temel ihtiyaçlara göre teşkil edilmiş kurumsal teşkilat yapısında yer alan birimlerin öncelikleri 5 yıllık projeksiyona göre ana hatlarını stratejik planda beyan edilmektedir.

Yıllık Performans Programı ise stratejik planın bir yıllık bölümünün daha kesin ve detaylı yönüdür.

Faaliyet raporu ise performans programının gerçekleşme durumu ve başarı seviyesidir.

Etimesgut Belediyesi stratejik planda hedef olarak belirtilen ve beyan edilen hizmetleri vatandaş beklentilerinin ötesine geçme başarısını göstermiş emsallari arasında örnek bir kamu kuruluşudur.

Stratejik Plan ve Performans Programı “Ne Yapılacak?” sorularının cevabı iken İç Kontrol Standartlarının oluşturulup uygulanması da “Nasıl Yapılacak?” sorusunun cevabıdır.

Yönetim anlayışında proaktif yaklaşım çağdaş ve etkin yöntemler dizini olan İç Kontrol Standartları kurumsallık seviyesi ve hizmet kalitesinde uluslararası akreditasyon şartlarının da temelini teşkil etmektedir.

Bilindiği üzere İç Kontrol Sistemi kurgulandıktan sonra Uluslararası Standartlar Organizasyonunun akreditasyon kriterleri kalite sertifikalarının birçoğunun şartlarını kolaylıkla sağlamıştır.

Bu cümleden olarak TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Sertifikasını almaya hak kazanmıştır. Kalite Yönetim Sisteminin devamı ve tamamlayıcısı niteliğinde ISO 10002 Vatandaş Memnuniyeti Yönetim Sistemi Sertifikası, ISO 14001 Çevre Sağlığı Yönetimi Sistem Sertifikası ve ISO 27001 Bilgi Güvenliği Sistemi Sertifikaları ile kurumsal yapıda zirve seviyeleri yakalamıştır.

Dinamik bir sistem olan İç Kontrol Standartları uzun soluklu emek yoğun çalışmaların sonucu kurgulanmış ve uygulanmaktadır.

Değişen ve gelişen şartlardan kaynaklanan ihtiyaçlardan dolayı her yıl sistem prosedürleri ve eklerinin güncellenmesi gerekmektedir. Aynı zamanda yasal zorunluluk olan güncellemeler tüm birimlerde yapılmış ve son şekli onaylanarak uygulamaya konulmuştur.

Bu çalışmalarda emeği geçen, konuya nezaret eden birim müdürleri ve proje grubunda yer alan çalışma arkadaşlarımıza teşekkür eder başarılarının devamını dilerim.

Enver Demirel
Belediye Başkanı

SİSTEM SORUMLUSU SUNUMU

5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile ülkemizdeki mali yönetim ve kontrol sistemi bütünüyle değiştirilerek, uluslararası standartlara ve Avrupa Birliği normlarına uygun hale getirilmesi, uygulamada birliğin, hesap verilebilirliğin ve saydamlığın sağlanması amaçlanmıştır.

Kamu kurumlarında kurulması ve uygulanması zorunlu olan Kamu İç Kontrol Standartlarının oluşturulması çalışmaları kesintisiz sürdürülmektedir.

Yasadan gelen sorumluluk dolayısıyla Stratejik Plan, Performans Programı ve Faaliyet raporlarını Mali Hizmetler Müdürlüğü hazırlamaktadır. İlgisi nedeniyle müdürlüğümüz İç Kontrol Standartlarının oluşturulması, sistemin kurgulanıp uygulanmasında koordinatörlük görevi üstlenmiştir.

Stratejik planın hedeflerine ulaşılmasında İç Kontrol Standartları oldukça etkili araçlar manzumesidir.

“Kimin ne yapacağı?” ve “İşlerin nasıl yapılacağı?” sorularının etkin süreç yönetimi yaklaşımı ile tanımlanması dokümante edilmesi hizmetlerin hızı ve kalitesine çok büyük katkısı olduğu görülmektedir.

Belediyemizin bütün birimleri kendi sorumluluk alanlarındaki iş ve işlemlerin mümkün olan en kısa sürede ve en yüksek kalitede ilk defasında ve her defasında yapabilme yeteneğine kavuşmuşlardır.

Zamanla ortaya çıkan yeni ihtiyaçlar, organizasyon yapısındaki değişim zarureti, risklerdeki değişimler iç kontrol sisteminin her yıl güncellenmesini gerekli kılmaktadır. Bu husus aynı zamanda Kamu İç Kontrol Tebliğinde zorunlu gereklilik olarak belirtilmektedir.

2016 yılında İç Kontrol Sistemi baştan sona gözden geçirilip güncellenmiştir. Gerekli düzenleme ve düzeltmeler yapılmıştır.

Proje çalışmalarında emeği geçen ve titizlikle bu çalışmaları yürüten çalışma arkadaşlarımıza teşekkür ederim.

Mücahit SAYILI
Mali Hizmetler Müdürü

BİRİM MÜDÜRLERİ SUNUMU

Etimesgut Belediyesi olarak vatandaşlarımızın mutluluğunu ve refahını artırmak, sosyal ve kültürel yaşam kalitesini en üst seviyeye çıkarmak, daha modern ve yaşanabilir örnek şehir hedefimize ulaşmak ve bu hedefleri sürdürülebilir kılmak amacıyla kaynaklarımızı en ekonomik ve en verimli şekilde kullanmanın sorumluluğu içerisinde vizyonumuzu ve misyonumuzu gerçekleştirmeye yönelik faaliyetlerimizi yürütmekteyiz.

Stratejik Planımız ile vatandaşta taahhüt ettiğimiz hizmetleri en iyi şekilde yerine getirmek, Belediyemizin bir kamu kuruluşu olarak yüklendiği yasal sorumluluklarda müdürlüğümüze düşen bölümü misyonumuzun gereğidir.

Ne yapılacağı stratejik planda belirtilen hizmetlerin nasıl yapılacağı hususunda İç Kontrol Standartları etkili bir yöntemdir.

Müdürlüğümüzü sanki bağımsız bir kurum gibi dikkate alarak bir kurumun yapılanmasında gerekli olan bütün kriterleri yerine getirmekteyiz. İç Kontrol Standartları tüm iş ve işlemlerimizde etkin süreç yönetimi uygulanmasında katkı sağlamıştır. Proaktif yönetim anlayışını risk değerlendirmelerle pratiğe geçirmiş, İç Kontrol Sisteminin temel amacı olan kaynakların etkin kullanılmasında kılavuz rehber olarak hizmetlerimizde hız ve kalitenin iyileşmesine vesile olmuştur.

Proje çalışmaları dahilinde titiz çalışma ve yoğun emeğin ürünü olan “2016 Yılı İç Kontrol Sistemi Uygulama El Kitabı” güncelleme çalışmalarında görev alan arkadaşlarımıza teşekkür ediyor başarılar diliyorum.

Abdurrahman UÇMAN
Sağlık İşleri Müdürü





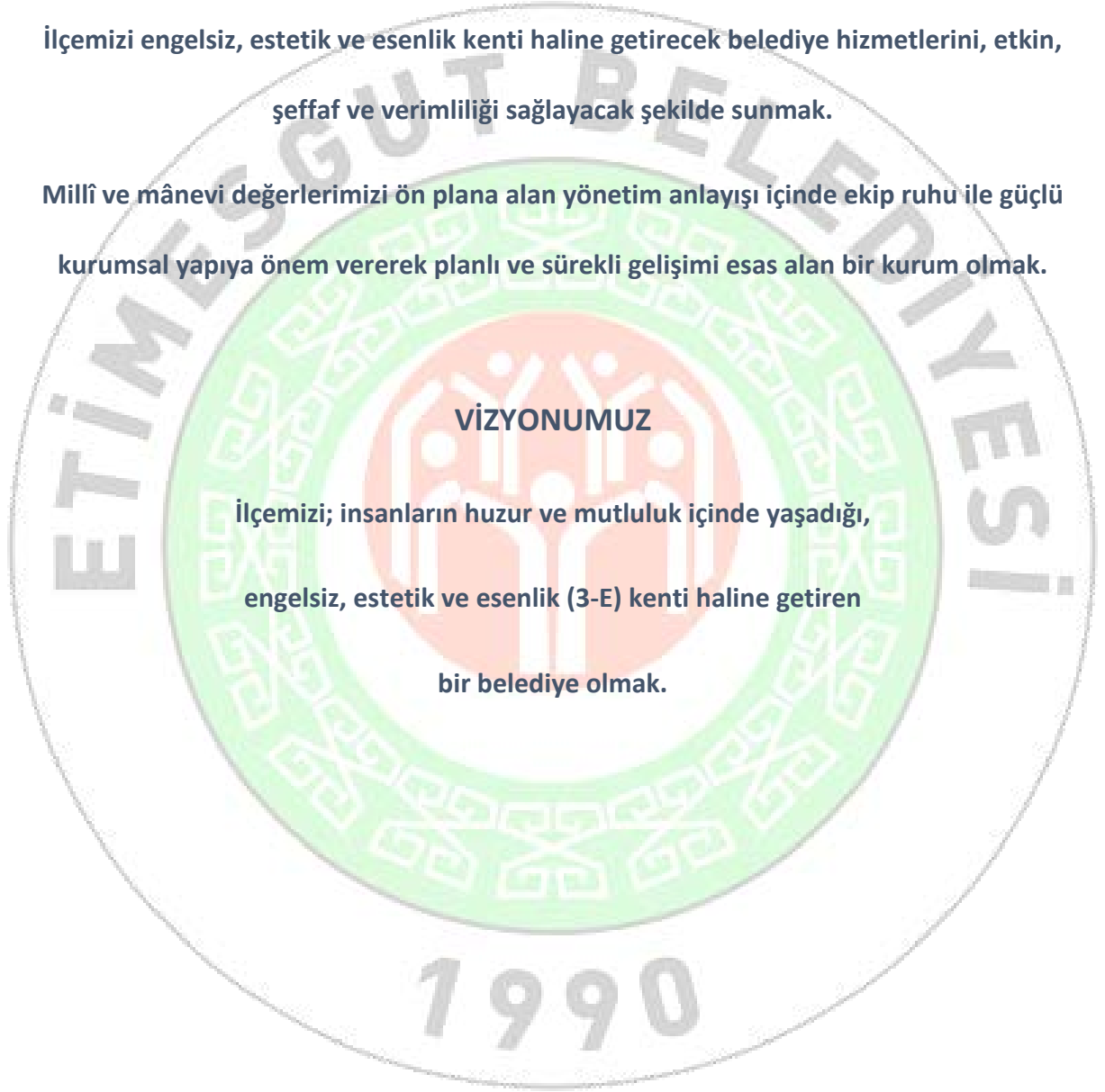
MİSYONUMUZ

İlçemizi engelsiz, estetik ve esenlik kenti haline getirecek belediye hizmetlerini, etkin, şeffaf ve verimliliği sağlayacak şekilde sunmak.

Millî ve mânevi değerlerimizi ön plana alan yönetim anlayışı içinde ekip ruhu ile güçlü kurumsal yapıya önem vererek planlı ve sürekli gelişimi esas alan bir kurum olmak.

VİZYONUMUZ

İlçemizi; insanların huzur ve mutluluk içinde yaşadığı, engelsiz, estetik ve esenlik (3-E) kenti haline getiren bir belediye olmak.



DEĞERLERİMİZ

- Gerçekçilik ve Güvenilirlik
- Sosyal Sorumluluk ve İnsana Saygı
- Kültürel Milli ve Manevi Değerlere Bağlılık
- Etik Değerlere Bağlılık
- Farkındalık ve Kalıcılık
- Hesap Verebilirlik ve Şeffaflık
- Verimlilik ve Süreklilik
- Doğaya ve Çevreye Duyarlılık

İLKELERİMİZ

- Kültürel milli ve manevi dinamiklerimize sahip çıkılmalı ve gelecek nesillere aktarılmalıdır.
- Hesap verebilir ve şeffaf bir yönetim anlayışı benimsenmelidir.
- Sosyal sorumluluk ve katılımcılık anlayışı içinde vatandaşlarımıza saygı gösterilmelidir.
- Evrensel etik değerlere titizlikle bağlı kalınarak değişim ve gelişime açık olunmalıdır.
- Hizmet sunumunda gerçekçi ve güvenilir, değerlere bağlı kalınmalıdır.
- İlçe gereksinimlerinin farkında olunmalı ve sunulan hizmetlerin kalıcılığı sağlanmalıdır.
- Faaliyetlerin verimliliği ve sürekliliğinin sağlanması esas alınmalıdır.
- Doğal denge korunmalı ve çevreye duyarlı kalınmalıdır.

KALİTE POLİTİKAMIZ

Teknolojiden etkin biçimde yararlanarak, kurumsal gelişime önem veren
bir yönetim anlayışı tesis etmek,
hemşehrilerimizin birlik ve beraberliğini pekiştirerek
marka bir şehir oluşturmak ve toplumsal huzurun sağlanması için çalışan bir belediye
olmak kalite politikamızdır.





ÇEVRE POLİTİKAMIZ

Çevreyle uyumlu ve sürdürülebilir bir kalkınma anlayışı ile en değerli mirasımız çevrenin, geleceğimizin emaneti olduğu bilinci ve emanet edilmenin kutsal sorumluluğu ile dünyayı yaşanabilir hâlde gelecek kuşaklara bırakmak.

BİLGİ GÜVENLİĞİ POLİTİKAMIZ

- İçeriden veya dışarıdan, bilerek ya da bilmeyerek meydana gelebilecek her türlü tehdide karşı ETİMESGUT BELEDİYESİ' nin bilgi varlıklarını korumak, bilgiye erişebilirliği iş prosesleriyle gerektiği şekilde sağlamak ve yasal mevzuat gereksinimlerini karşılamak,
- Yürütülen tüm faaliyetlerde Bilgi Güvenliği Yönetim Sisteminin üç temel ögesi olan erişebilirlik, bütünlük ve gizliliğin sürekliliğini sağlamak,
- Sadece elektronik ortam da tutulan verilerin değil; yazılı, basılı, sözlü ve benzeri ortam da bulunan tüm verilerin güvenliğini sağlamak,
- Tüm çalışanların sürekli eğitimler ile bilgi güvenliği konusunda farkındalığını sağlamak,
- Gerçekte var olan veya şüphe uyandıran tüm bilgi güvenliği açıklarının dikkate alınmasını sağlamak,
- İş sürekliliğini sağlayarak devamlılığını test etmek,
- Bilgi güvenliği konusunda sürekli değerlendirmeler ile risklerin tespiti ve kontrol edilebilirliğini sağlamak,
- Sözleşmelerden doğabilecek her türlü anlaşmazlık ve çıkar çatışmalarını engellemek,
- Bilgiye erişebilirlik ve bilgi sistemleri için iş gereksinimlerini karşılamaktır.

E. YETKİ, GÖREV VE SORUMLULUKLAR

Belediyelerin görev, yetki ve sorumlulukları 5393 sayılı Belediye Kanununun 14. ve 15. maddelerinde düzenlenmiştir. Buna göre;

- **Etimesgut Belediye Başkanlığının görev ve sorumlulukları şunlardır:**

1. İmar, kentsel alt yapı; coğrafi ve kent bilgi sistemleri; çevre ve çevre sağlığı, temizlik ve katı atık; zabıta, defin ve mezarlıklar; ağaçlandırma, park ve yeşil alanlar; konut; kültür ve sanat, turizm ve tanıtım, gençlik ve spor; sosyal hizmet ve yardım, nikâh, meslek ve beceri kazandırma; kadınlar ve çocuklar için konukevleri açma, ekonomi ve ticaretin geliştirilmesi hizmetlerini yapar veya yaptırır.
2. Devlete ait her derecedeki okul binalarının inşaatı ile bakım ve onarımını yapabilir veya yaptırabilir, her türlü araç, gereç ve malzeme ihtiyaçlarını karşılayabilir; sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilir; mabetlerin yapımı, bakımı, onarımını yapabilir; kültür ve tabiat varlıkları ile tarihî dokunun ve kent tarihi bakımından önem taşıyan mekânların ve işlevlerinin korunmasını sağlayabilir; bu amaçla bakım ve onarımını yapabilir, korunması mümkün olmayanları aslına uygun olarak yeniden inşa edebilir. Gerektiğinde, sporu teşvik etmek amacıyla gençlere spor malzemesi verir, amatör spor kulüplerine ayni ve nakdî yardım yapar ve gerekli desteği sağlar, her türlü amatör spor karşılaşmaları düzenler, yurt içi ve yurt dışı müsabakalarda üstün başarı gösteren veya derece alan öğrencilere, sporculara, teknik yöneticilere ve antrenörlere belediye meclisi kararıyla ödül verebilir. Gıda bankacılığı yapabilir.

- **Etimesgut Belediye Başkanlığının yetki ve imtiyazları ise şunlardır:**

1. Belde sakinlerinin mahallî müşterek nitelikteki ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla her türlü faaliyet ve girişimde bulunmak.
2. Kanunların belediyeye verdiği yetki çerçevesinde yönetmelik çıkarmak, belediye yasakları koymak ve uygulamak, kanunlarda belirtilen cezaları vermek.
3. Gerçek ve tüzel kişilerin faaliyetleri ile ilgili olarak kanunlarda belirtilen izin veya ruhsatı vermek.
4. Özel kanunları gereğince belediyeye ait vergi, resim, harç, katkı ve katılma paylarının tarh, tahakkuk ve tahsilini yapmak.
5. Katı atıkların toplanması, taşınması, ayrıştırılması, geri kazanımı, ortadan kaldırılması ve depolanması ile ilgili bütün hizmetleri yapmak ve yaptırmak.
6. Mahallî müşterek nitelikteki hizmetlerin yerine getirilmesi amacıyla, belediye ve mücavir alan sınırları içerisinde taşınmaz almak, kamulaştırmak, satmak, kiralamak veya kiraya vermek, trampa etmek, tahsis etmek, bunlar üzerinde sınırlı aynî hak tesis etmek.

7. Borç almak, bağış kabul etmek.
8. Vergi, resim ve harçlar dışında kalan dava konusu uyuşmazlıkların anlaşmayla tasfiyesine karar vermek.
9. Gayrisihhî müesseseler ile umuma açık istirahat ve eğlence yerlerini ruhsatlandırmak ve denetlemek.
10. Beldede ekonomi ve ticaretin geliştirilmesi ve kayıt altına alınması amacıyla izinsiz satış yapan seyyar satıcıları faaliyetten men etmek, izinsiz satış yapan seyyar satıcıların faaliyetten men edilmesi sonucu, cezası ödenmeyerek iki gün içinde geri alınmayan gıda maddelerini gıda bankalarına, cezası ödenmeyerek otuz gün içinde geri alınmayan gıda dışı malları yoksullara vermek.
11. Reklam panoları ve tanıtıcı tabelalar konusunda standartlar getirmek.
12. Gayrisihhî işyerlerini, eğlence yerlerini, halk sağlığına ve çevreye etkisi olan diğer işyerlerini kentin belirli yerlerinde toplamak; hafriyat toprağı ve moloz döküm alanlarını; inşaat malzemeleri, odun, kömür ve hurda depolama alanları ve satış yerlerini belirlemek; bu alan ve yerler ile taşımalarda çevre kirliliğı oluşmaması için gereken tedbirleri almak.
13. Belediye, belde sakinlerinin belediye hizmetleriyle ilgili görüş ve düşüncelerini tespit etmek amacıyla kamuoyu yoklaması ve araştırması yapabilir.

• **Belediye Meclisinin Yetki, Görev ve Sorumlulukları şunlardır:**

1. Stratejik plan ile yatırım ve çalışma programlarını, belediye faaliyetlerinin ve personelinin performans ölçütlerini görüşmek ve kabul etmek.
2. Bütçe ve kesin hesabı kabul etmek, bütçede kurumsal kodlama yapılan birimler ile fonksiyonel sınıflandırmanın birinci düzeyleri arasında aktarma yapmak.
3. Belediyenin imar planlarını görüşmek ve onaylamak, Büyükşehir ve il belediyelerinde çevre düzeni planını kabul etmek.
4. Borçlanmaya karar vermek.
5. Taşınmaz mal alımına, satımına, takasına, tahsisine, tahsis şeklinin değiştirilmesine veya tahsisli bir taşınmazın kamu hizmetinde ihtiyaç duyulmaması halinde tahsisin kaldırılmasına; üç yıldan fazla kiralanmasına ve süresi otuz yılı geçmemek kaydıyla bunlar üzerinde sınırlı aynı hak tesisine karar vermek.
6. Kanunlarda vergi, resim, harç ve katılma payı konusu yapılmayan ve ilgililerin isteğıne bağılı hizmetler için uygulanacak ücret tarifesini belirlemek
7. Şartlı bağışları kabul etmek.
8. Vergi, resim ve harçlar dışında kalan ve miktarı Beş bin TL'den fazla dava konusu olan belediye uyuşmazlıklarını sulh ile tasfiyeye, kabul ve feragate karar vermek.

9. Bütçe içi işletme ile 6762 sayılı Türk Ticaret Kanunu'na tabi ortaklıklar kurulmasına veya bu ortaklıklardan ayrılmaya, sermaye artışına ve gayrimenkul yatırım ortaklığı kurulmasına karar vermek.
10. Belediye adına imtiyaz verilmesine ve belediye yatırımlarının yap-işlet veya yap-işlet-devret modeli ile yapılmasına, belediyeye ait şirket, işletme ve iştiraklerin özelleştirilmesine karar vermek.
11. Meclis Başkanlık divanını ve encümen üyeleri ile ihtisas komisyonları üyelerini seçmek.
12. Norm kadro çerçevesinde belediyenin ve bağlı kuruluşlarının kadrolarının ihdas, iptal ve değiştirilmesine karar vermek.
13. Belediye tarafından çıkarılacak yönetmelikleri kabul etmek.
14. Meydan, cadde, sokak, park, tesis ve benzerlerine ad vermek; mahalle kurulması, kaldırılması, birleştirilmesi, adlarıyla sınırlarının tespiti ve değiştirilmesine karar vermek; beldeyi tanıtıcı amblem, flama ve benzerlerini kabul etmek.
15. Diğer mahalli idarelerle birlik kurulmasına, kurulmuş birliklere katılmaya veya ayrılmaya karar vermek.
16. Yurt içindeki ve İçişleri Bakanlığı'nın izniyle yurt dışındaki belediyeler ve mahalli idare birlikleriyle karşılıklı iş birliği yapılmasına; kardeş kent ilişkileri kurulmasına; ekonomik ve sosyal ilişkileri geliştirmek amacıyla kültür, sanat ve spor gibi alanlarda faaliyet ve projeler gerçekleştirilmesine; bu çerçevede arsa, bina ve benzeri tesisleri yapma, yaptıрма, kiralama veya tahsis etmeye karar vermek.
17. Fahri hemşerilik payesi ve beratı vermek.
18. Belediye başkanıyla encümen arasındaki anlaşmazlıkları karara bağlamak.
19. Mücavir alanlara belediye hizmetlerinin götürülmesine karar vermek.
20. İmar planlarına uygun şekilde hazırlanmış belediye imar programlarını görüşerek kabul etmek.

• **Belediye Encümeninin Yetki, Görev ve Sorumlulukları şunlardır:**

Belediye meclisinin her yıl kendi üyeleri arasından bir yıl için gizli oyla seçeceği üç üye, mali hizmetler birim amiri ve belediye başkanının birim amirleri arasından bir yıl için seçeceği iki üye olmak üzere yedi kişiden oluşur.

Belediye Başkanının katılmadığı toplantılarda, belediye başkanının görevlendireceği başkan yardımcısı veya encümen üyesi, encümene başkanlık eder. Encümen toplantılarına gündemdeki konularla ilgili olarak ilgili birim amirleri, belediye başkanı tarafından oy hakkı olmaksızın görüşleri alınmak üzere çağırabilir.

1. Stratejik plan ve yıllık çalışma programı ile bütçe ve kesin hesabı inceleyip belediye meclisine görüş bildirmek.
2. Yıllık çalışma programına alınan işlerle ilgili kamulaştırma kararlarını almak ve uygulamak.
3. Öngörülme-yen giderler ödeneğinin harcama yerlerini belirlemek.
4. Bütçede fonksiyonel sınıflandırmanın ikinci düzeyleri arasında aktarma yapmak.
5. Kanunlarda öngörülen cezaları vermek.

6. Vergi, resim ve harçlar dışında kalan dava konusu olan belediye uyuşmazlıklarının anlaşma ile tasfiyesine karar vermek.
7. Taşınmaz mal satımına, trampasına ve tahsisine ilişkin meclis kararlarını uygulamak; süresi üç yılı geçmemek üzere kiralınmasına karar vermek.
8. Umuma açık yerlerin açılış ve kapanış saatlerini belirlemek.
9. Diğer kanunlarda belediye encümenine verilen görevleri yerine getirmek.

• **Belediye Başkanının Yetki, Görev ve Sorumlulukları**

Belediye Başkan, görevinin devamı süresince siyasi partilerin yönetim ve denetim organlarında görev alamaz, profesyonel spor kulüplerinin başkanlığını yapamaz ve yönetiminde bulunamaz.

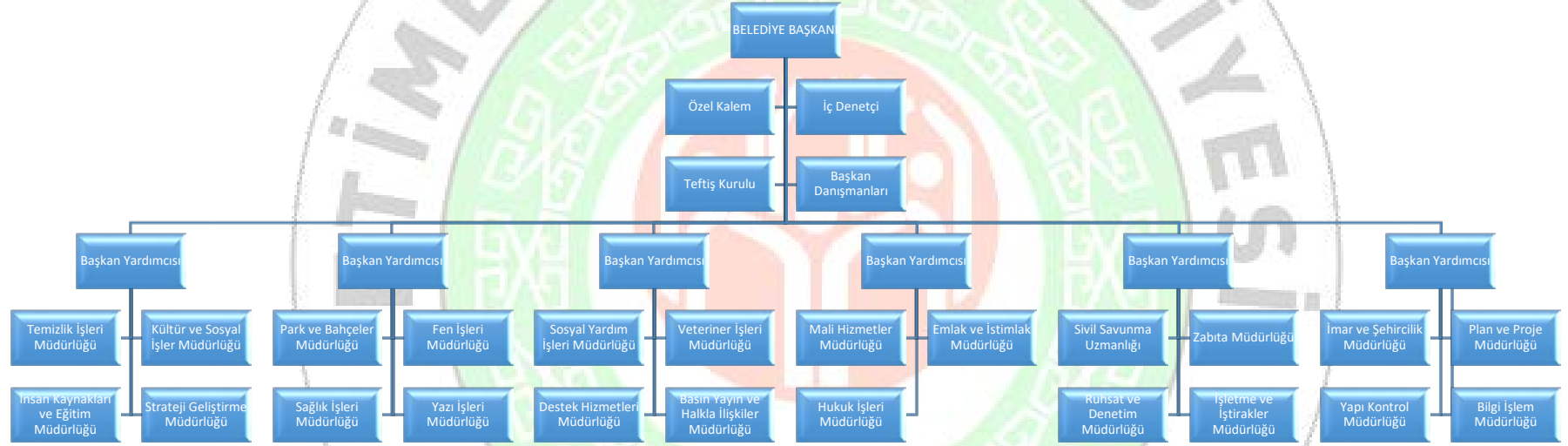
1. Belediye teşkilatının en üst amiri olarak belediye teşkilatını sevk ve idare etmek, belediyenin hak ve menfaatlerini korumak.
2. Belediyeyi stratejik plana uygun olarak yönetmek, belediye idaresinin kurumsal stratejilerini oluşturmak, bu stratejilere uygun olarak bütçeyi, belediye faaliyetlerinin ve personelinin performans ölçütlerini hazırlamak ve uygulamak, izlemek ve değerlendirmek, bunlarla ilgili raporları meclise sunmak.
3. Belediyeyi devlet dairelerinde ve törenlerde, davacı veya davalı olarak da yargı yerlerinde temsil etmek veya vekil tayin etmek.
4. Meclise ve encümene başkanlık etmek.
5. Belediyenin taşınır ve taşınmaz mallarını idare etmek.
6. Belediyenin gelir ve alacaklarını takip ve tahsil etmek.
7. Yetkili organların kararını almak şartıyla sözleşme yapmak.
8. Meclis ve encümen kararlarını uygulamak.
9. Bütçeyi uygulamak, bütçede meclis ve encümen yetkisi dışındaki aktarmalara onay vermek.
10. Belediye personelinin atamak.
11. Belediye ve bağlı kuruluşları ile işletmelerini denetlemek.
12. Şartsız bağışları kabul etmek.
13. Belde halkının huzur, esenlik, sağlık ve mutluluğu için gereken önlemleri almak.
14. Bütçede yoksul ve muhtaçlar için ayrılan ödeneği kullanmak, özürllülere yönelik hizmetleri yürütmek ve özürllüler merkezini oluşturmak.
15. Temsil ve ağırlama giderleri için ayrılan ödeneği kullanmak.
16. Kanunlarla belediyeye verilen ve belediye meclisi veya belediye encümeni kararını gerektirmeyen görevleri yapmak ve yetkileri kullanmak.

• **Belediye Başkan Vekilinin Yetki, Görev ve Sorumlulukları şunlardır:**

5393 Sayılı Belediye Kanununun 40. maddesi ile; Belediye Başkanının izin, hastalık veya başka bir sebeple görev başında bulunmadığı hallerde, bu süre içinde kendisine vekalet etmek üzere, belediye meclisi üyeleri arasından birini Başkan Vekili olarak görevlendirilir.

Başkan Vekili, Başkanın tüm yetkilerine sahiptir.

F. TEŞKİLAT ŞEMASI



G. AMAÇ VE HEDEFLERİMİZ

STRATEJİK AMAÇ 1 : BELEDİYE HİZMETLERİNDE MEMNUNİYETİ VE BİRİMLER ARASI KOORDİNASYONU SAĞLAMAK.

Stratejik Hedef 1.1 : Kurum dışı ve kurum içi ilişkilerde paydaş memnuniyetini ve iş verimliliğini artırmak.

Stratejik Hedef 1.2 : Meclis ve Encümen toplantılarının verimliliğini artırmak ve alınan kararların birimlere ulaştırılmasında koordinasyonun etkinliğini yükseltmek.

STRATEJİK AMAÇ 2 : ÇAĞDAŞ YÖNETİM ANLAYIŞINA UYGUN DENETİM STANDARTLARININ UYGULANMASINI VE HUKUKİ HAKLARIN KORUNMASINI SAĞLAMAK.

Stratejik Hedef 2.1 : Belediye hizmetlerin yürütülmesinde mevzuata ve prosedürlere uygunluğunu en üst düzeye çıkarmak.

Stratejik Hedef 2.2 : Belediyemizce gerçekleştirilecek iş ve işlemlerde, hukuki uyumsuzluklarda belediyemiz menfaatini en üst düzeyde korumak.

STRATEJİK AMAÇ 3 : HİZMETLERİN SUNUMUNDA ETKİNLİK VE VERİMLİĞİ ARTIRACAK BİR YÖNETİM SİSTEMİ KURMAK.

Stratejik Hedef 3.1 : Belediyemiz hizmetlerinin yürütülmesinde, zamanında ve etkin lojistik destek vererek hizmet kalitesini artırmak.

STRATEJİK AMAÇ 4 : PERFORMANSA VE NİTELİKLİ İNSAN GÜCÜNE DAYALI BİR YÖNETİM SİSTEMİ TESİS ETMEK.

Stratejik Hedef 4.1 : Performansa dayalı bir insan kaynakları yönetim modeli geliştirmek.

Stratejik Hedef 4.2 : İnsan kaynağının kişisel ve mesleki niteliğini artırmak.

Stratejik Hedef 4.3 :Katılımcı ve ekip çalışmasını ön plana çıkararak hizmet sunumunda etkinlik ve verimliliği artırmak.

STRATEJİK AMAÇ 5 : YAZILI VE GÖRSEL İLETİŞİM ARAÇLARINI EN ÜST DÜZEYDE KULLANARAK KURUMSAL İMAJIMIZIN YÜKSELTİLMESİNİSAĞLAMAK.

Stratejik Hedef 5.1 : Belediye hizmetlerinin tanıtımında etkililiği yeni yöntemler geliştirerek artırmak.

Stratejik Hedef 5.2 : Kurum kültürünün geliştirilmesi ve gelecek nesillere aktarmak, kurum hafızasının güncel tutmak.

Stratejik Hedef 5.3 : Hizmetlerimizin hızlı ve objektif bir şekilde kamuoyuna aktarılması için diğer basın ve yayın kuruluşları ile işbirliğini geliştirmek.

STRATEJİK AMAÇ 6 : EVRENSEL, ETİK, MİLLİ VE MANEVİ DEĞERLERİMİZİ ÖN PLANDA TUTAN EĞİTİM, KÜLTÜR,BİLİM, SPOR, SANAT VE SOSYAL ETKİNLİKLER GERÇEKLEŞTİRMEK.

Stratejik Hedef 6.1 : Kültürel ve sanatsal etkinlikler yoluyla sosyal sorumluluk, birlik ve beraberlik bilinci ile toplumsal dokuyu güçlendirmek.

Stratejik Hedef 6.2 : Vatandaşların sosyal, sportif, kültürel ve sanatsal organizasyonlara katılımını özendirmek.

STRATEJİK AMAÇ 7 : ULUSAL VE ULUSLARARASI KÜLTÜREL VE SOSYAL ETKİNLİKLERE KATILIMI ARTIRARAK KÜLTÜRLER ARASI DİYALOĞU VE İŞ BİRLİĞİNİ GELİŞTİRECEK ORTAM HAZIRLAMAK.

Stratejik hedef 7.1: Ulusal ve uluslar arası organizasyonlara katılan kültürel ve sosyal faaliyet sayısını artırmak.

Stratejik hedef 7.2 : Kültürler arası tanıtım ve iş birlikleri geliştirerek sosyal dayanışmayı etkililiği ve verimliliği artırmak.

STRATEJİK AMAÇ 8 : SOSYAL İŞLETMECİLİK ANLAYIŞIYLA BİREY VE TOPLUM YAŞAM KALİTESİNİN ARTIRILMASINA KATKIDA BULUNMAK.

Stratejik Hedef 8.1 : Çağdaş belediyeciliğe uygun sosyal işletmecilik ve girişimcilik ruhunu geliştirerek, birey ve toplum yaşam kalitesini artırmak.

STRATEJİK AMAÇ 9 : YARDIMA VE KORUNMAYA MUHTAÇ VATANDAŞLARIMIZA YÖNELİK SOSYAL YARDIM VE DAYANIŞMA HİZMETLERİNİN TAM VE ZAMANINDA VERİLMESİNİ SAĞLAMAK.

Stratejik Hedef 9.1 : İlçe sınırları içerisindeki yardıma muhtaç vatandaşların tamamına ulaşmak, memnuniyetlerini sağlamak.

Stratejik Hedef 9.2 : İhtiyaç sahibi vatandaşların istek ve beklentilerini sistemli bir şekilde analiz ederek belediye imkanları ölçüsünde karşılamak.

Stratejik Hedef 9.3 : Şiddete maruz kalmış kadınlarımızın tamamına barınma ve sığınma hizmeti sunmak.

STRATEJİK AMAÇ 10 : ÇEVREYİ VE SOSYAL ORTAMLARI ENGELLİLERİN HAYATINI KOLAYLAŞTIRACAK ŞEKİLDE DÜZENLEMEK VE GELİŞTİRMEK.

Stratejik Hedef 10.1 : İlçemiz sınırları içerisindeki tüm engellilere ulaşarak hayatlarını kolaylaştırıcı projeler geliştirmek.

STRATEJİK AMAÇ 11 : ÇAĞDAŞ, MODERN, ESTETİK, ÇEVRECİ VE MARKA BİR KENT TESİS ETMEK.

Stratejik Hedef 11.1 : Çağdaş kent yaşamının gerektirdiği şehir planlamasının uygulanabilirlik düzeyini artırmak.

Stratejik Hedef 11.2 : İmar ve parselasyon alanında belediye ve vatandaşın ortak memnuniyetini sağlayan hizmet gerçekleştirmek

Stratejik Hedef 11.3 : İmara giren alanların imar kapsamına alınmasını sağlamak.

STRATEJİK AMAÇ 12 : YAŞAM KALİTESİNİ ARTIRACAK VE MODERN ŞEHİRCİLİK UYGULAMALARINI GELİŞTİRECEK ÖNLEMLER ALMAK.

Stratejik Hedef 12.1 : Yaşam alanlarını rehabilite ederek, çağdaş ve modern yaşam alanlarına dönüştürmek.

Stratejik Hedef 12.2 : Taşınmazların verimli, şehir planlamasına ve hukuka uygun bir şekilde kullanımını sağlamak.

Stratejik Hedef 12.3 : Belediyemize mali kaynak temin edecek kiralama, satma ve kamulaştırma işlemlerini hızlı ve verimli şekilde yürütmek.

STRATEJİK AMAÇ 13 : TOPLUMSAL HUZURA KATKI SAĞLAYACAK, TİCARET VE EKONOMİYİ GELİŞTİRECEK VE DENETLEYECEK HER TÜRLÜ ÖNLEMİ ALMAK.

Stratejik Hedef 13.1 : İşyerlerini ruhsatlandırma işlerinin etkin takip ve denetimini gerçekleştirmek.

Stratejik Hedef 13.2 : İşyerlerinin ilgili kanun ve yönetmeliklere uygunluğunu düzenli ve zamanında gözden geçirmek.

Stratejik Hedef 13.3 : Toplum ve çevre sağlığı, huzuru ve asayişi konularında sorunların olmadığı bir kent yaşamı gerçekleştirmek.

Stratejik Hedef 13.4 : İlçemiz sınırları içerisindeki vatandaşlarımızın istek ve şikayetlerini mevzuata uygun bir şekilde çözüme kavuşturmak ve diğer tahkikatları yapmak.

STRATEJİK AMAÇ 14 : YAŞAM KALİTESİNİ ARTIRACAK YOL, ASFALT, ALT VE ÜST YAPI HİZMETLERİ İLE BELEDİYE SOSYAL TESİSLERİNİ MODERN ŞEHİRCİLİK ANLAYIŞINA UYGUN OLARAK YAPMAK.

Stratejik Hedef 14.1 : Yeni yollar açmak ve bakımını gerçekleştirmek

Stratejik Hedef 14.2 : Kentsel yapılaşmaya katkıda bulunacak çok amaçlı hizmet binaların sayısını artırmak.

Stratejik Hedef 14.3 : Yeni belediye sosyal tesisleri yapmak.

STRATEJİK AMAÇ 15 : KENTSEL YAŞAM KALİTESİNİ YÜKSELTECEK PARK, BAHÇE, ÇEVRE DÜZENLEMESİ VE YEŞİL ALAN ÇALIŞMALARINI ETKİN BİÇİMDE YÜRÜTMEK.

Stratejik Hedef 15.1 : Yeni park ve rekreasyon alanları yaparak kişi başına düşen yeşil alan miktarını arttırmak.

Stratejik Hedef 15.2 : Park ve kamusal alanlarda modern kent mobilyaları ile çağdaş objeler yerleştirmek.

Stratejik Hedef 15.3 : Park ve rekreasyon alanların periyodik olarak bakım ve onarımını gerçekleştirmek.

STRATEJİK AMAÇ 16 : TOPLUMUN ÇEVRE DUYARLILIĞI VE GERİ DÖNÜŞÜM BİLİNCİNİ ARTIRARAK DOĞAL VE TEMİZ ÇEVRENİN KORUNMASINI SAĞLAMAK.

Stratejik Hedef 16.1 : Temizlik hizmetlerini daha hızlı yapmak ve memnuniyeti artırmak.

Stratejik Hedef 16.2 : Toplumun bilinç düzeyini geliştirerek etkin bir geri dönüşüm sağlamak.

STRATEJİK AMAÇ 17 : SAĞLIK VE VETERİNERLİK HİZMETLERİNİN ZAMANINDA, KALİTELİ VE ETKİLİ BİÇİMDE YÜRÜTÜLMESİNİ SAĞLAMAK.

Stratejik Hedef 17.1 : Sağlık hizmetlerinde vatandaşların ihtiyaçlarını en üst düzeyde karşılamak ve memnuniyetlerini artırmak.

Stratejik Hedef 17.2 : Vatandaş ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda kaliteli poliklinik hizmet vermek.

Stratejik Hedef 17.3 : Toplum ve çevre sağlığı risklerini de göz önünde bulundurarak veterinerlik hizmetlerini tam, zamanında ve beklentilere uygun olarak gerçekleştirmek.

Stratejik Hedef 17.4 : Sokak hayvanlarına yönelik hayvan barınağı ve ıslah işlemlerini yürütmek.

STRATEJİK AMAÇ 18 : DOĞAL AFET VE YANGIN GİBİ OLAĞANÜSTÜ DURUMLARA İLİŞKİN HALKIN BİLİNÇ DÜZEYİNİ ARTIRMAK VE GÜVENLİK HİZMETLERİNİN ETKİN ŞEKİLDE YÜRÜTÜLMESİNİ SAĞLAMAK.

Stratejik Hedef 18.1 : Hizmet binalarımız ve sosyal tesislerimizin güvenliğini en iyi şekilde sağlamak

Stratejik Hedef 18.2 : Afet ve acil durumlara karşı eğitim vb. faaliyetlerle sivil savunma alanında halkın bilinç düzeyini yükseltmek.

STRATEJİK AMAÇ 19 : BELEDİYENİN MALİ YAPISINI GÜÇLENDİREREK GELİR ARTIRICI ÖNLEMLER ALMAK, KAYNAKLARIN HESAPVEREBİLİRLİK VE ŞEFFALIK İLKELERİ DOĞRULTUSUNDA ETKİLİ, VERİMLİ VE EKONOMİK KULLANILMASINI SAĞLAMAK.

Stratejik Hedef 19.1 : Tahakkuk ve tahsilat düzeyini yıllara göre yükselterek belediye gelirlerini artırmak.

Stratejik Hedef 19.2 : Mali disiplini tesis etmek.

STRATEJİK AMAÇ 20 : STRATEJİK YÖNETİM ANLAYIŞININ BİR KURUM KÜLTÜRÜ OLARAK BENİMSENMESİNİ VE ETKİN UYGULANMASINI SAĞLAMAK.

Stratejik Hedef 20.1 : Taşınır yönetim hesaplarını konsolide ederek taşınır iş ve işlemlerini doğru ve zamanında gerçekleştirmek.

Stratejik Hedef 20.2 : Etkin ve sürdürülebilir iç kontrol yönetimini uygulamak.

Stratejik Hedef 20.3 : Performans esaslı bütçeleme ile bütçe-stratejik plan ilişkisini kurmak ve sonuçların etkin bir şekilde izlenmesini sağlamak.

Stratejik Hedef 20.4 : Stratejik yönetim anlayışını kurum kültürünün bir parçası haline getirecek Ar-Ge çalışmaları yapmak.

STRATEJİK AMAÇ 21 : HİZMETLERİMİZİ HIZLI, GÜVENİLİR VE ZAMANINDA GERÇEKLEŞTİRECEK İLETİŞİM VE BİLİŞİM TEKNOLOJİLERİNİ ETKİN BİR ŞEKİLDE KULLANMAK.

Stratejik Hedef 21.1 : Teknolojik yeniliklere uygun bilgi işlem altyapısını kurmak ve sistemin uygulanabilirlik düzeyini artırmak.

Stratejik Hedef 21.2 : Elektronik ortamda gerçekleştirilen e-Belediye, t-Belediye, KİOSK vb. işlem ve uygulamaların kalite, hız ve kapsamını arttırmak.

Stratejik Hedef 21.3 : Bilgi güvenliğinin etkin bir şekilde sağlanması için personel bilgi düzeyini yükseltmek ve gerekli tüm önlemleri almak.

1990



SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
2016 YILI İÇ KONTROL SİSTEMİ
UYGULAMALARI

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ SWOT ANALİZİ SİM.02		  TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.02	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

Güçlü yönler • Çalışanlarımızın deneyimli olması • Müdürlüğümüzde çalışan tecrübeli personeller sayesinde iş ve işlemlerin daha hızlı, hatasız ve etkin bir şekilde yürütülmesi, • Müdürlüğümüz faaliyetlerini sorunsuz bir şekilde eksiksiz sürdürebilmesi için yeterli mali kaynaklara sahip olması, • Müdürlüğümüzde açık sözlü yönetici ve personellerin varlığı, • Müdürlüğümüz içinde personel rotasyonunun verimliliğe katkı sağlaması, • Müdürlüğümüzde sivil toplum örgütlerinin taleplerinin makul ölçülerde karşılanabilir olması,	Zayıf yönler • Personel yetersizliği • Engellilere yönelik hizmetlerin geliştirilmesine yönelik ihtiyaç, • Müdürlüğümüz evraklarının yer sıkıntısından dolayı çok küçük ortamlarda arşivlenmesi, • Personel yönetiminde kariyer planlama sisteminin olmayışı, • Müdürlüğümüz, bünyesinde yer alan ve bağlı birimlerimizde bulunan malzeme ve teçhizata kullanıcı personeller tarafından gerekli hassasiyetin gösterilmemesi korunup kollanmaması,
Fırsatlar • İlçemizin genç ve dinamik bir nüfusa sahip olması, • Müdürlüğümüz teknolojik gelişmelerden sonuna kadar faydalananıyor olması,	Tehditler : • Müdürlük bütçesine personel eğitimi konusunda yeterli ödeneğin aktarılmaması ve personelin şehir dışında yapılan hizmet içi eğitim seminerlerine katılamaması

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ MİSYON, VİZYON İLKE VE DEĞERLER SİM.03		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.03	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

MİSYONUMUZ

Sağlık hizmetlerinde, güvenilir, hasta memnuniyeti odaklı, nitelik ve nicelik yönünden geliştirilmiş personel ile vatandaşlarımıza kaliteli bir sağlık ve cenaze hizmeti sunmak.

VİZYONUMUZ

Sağlık hizmetini, Etimesgut halkının tamamına ulaştıran, kaliteli bir sağlık merkezi olmak.

DEĞERLERİMİZ

- İnsana saygı ve sağlıklı toplum
- Temizlik ve Nezaket
- Önleyici hizmet ve bilinçlilik

İLKELERİMİZ

- İnsana saygı, toplumsal yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır ve sağlığı korumak temel bir görevdir
- Temiz, bakımlı, nezih bir toplum hayatı modern şehirciliğin ayrılmaz bir parçasıdır.
- Her yaş ve her düzeydeki vatandaşlarımızın sağlık bilincini artıracak önleyici faaliyetler geliştirmelidir.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ AMAÇ VE HEDEFLER SİM.04		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.04	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

STRATEJİK AMAÇLAR-17

Sağlık ve veterinerlik hizmetlerinin zamanında, kaliteli ve etkili biçimde yürütülmesini sağlamak.

STRATEJİK HEDEF 17.1

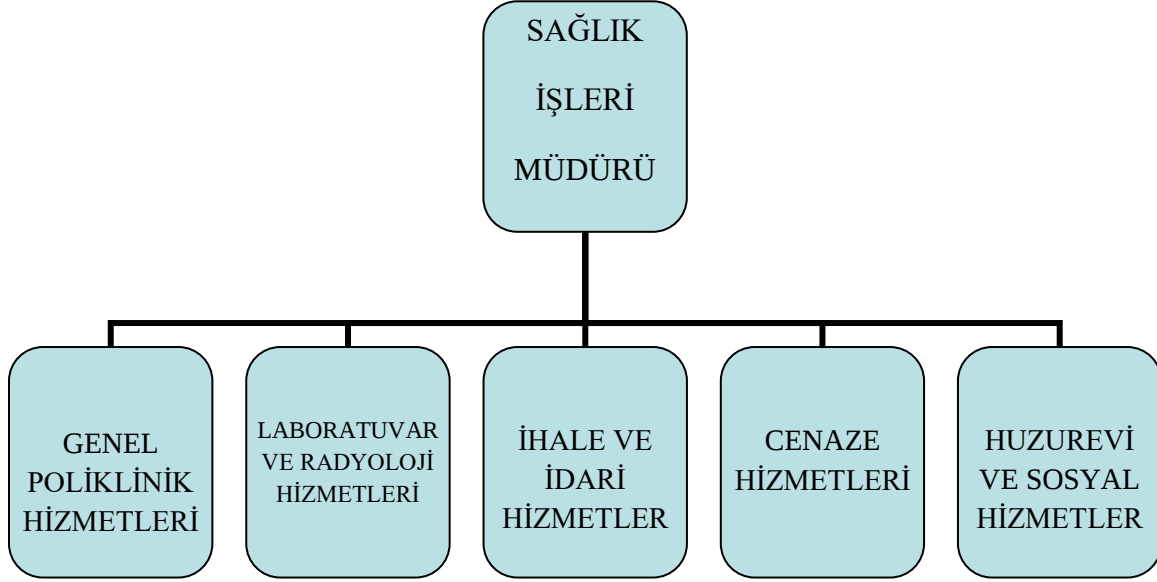
Sağlık hizmetlerinde vatandaşların ihtiyaçlarını en üst düzeyde karşılamak ve memnuniyetlerini artırmak .

STRATEJİK HEDEF 17.2

Vatandaş ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda kaliteli poliklinik hizmeti vermek.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ TEŞKİLAT ŞEMASI SİM.05		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.05	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015



Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ DOKÜMAN LİSTESİ SİM.01		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.01	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi:30.12.2016

SIRA NO	DOKÜMAN NO	DOKÜMANIN ADI
1.	SİM.01	DOKÜMAN LİSTESİ
2.	SİM.02	SWOT ANALİZİ
3.	SİM.03	MİSYON, VİZYON, İLKE VE DEĞERLER
4.	SİM.04	AMAÇ VE HEDEFLER
5.	SİM.05	TEŞKİLAT ŞEMASI
6.	SİM.GT.01	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRÜ GÖREV TANIMI
7.	SİM.GT.02	UZMAN DOKTOR GÖREV TANIMI
8.	SİM.GT.03	PRATİSYEN DOKTOR GÖREV TANIMI
9.	SİM.GT.04	LABORANT GÖREV TANIMI
10.	SİM.GT.05	RADYOLOJİ UZMANI GÖREV TANIMI
11.	SİM.GT.06	DİŞ TEKNİSYENİ GÖREV TANIMI
12.	SİM.GT.07	RÖNTGEN TEKNİKERİ / TEKNİSYENİ GÖREV TANIMI
13.	SİM.GT.08	BAŞHEMŞİRE GÖREV TANIMI
14.	SİM.GT.09	HEMŞİRE GÖREV TANIMI
15.	SİM.GT.10	DİŞ DOKTORU GÖREV TANIMI
16.	SİM.GT.11	DENETİM SORUMLUSU GÖREV TANIMI
17.	SİM.GT.12	HASTA KABUL VE KAYIT SORUMLUSU GÖREV TANIMI
18.	SİM.GT.13	İHALE VE İDARİ İŞLER GÖREV TANIMI
19.	SİM.GT.14	TEMİZLİK SORUMLUSU GÖREV TANIMI
20.	SİM.GT.15	CENAZE SORUMLUSU GÖREV TANIMI
21.	SİM.GT.16	GASSAL (CENAZE YIKAYICI) GÖREV TANIMI
22.	SİM.GT.17	RİSK KOORDİNATÖRÜ GÖREV TANIMI
23.	SİM.İT.01	GENEL MUAYENE İŞLEMLERİ İŞ TANIMI
24.	SİM.İA.01	GENEL MUAYENE İŞLEMLERİ İŞ AKIŞI
25.	SİM.İT.02	DİŞ HEKİMLİĞİ MUAYENE İŞ TANIMI
26.	SİM.İA.02	DİŞ HEKİMLİĞİ MUAYENE İŞ AKIŞI
27.	SİM.İT.03	LABARATUVAR İŞLEMLERİ İŞ TANIMI
28.	SİM.İA.03	LABARATUVAR İŞLEMLERİ İŞ AKIŞI
29.	SİM.İT.04	CENAZE İŞLERİ İŞ TANIMI

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ DOKÜMAN LİSTESİ SİM.01		
Dok.No:SİM.01	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi:30.12.2016

30.	SİM.İA.04	CENAZE İŞLERİ İŞ AKIŞI
31.	SİM.İT.05	GENEL EVRAK İŞ TANIMI
32.	SİM.İA.05	GENEL EVRAK İŞ AKIŞI
33.	SİM.İT.06	AMBAR DEMİRBAŞ İŞ TANIMI
34.	SİM.İA.06	AMBAR DEMİRBAŞ İŞ AKIŞI
35.	SİM.PR.01	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ PROSEDÜRÜ
36.	SİM.PR.02	RİSK YÖNETİM PROSEDÜRÜ
37.	SİM.PR.03	KONTROL FAALİYETLERİ PROSEDÜRÜ
38.	SİM.PR.04	SÜRECİ GÖZDEN GEÇİRİLMESİ PROSEDÜRÜ
39.	SİM.PR.05	İÇ KONTROL İZLEME VE YÖNLENDİRME KURULU ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ
40.	SİM.PR.06	İLETİŞİM YÖNETİM PROSEDÜRÜ
41.	SİM.PR.07	ARŞİV YÖNETİM PROSEDÜRÜ
42.	SİM.PR.08	BİLGİ GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ
43.	SİM.PR.09	SÜREÇ İZLEME VE ÖLÇÜM PROSEDÜRÜ
44.	SİM.PR.10	PERFORMANS YÖNETİM PROSEDÜRÜ
45.	SİM.PR.11	HASSAS GÖREV PROSEDÜRÜ
46.	SİM.PR.12	ÖNERİ SİSTEMİ PROSEDÜRÜ
47.	SİM.PR.13	ACİL DURUM EYLEM PLANI PROSEDÜRÜ
48.	SİM.F.01	RİSK DEĞERLENDİRME FORMU
49.	SİM.F.02	RİSK DEĞERLENDİRME HARİTASI - RİSK MATRİSİ
50.	SİM.F.03	KONTROL FAALİYETİ İZLEME FORMU ÖRNEĞİ
51.	SİM.F.05	SÜRECİN GÖZDEN GEÇİRMESİ TOPLANTISI KAYIT FORMU ÖRNEĞİ
52.	SİM.F.06	İLETİŞİM BİLGİ FORMU
53.	SİM.F.07	SÜREÇ PERFORMANS ÖLÇME VE İZLEME FORMU ÖRNEĞİ
54.	SİM.F.08	BİREYSEL PERFORMANS ÖLÇME FORMU ÖRNEĞİ
55.	SİM.F.09	HASSAS GÖREV FORMU ÖRNEĞİ
56.	SİM.F.10	ÖNERİ FORMU ÖRNEĞİ
57.	SİM.F.11	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ AFET ACİL DURUM YÖNERGESİ VE PLANI

SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
GÖREV TANIMLARI

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRÜ GÖREV TANIMI SİM.GT.01		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.01	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

GÖREV : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRÜ

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Belediye Başkan Yardımcısına bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- Tercihen yüksekokul / üniversite mezunu olmak.
- En az 8 yıl memur olarak çalışmış olmak.
- Sağlık konusunda ilgili mevzuata hakim olmak.

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Müdürlüğe gelen evrakları ilgili personele sevk etmek,
- Kurum dışı ve Kurum içi giden evraklara imza atmak
- Müdürlüğün Düzenini sağlamak
- Personellerin uyum içerisinde çalışma düzenini sağlamak

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ UZMAN DOKTOR GÖREV TANIMI SİM.GT.02		  TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.02	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

GÖREV : UZMAN DOKTOR

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Sağlık İşleri Müdürüne bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- Tıp Fakültesi mezunu olmak.
- Uzmanlık / yeterlilik sınavında başarılı olmak
- Uzmanlık belgesine sahip olmak.

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Hastaların şikayetlerini sormak
- Servise gelen hastaları kabul etmek ve muayene işlemlerini gerçekleştirmek.
- Hastaların tahlil raporları ile röntgen, ultrason ve tomografi sonuçlarını incelemek.
- Hastaların, yeniden sağlıklarına kavuşmaları için tavsiyelerde bulunur, reçete yazarak alınacak ilaçları belirler
- Bulaşıcı hastalıkları önlemek için gerekli çalışmaları yapmak.
- Sorumlu olduğu hastane veya tıp servisini idare eder
- Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görev yerine getirmek.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ PRATİSYEN DOKTOR GÖREV TANIMI SİM.GT.03		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.03	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

GÖREV : PRATİSYEN DOKTOR

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Sağlık İşleri Müdürüne bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- Tıp Fakültesi mezunu olmak.

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Hastaların şikayetlerini dinlemek.
- Servise gelen hastaları kabul etmek ve muayene işlemlerini gerçekleştirmek.
- Hastaların tahlil raporları ile röntgen, ultrason ve tomografi sonuçlarını incelemek.
- Hastaların, yeniden sağlıklarına kavuşmaları için tavsiyelerde bulunur, reçete yazarak alınacak ilaçları belirler.
- Bulaşıcı hastalıkları önlemek için gerekli çalışmaları yapmak.
- Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görev yerine getirmek.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ LABORANT GÖREV TANIMI SİM.GT.04	 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.04	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00
		Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

GÖREV : LABORANT

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Sağlık İşleri Müdürüne bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- Sağlık yüksek okulu laboratuvar bölümü yada sağlık meslek lisesi laboratuvar / kimya bölümü mezunu olmak.
- Laboratuvar ve analiz işlemleri hakkında bilgili olmak.

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Sevk edilen hastaların kan örneklerini almak.
- Alınan örneklerin hematoloji, hormon, biyokimya, eliza testlerini ilgili cihazlarda yapmak.
- İdrar örneklerini alarak ilgili cihazlarda tahlil işlemlerini gerçekleştirmek.
- Kültür ve gaita örneklerini alarak ilgili cihazlarda tahlil işlemlerini gerçekleştirmek.
- Tahlil sonuçlarını ilgili hastalara teslim etmek..
- Tahlil sonuçlarını Bilgisayar ortamında dosyalayarak arşiv işlemlerini gerçekleştirmek.
- Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görev yerine getirmek.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ RADYOLOJİ UZMANI GÖREV TANIMI SİM.GT.05		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.05	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
GÖREV : RÖNTGEN TEKNİKERİ / TEKNİSYENİ

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Sağlık İşleri Müdürüne bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- Tıp fakültesi mezunu olmak
- Radyoloji üzerine ihtisas yapmış olmak.

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Röntgen servisine sevk edilen hastaların film işlemlerini takip eder.
- Röntgen laboratuvarlarının temizlik, düzen ve takibini yapar.
- Laboratuvarında bulunan makine ve cihazların bakımlarını kontrol ve takip eder.
- Röntgen tekniker / teknisyenlerinin görev dağılımları belirlemek.
- Röntgen tekniker / teknisyenlerinin nöbet çizelgelerini hazırlamak ve Sağlık İşleri Müdürüne onaylamak.
- Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görev yerine getirmek.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ DIŞ TEKNİSYENİ GÖREV TANIMI SİM.GT.06		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.06	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

GÖREV : DIŞ TEKNİSYENİ

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Diş Doktoruna bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- Sağlık yüksek okulu diş protezciliği bölümü mezunu olmak.

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Diş hekimlerine muayene sırasında istenen malzemeleri temin etmek ve yardım etmek.
- Hastaların diş kalıplarını çıkarmak.
- Kalıplara uygun olarak diş protejleri yapmak.
- Diş muayenehanesinde kullanılan cihaz ve aletlerin dejenfekte işlemlerini gerçekleştirmek.
- Diş protezleri ile ilgili randveları vermek.
- Diş Doktorunun ve Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görev yerine getirmek.
- Diş Hasta kabulde görev yapan personelin hasta takip kartı ile hastaalra dosya açmak ve işlerin takibini yapmak.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ RÖNTGEN TEKNİKERİ / TEKNİSYENİ GÖREV TANIMI SİM.GT.07		  TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.07	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

GÖREV : RÖNTGEN TEKNİKERİ / TEKNİSYENİ

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Radyoloji Uzmanına bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- Sağlık yüksek okulu röntgen teknikerliği bölümü yada sağlık meslek lisesi röntgen teknisyenliği bölümü mezunu olmak.
- Röntgen cihazlarının kullanımı biliyor olmak.

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Röntgen servisine sevk edilen hastaları filmlerini çekmek
- Ultrasona gelen hastalara randevu vermek..
- Ultrason çekimi esnasında uzman doktora yardım faaliyetlerini gerçekleştirmek.
- Röntgen kasetlerini röntgen çekimi için hazır hale getirmek.
- Röntgen kasetlerin temizliğini yapmak
- Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görev yerine getirmek.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ BAŞHEMŞİRE GÖREV TANIMI SİM.GT.08		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.08	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

GÖREV : BAŞHEMŞİRE

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Sağlık İşleri Müdürüne bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- Yüksekokulların veya Sağlık Meslek Liselerinin hemşirelik bölümü mezunu olmak
- En az 10 yıl hemşire olarak görev yapmış olmak:
- Görev süresi boyunca olumlu sicil notu almış olmak.

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Kendisine bağlı muayenahanelerin hasta kayıt ve iş bölümü organizasyonunu sağlamak.
- Hastalara karşı müşfik (şeffkatli) olmaları ve daima iyi davranmaları hususunda personele uyarılarda bulunur.
- Polikliniklerin genel temizlik ve düzenini sağlar.
- Hemşire, ebe, hemşire yardımcısı ve yardımcı hizmetler sınıfı personelinin, mesleki bilgi ve tecrübelerinin gelişmesine yardımcı olmak amacıyla hizmet içi eğitim vermek..
- Muayane esnasında pansuman, enjeksiyon işlemlerini gerçekleştirmek. Bu konuda hemşirelerin görev dağılımı gerçekleştirmek.
- Hemşireler arasından görev dağılımını ve organizasyonu gerçekleştirmek.
- Hemşire ve kendisine bağlı diğer personele ait nöbet ve izin cetvellerini düzenlemek. Bu listelerde sonradan değişiklik yapmak gerekirse Sağlık İşleri Müdürüne haber verir
- Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görev yerine getirmek.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ HEMŞİRE GÖREV TANIMI SİM.GT.09		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.09	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

GÖREV : BAŞHEMŞİRE

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Başhemşireye bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- Yüksekokulların veya Sağlık Meslek Liselerinin hemşirelik bölümü mezunu olmak

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Kendisine bağlı muayenahanelerin hasta kayıt ve iş bölümü organizasyonunu sağlamak.
- Hastalara karşı müşfik (şeffkatli) olmaları ve daima iyi davranmaları hususunda uyarılarda bulunur.
- Polikliniklerin genel temizlik ve düzenini sağlar.
- Hemşire, ebe, hemşire yardımcısı ve yardımcı hizmetler sınıfı personelinin, mesleki bilgi ve tecrübelerinin gelişmesine yardımcı olmak amacıyla hizmet içi eğitim vermek..
- Muayane esnasında pansuman, enjeksiyon işlemlerini gerçekleştirmek.
- Hemşireler arasından görev dağılımını ve organizasyonu gerçekleştirmek.
- Hemşire ve kendisine bağlı diğer personele ait nöbet ve izin cetvellerini düzenlemek..
- Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görev yerine getirmek.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ DIŞ DOKTORU GÖREV TANIMI SİM.GT.10		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.10	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

GÖREV : DIŞ HEKİMİ

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Sağlık İşleri Müdürüne bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- Diş Hekimliği Fakültesi mezunu olmak.
- Uzmanlık / yeterlilik sınavında başarılı olmak
- Uzmanlık belgesine sahip olmak.

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Diş protez ölçülerini alır ve labaratuvarında diş protezlerini yapar ilgili hastalara proteji takar.
- Diş taşı temizlik, ısınlı diş dolgusu, geçiçi diş dolgusu, diş çekimi işlemlerini gerçekleştirir.
- Diş hastalarını polikliniklerde muayene ve tedavi etmekten sorumludur.
- Hastalara apseli dişlerle ilgili reçetelerini yazar.
- Diş teknisyeni tarafından yapılan diş aletlerinin temizlik kontrollerini yapar.
- Diş servisi veya diş tedavi protez ünitesinin düzenli ve verimli çalışmasından Sağlık İşleri Müdürüne karşı sorumludur.
- Sorumlu olduğu servisini idare eder.
- Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görev yerine getirmek.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ DENETİM SORUMLUSU GÖREV TANIMI SİM.GT.11		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.11	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
GÖREV : DENETİM SORUMLUSU

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Sağlık İşleri Müdürüne bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- Gıda / Kimya Mühendisliği mezunu olmak
- Sağlık ve hijyen konuları yasal mevzuatı hakkında bilgi sahibi olmak.

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Denetim yapılan yerin (işyeri, vs.) sağlık ve hijyen açısından inceler ve mevzuata uygunluğunu kontrol eder.
- Denetim yapılan yerde çalışan personelin portör muayenelerinin olup olmadığını ve portör muayane kayıtlarını inceler.
- Hijyen şartlarının iyileştirilmesi için önerilerde bulunur.
- Şartlara ve mevzuata uymayan yerlerin tespit edilmesi durumunda gerekli tutanakları tutar.
- Denetim yapılan yer ile ilgili sicil kayıtlarını inceler.
- Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görevleri yerine getirir.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ HASTA KABUL VE KAYIT SORUMLUSU GÖREV TANIMI SİM.GT.12		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.12	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
GÖREV : HASTA KABUL VE KAYIT SORUMLUSU

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Sağlık İşleri Müdürüne bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- Lise Mezunu veya yüksekokul mezunu olmak

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Hasta kabul yerinin temizliğini, düzen ve disiplinini sağlar
- Polikliniklerimize gelen hastaların kimlik belgelerini (ehliyet, diğer resmi belgeler vs.) inceleyerek hasta kayıt proğrsmina gerekli bilgileri kaydeder.
- Hastalara muayene ve tahlil işlemleri için bilgi verir ve hastaları yönlendirir.
- Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görevleri yerine getirmek.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ İHALE VE İDARİ İŞLER GÖREV TANIMI SİM.GT.13		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.13	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
GÖREV : İHALE VE İDARİ İŞLER SORUMLUSU

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Sağlık İşleri Müdürüne bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- Yüksek okul / üniversite mezunu olmak
- Kamu ihale kanunu hakkında bilgi sahibi olmak.

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Personel izin evraklarını inceler ve onaylayarak Sağlık İşleri Müdürüne sunar.
- Personelin mesai giriş çıkış imzalarını alır ve evrakları ilgili dosyalarda saklar.
- Polikliniklerin genel düzeninden ve tertibinden sorumludur.
- Sağlık malzemeleri ihtiyaçlarını belirler, malzemelerini alımı için piyasa araştırması yapar ve teklif toplar.
- Yaklaşık maliyet tablolarını hazırlar ve birim müdürüne sunar.
- İhale evraklarını hazırlar ve ihale ilanı için gerekli işlemleri gerçekleştirir.
- Kamu ihale kurumu sistemi üzerinde gerekli veri girişlerini gerçekleştirir.
- Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görevleri yerine getirir.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ TEMİZLİK SORUMLUSU GÖREV TANIMI SİM.GT.14		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.14	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
GÖREV : TEMİZLİK SORUMLUSU

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Sağlık İşleri Müdürüne bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- En az ilköğretim Mezunu olmak

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Polikliniklerin zemin, lavabo ve wc temizlik işlemlerini yapar.
- Temiliğinden sorumlu olduğu bölgeleri düzenli olarak kontrol eder.
- Temizlik malzemelerini depoda istifler ve israf edilmeyecek şekilde olarak kullanır
- Tıbbi atıkları kırmızı çöp torbalarında toplar ve tıbbi atık deposunda istifler.
- Büyükşehir belediyesinden gelen tıbbi atık araçlarına atıkları yükler.
- Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görevleri yerine getirir.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ CENAZE SORUMLUSU GÖREV TANIMI SİM.GT.15		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.15	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

GÖREV : CENAZE SORUMLUSU

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Sağlık İşleri Müdürüne bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- Lise Mezunu olmak
- C sınıfı ve üzeri ehliyet sahibi olmak
- Defin işleri ile ilgili yasal işlemler hakkında bilgi sahibi olmak.

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Cenazenin resmi evraklarını takip ve kontrol etmek
- Cenazenin olduğu ilgili adrese araçla giderek cenaze sahibi ile ilgili orgazniaayonu sağlamak
- Ölüm belgesi ile işlemleri takip etmek ve birer nüshalarını teslim almak.
- Belediye yada diğer resmi kurumlarca belirlenen mezarlığa cenazeyi ulaştırmak.
- Memlekete nakil işlemlerinde yol ücretini tahsil etmek, görev evrakına göre aracı memleket adresine ulaştırmak.
- Gasilhanede yapılacak işlemleri takip etmek.
- Kefenleme işlemlerini takip ve kontrol etmek.
- Ölüm belgesinde defin yerine ilişkin kayıtlar yapmak.
- Cenaze aracının trafik kurallarına uygun olarak kullanmak
- Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görevleri yerine getirmek.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ GASSAL (CENAZE YIKAYICI) GÖREV TANIMI SİM.GT.16		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.GT.16	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

GÖREV : GASSAL (Cenaze Yıkayıcı)

A. ORGANİZASYONDAKİ YERİ

Sağlık İşleri Müdürüne bağlı olarak çalışır.

B. PROFİL

- En az ilköğretim Mezunu olmak
- Cenaze yıkama ve kefenleme işlemleri hakkında bilgi sahibi olmak.

C. GÖREV VE SORUMLULUKLARI

- Gömme izni belgesi ile gasil haneye gelen her cenazenin geldiği servis ve konulan teşhisi, başka yerden gelmişse nereden geldiğini, gasil haneye geliş-gidiş gün ve saatini, hastanece defnedilmişse hangi mezarlığa ve hangi numaralı mezara gömüldüğünü, cenaze sahiplerine verilmişse kime teslim edildiğini, adli ve resmi makamlarla ilişkisi varsa, kimin emri ile kime teslim edildiğini okunaklı ve düzenli bir şekilde bir deftere ve ölü ayak başparmağına takılacak künye kartonuna kaydetmekle yükümlüdür
- Her ölünün sağ ayağının başparmağına bağlanmış olan künye kartonunun muhafazasından gassal sorumludur. Ölü sahiplerine verildikten sonra künye kartonu delikli kısımdan koparılır, eldeki parça defin kayıt defterine kişinin isminin karşısına zımbalanır.
- Erkek cenazeleri yıkar, teçhiz, tekfin eder, gerekli dini ödevleri yapar ve Umumi Hıfzıssıhha Kanunu hükümlerine göre mezarlığa gömülmelerini sağlar. Kurumda kadın gassal yoksa kadın ölülerin gasil, teçhiz ve tekfinleri hastanece temin edilecek bir kadın gassala yaptırılır.
- Gasilhanenin tertip ve düzeninden sorumlumdur.
- Sağlık İşleri Müdürünün verdiği diğer görevleri yerine getirmek.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
İŞ TANIMLARI VE İŞ AKIŞLARI

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ GENEL MUAYENE İŞLEMLERİ İŞ TANIMI SİM.İT.01		
Dok.No:SİM.İT.01	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

GENEL MUAYENE İŞLEMLERİ

Hasta Kabul ve Kayıt İşlemleri

- Vatandaşların sağlık şikayetleri, muayene ve tedavi vs. işlemleri için polikliniğimize başvurusu sonrasında hasta kabul ve kayıt sorumluları tarafından Meddata menü üzerinde kişisel bilgiler alınır. İlk başvuru olması durumunda kimlik bilgileri, adres ve sosyal güvence türüne ilişkin bilgiler alınarak sisteme kaydı yapılır. Hasta şikayetine uygun polikliniğe sevk edilir.
- Başvuru yapan hasta, ilgili poliklinikten çağrı yapılarak sıra numarasına göre polikliniğe davet edilir.

Muayene İşlemleri

- Doktor tarafından polikliniğe gelen hastanın şikayetleri dinlenir ve hasta doktor tarafından muayene edilir.
- Tedavi poliklinikte muayene edilemez ise uygun olan hastaneye sevk edilir.
- Tedavi poliklinikte muayene edilebilir ise tetkik tahlil gerekli olup olmadığına doktor tarafından karar verilir ve hasta gerekli tahliller için yönlendirilir.

Tahlil İşlemleri

- Doktor tarafından istenen tahliller bilgisayardan ilgili tetkikle ilgili bilgisayara gönderilerek istemi yapılır. İstemi yapılan hasta ilgili servise (kan alma, idrar numunesi alma vs.) için başvurur ve kan, idrar vs. örnekleri hemşireler tarafından alınır.
- Tahlil sonuçları direkt doktor bilgisayarına gider doktor hasta sonuçlarını bilgisayarında değerlendirerek hastayı bilgilendirir gerek görürse sonuç çıktılarını hastayada teslim eder.

Röntgen İşlemleri

- Röntgen çekilecekse yine doktoru tarafından istemi atılır.
- Radyoloji servisinde doktor talebine uygun şekilde tekniker / teknisyen tarafından röntgen çekilir.
- Röntgen, Röntgen tekniker tarafından pacs sistemi ile doktor bilgisayarına gönderilir.Bilgisayara gönderilen film doktor tarafından değerlendirilerek hasta bilgilendirilerek gerekli tedavisi yapılır.

Tıbbi İşlemler

- Gerekli durumlarda doktorun talebine göre enfeksiyon hizmetleri, pansuman, serum takma, ekg çekim, tansiyon ölçümü ilgili personel tarafından gerçekleştirilir.

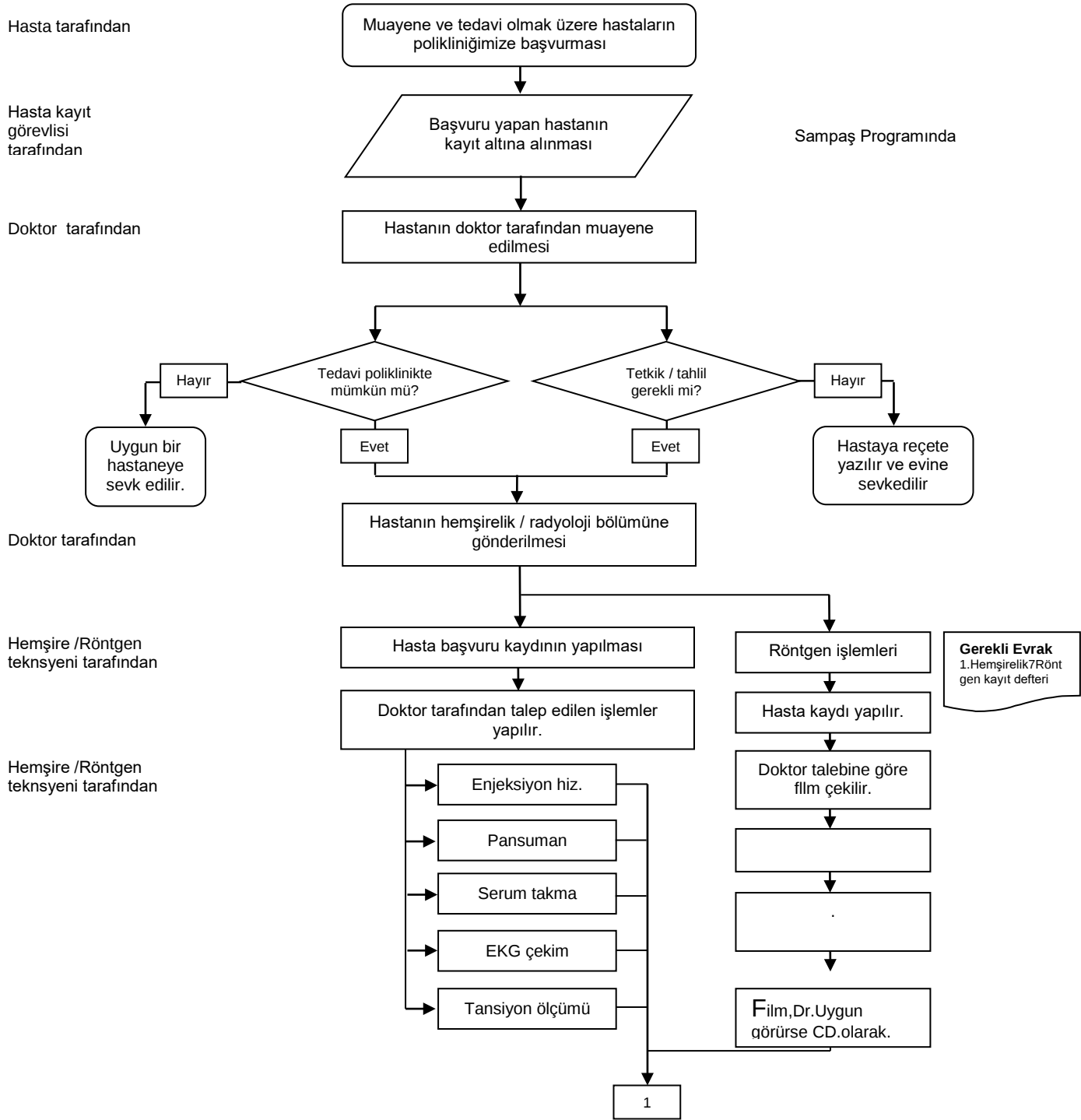
Değerlendirme ve Reçete Yazılması İşlemleri

- Sonuçlar (kan - idrar tahlili, röntgen filmi, ekg vs. sonuçlar) bilgisayardan doktora gönderilir Doktor tarafından yapılan değerlendirme sonucunda uygun tedavi yöntemi belirlenir (reçete, diyet vs.) ve işlemler tamamlanır.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ GENEL MUAYENE İŞLEMLERİ İŞ AKIŞI SİM.İA.01	 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.İA.01	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00
		Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : Sağlık İşleri Müdürlüğü
SORUMLU :
İŞ AKIŞI ADI : Genel Muayene İşlemleri İş Akışı



Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ GENEL MUAYENE İŞLEMLERİ İŞ AKIŞI SİM.İA.01		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.İA.01	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015



Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ DIŞ HEKİMLİĞİ MUAYENE İŞ TANIMI SİM.İT.02		  TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.İT.02	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

DIŞ HEKİMLİĞİ MUAYENE İŞLEMLERİ

Hasta Kabul ve Kayıt İşlemleri

- Vatandaşların Diş şikayetleri, muayene ve tedavi vs. işlemleri için polikliniğimize başvurusu sonrasında hasta kabul ve kayıt sorumluları tarafından Meddata menü üzerinde kişisel bilgiler alınır. İlk başvuru olması durumunda kimlik bilgileri, adres ve sosyal güvence türüne ilişkin bilgiler alınır.ve uygun biri tarihte istedikleri Diş Hekimine randevu verilerek. sisteme kaydı yapılır..
- Başvuru yapan hasta,randevulu ise randevu aldığı doktora yönlendirilir. Randevulu değilse hastanın şikayetine istinaden oğünkü acil doktoruna yönlendirilir.

Muayene İşlemleri

- Diş Hekimi muayeneye gelen hastanın şikayetlerini dinler ve hasta diş hekimi tarafından muayene edilir.
- Tedavi edilemez ise uygun olan hastaneye sevk edilir.
- Tedavi diş merkezimizde muayene edilebilir ise tetkikl gerekli olup olmadığına doktor tarafından karar verilir ve hasta gerekli tetkik(röntgen) için yönlendirilir.

Röntgen İşlemleri

- Röntgen çekilecekse yine doktoru tarafından istemi atılır.
- Radyoloji servisinde doktor talebine uygun şekilde tekniker / teknisyen tarafından röntgen çekilir.
- Röntgen, Röntgen tekniker tarafından pacs sistemi ile doktor bilgisayarına gönderilir.Bilgisayara gönderilen film doktor tarafından değerlendirilerek hasta bilgilendirilerek gerekli tedavisi yapılır.
-

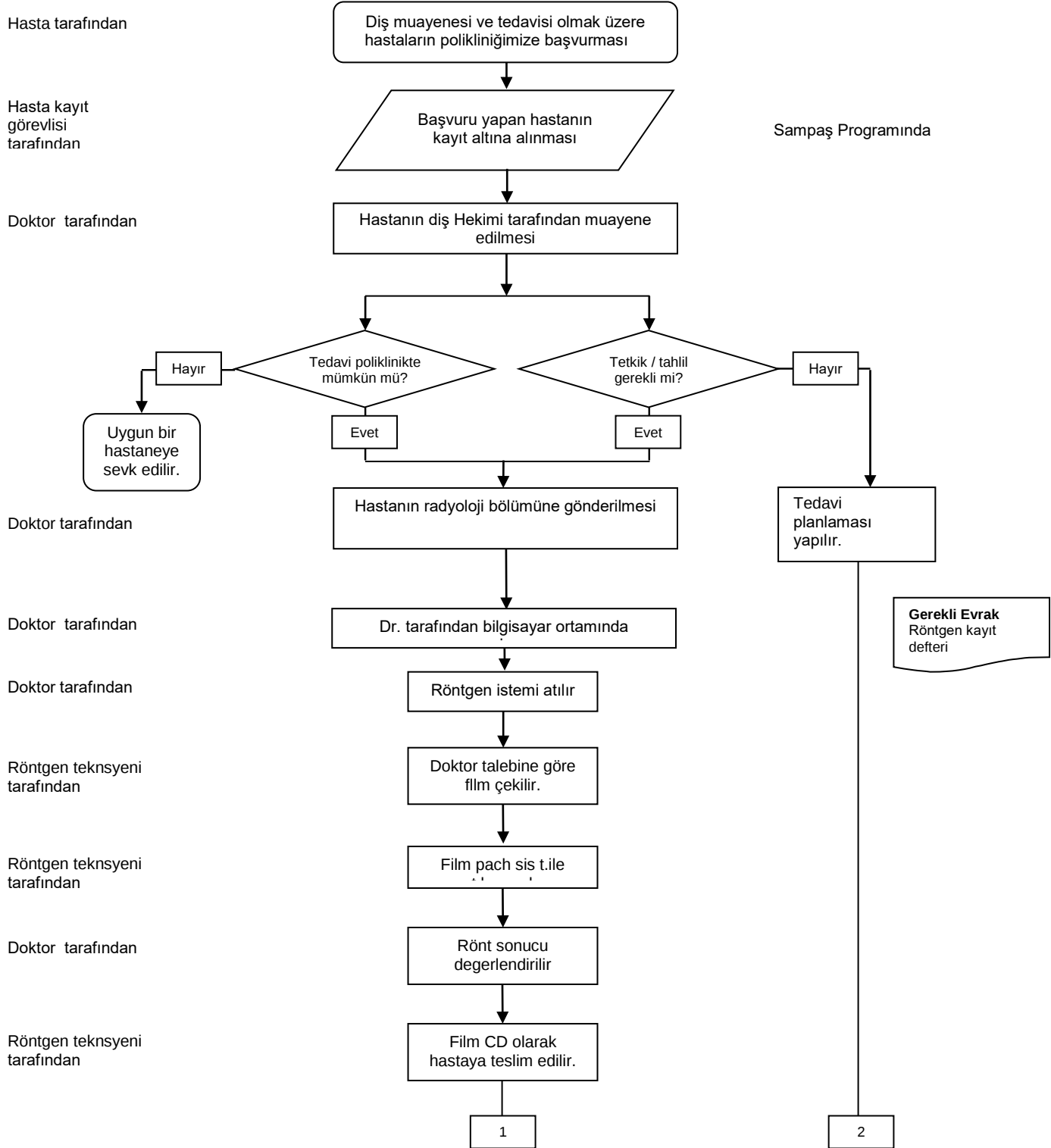
Tıbbi İşlemler

- Gerekli durumlarda Diş Hekimi hasta ile birlikte Dolgu,Verner, protez, gibi işlemlerinden birisine karar verdikten sonar tedavi işlemleri gerçekleştirilir.
- Diş çekimi yapılacaksa önce tedavisi yapılır (apse enfeksiyon vs varsa) sonra Diş Hekimi tarafından gerekli görülürse diş çekimi yapılır.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ DIŞ HEKİMLİĞİ MUAYENE İŞ AKIŞI SİM.İA.02		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.İA.02	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

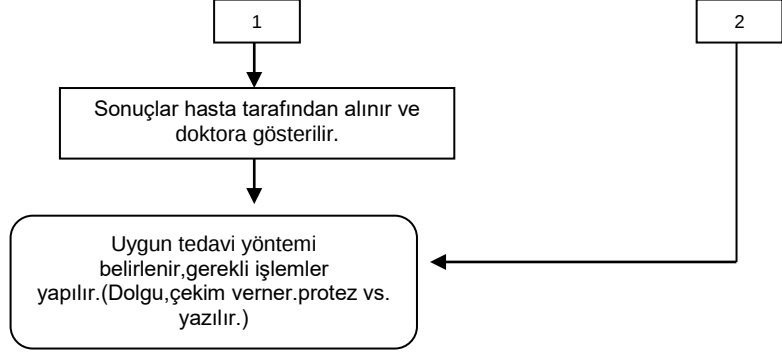
BİRİM : Sağlık İşleri Müdürlüğü
SORUMLU : Birim Müdürü
İŞ AKIŞI ADI : Diş Hekimliği Muayene İş Akışı



Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ DİŞ HEKİMLİĞİ MUAYENE İŞ AKIŞI SİM.İA.02		
Dok.No:SİM.İA.02	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

Dış Hekimi
tarafından



Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ LABARATUVAR İŞLEMLERİ İŞ TANIMI SİM.İT.03		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.İT.03	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

LABARATUVAR İŞLEMLERİ İŞ TANIMI

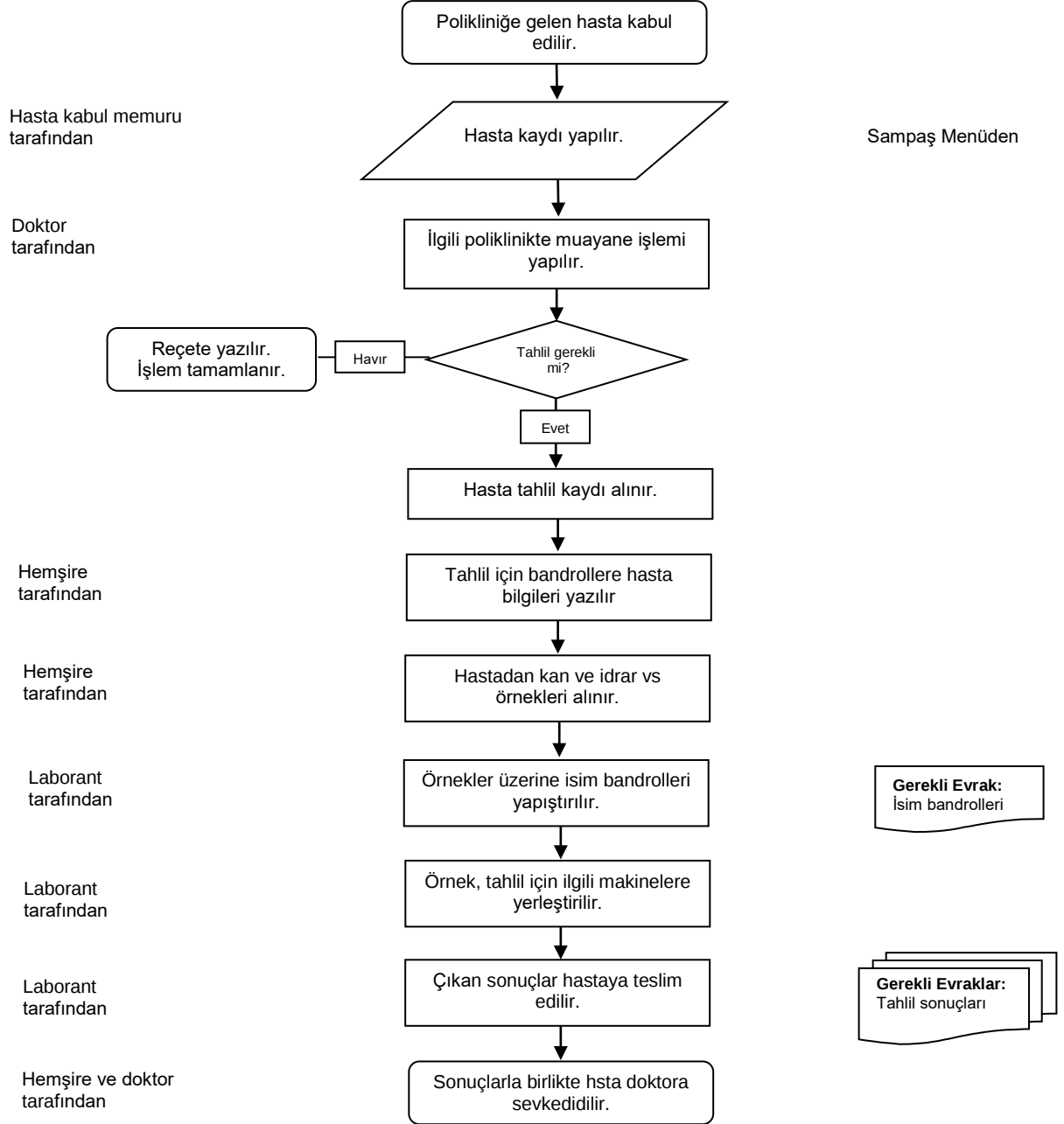
Tahlil İşlemleri

- Doktor tarafından istenen tahliller bilgisayardan gönderilerek istemi yapılır. İstemi yapılan hasta labaratuvara (kan alma, idrar numunesi alma vs.) için başvurur.
- Laboratuvarda kan alınacaksa kan tüpleri isim barkodlanarak hastanın kanları alınır, tüplar daha sonra laborantlar tarafından cihazlara yerleştirilerek incelenir. idrar ve kan örnekleride aynı şekilde barkodlanarak biyokimyamız ve laborantlar tarafından incelemeye alınır.
- İncelenerek sonuçları belli olan tahliller direkt doktor bilgisayarına gider doktor hasta sonuçlarını bilgisayarında değerlendirerek hastayı bilgilendirerek tedavisini tahlil sonuçlarına göre yapar ve gerek görürse sonuç çıktılarını hastayada teslim eder.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ LABARATUVAR İŞLEMLERİ İŞ AKIŞI SİM.İA.03		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.İA.03	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : Sağlık İşleri Müdürlüğü
SORUMLU : Poliklinik Doktorları, Hemşireler, Laborantlar
İŞ AKIŞI ADI : Laboratuvar İşlemleri İş Akışı



Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ CENAZE İŞLERİ İŞ TANIMI SİM.İT.04		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.İT.04	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

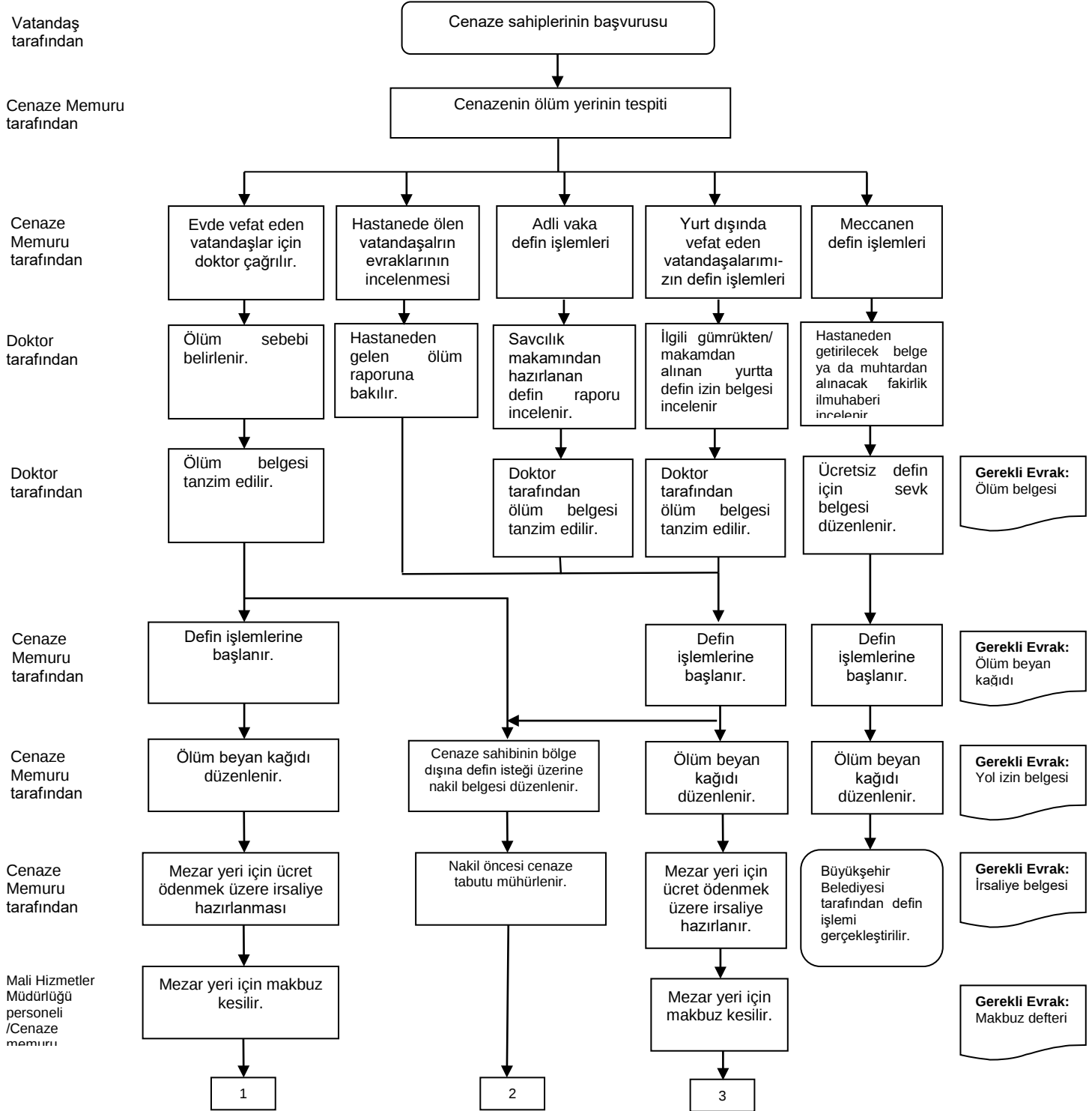
CENAZE İŞLERİ İŞ TANIMI

- Cenaze sahipleri Müdürlüğümüze başvurusunu yapar
- Cenazenin ölüm yerinin tespiti yapılır.
- **Evde vefat eden vatandaşlar için,**
- Doktor ve Cenaze aracı ile birlikte Cenaze sahiplerinin evine gidilir.
- Ölüm sebebi belirlenir.
- Ölüm belgesi tanzim edilir.
- İhtiyacı olan cenaze sahiplerine cenaze levazımatı verilir.
- Mernis ölüm tutanakları Tplum Sağlığı merkezine gönderilmesk üzere hazırlanır.
- **Hastanede vefat eden vatandaşlar için,**
- Hastaneden gelen ölüm raporuna bakılır.
- **Adli vaka ölüm işlemleri için,**
- Savcılık makamından hazırlanan defin raporu incelenir.
- Doktor tarafından ölüm belgesi tanzim edilir.
- **Yurt dışında vefat eden vatandaşlarımız için,**
- İlgili gümrükten / makamdan alınan yurttan defin izin belgesi incelenir.
- Doktor tarafından ölüm belgesi tanzim edilir.
- **Meccanen Defin işlemleri için,**
- Hastaneden getirilecek belge ya da muhtardan alınacak fakirlik ilmi haberi incelenir.
- Ücretsiz defin için sevk belgesi düzenlenir.
- **Yukarıdaki bütün ölümler için aşağıdaki işlemler aynı şekilde devam eder.**
- Defin işlemlerine başlanır.
- Ölüm beyan kağıdı düzenlenir.
- Cenaze sahibinin bölge dışına defin isteği üzerine nakil belgesi düzenlenir.
- Mezar yeri için ücret ödenmek üzere irsaliye hazırlanır.
- Mezar yeri için makbuz kesilir.
- Nakil öncesi cenaze tabutu mühürlenir.
- Her ayın sonunda ölüm raporları Toplum Sağlığı merkezine gönderilir.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

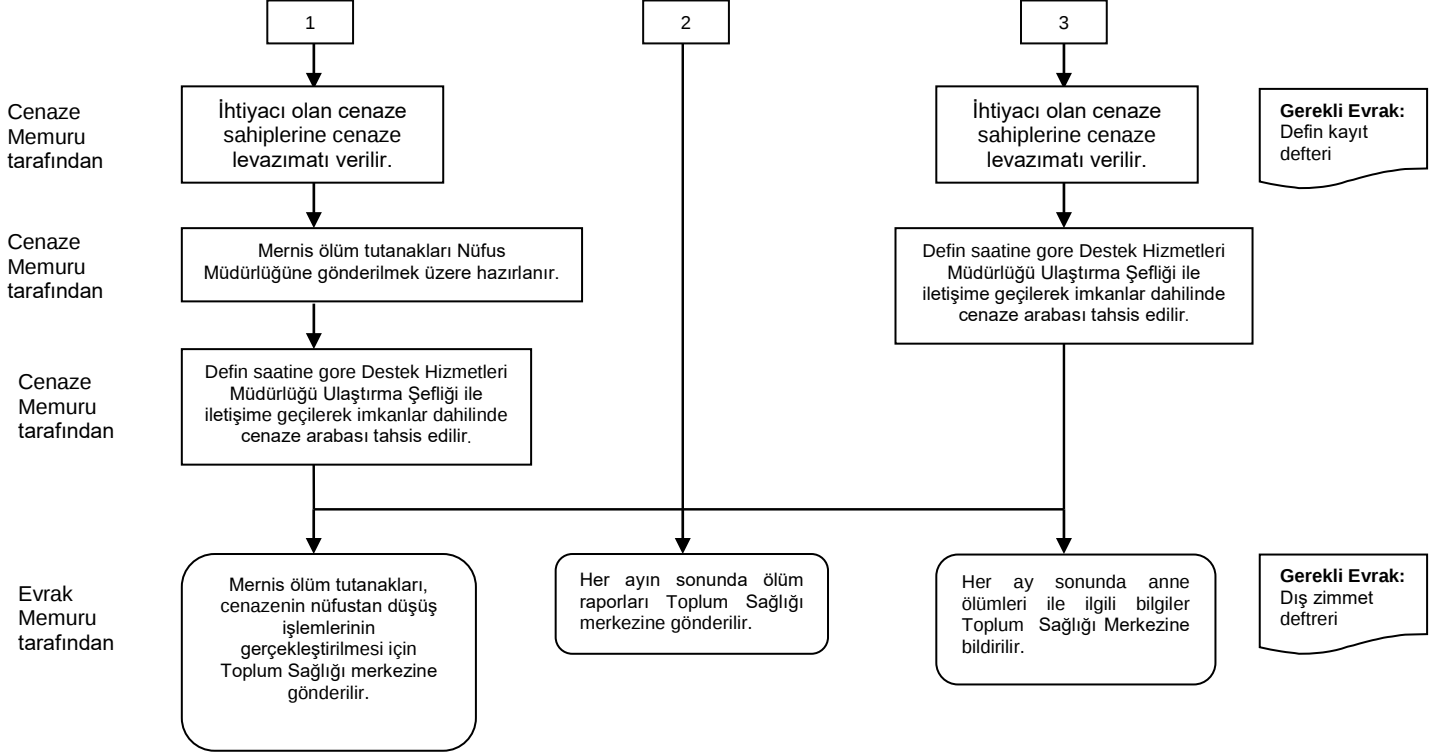
	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ CENAZE İŞLERİ İŞ AKIŞI SİM.İA.04	 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.İA.04	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00
		Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : Sağlık İşleri Müdürlüğü
SORUMLU : Birim Müdürü
İŞ AKIŞI ADI : Cenaze İşleri İş Akışı



Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ CENAZE İŞLERİ İŞ AKIŞI SİM.İA.04		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.İA.04	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015



Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ GENEL EVRAK İŞ TANIMI SİM.İT.05		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.İT.05	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

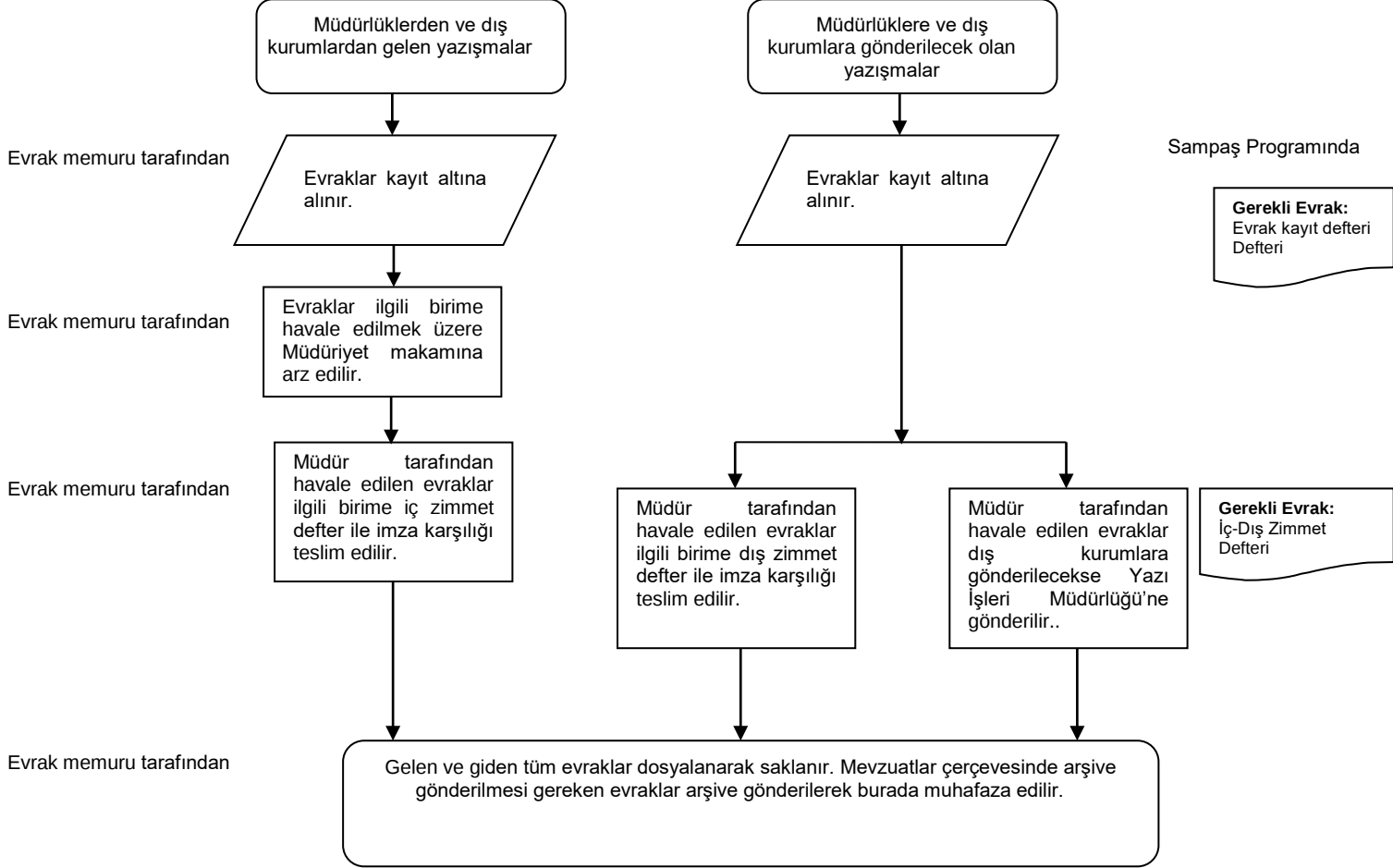
GENEL EVRAK İŞ TANIMI

- Müdürlüğümüze gelen evrak zimmet devteri ile teslim alınır.
- Teslim alınan evrak bilgisayarda gelen evrak bölümüne kaydı alınır.
- Kaydı alınan evrak Müdüre götürülerek ilgili personele havale edilir.
- İlgili personele havale edilen evrak konusuna göre yazışması yapılarak giden evrak olarak gönderilir.
- Evrak gidecekse ya dış kurum olarak ya da kurum içine gönderilir.
- Bilgisayarda giden evrak olarak kaydı yapılarak ilgili kuruma (iç Kurum ya da Dış Kurum) gönderilir.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ GENEL EVRAK İŞ AKIŞI SİM.İA.05		  TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.İA.05	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

BİRİM : Sağlık İşleri Müdürlüğü
SORUMLU : Birim Müdürü
İŞ AKIŞI ADI : Genel Evrak İş Akışı



Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ AMBAR DEMİRBAŞ İŞ TANIMI SİM.İT.06		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.İT.06	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.2015

AMBAR DEMİRBAŞ İŞ TANIMI

- Depoda bulunan ve satın alınan sarf ve demirbaş malzemeler taşınır kayıt kontrol görevlisi tarafından takip edilir.
- Alt birimler sarf malzemeleri ile ilgili taleplerini malzeme talep formu ile bildirirler.
- Depo Stok Durumuna göre uygunsa, depodan ilgili birime TİF ile imza karşılığında talep eden şahsa verilir.
- Her mali yılda 3'er aylık dönemlerde verilen malzemelerin envanteri hazırlanır.
- Mali Hizmetler Müdürlüğünün ilgili biriminde konsolide görevlisine bildirilir.
- Her mali yıl sonunda ilgili mali yıla ait tüm envanter bilgileri hazırlanır.
- Kesin hesap kontrolü yapılmak üzere Mali hizmetler Müdürlüğüne gönderilir.
-
- **Bir önceki yıldan yapılan sayım neticesinde kayıt altında olmayan demirbaşlar tespit edilir.**
- Bu malzemelere rayiç tespiti komisyonu tarafından fiyat belirlenerek kayıt altına alınır.
- Demirbaşlar ilgili servisin yetkilisine zimmet yapılır.
- 2 nüsha hazırlanan zimmet cetveli taşınır kayıt kontrol yetkilisi ve zimmet yapılacak personel tarafından imzalanır.
- Bir nüshası ilgili birimde asılır diğer nüshası dosyasına takılır.
- Birimden ayrılan yada emekli olan kişinin zimmeti düşer.
- Zimmetten düşen materyallar depoya kayıt olarak girilir.
- Yukarıda yazılı işlemler sampaş programında yapılır.
- Ekonomik ömrünü tamamlamış yada kullanılmayacak durumda olan malzemelerin kontrolü yapılır.
- Kayıttan düşmek için teklif ve onay belgesi hazırlanır.
- Hazırlanan belgeler Başkanlık Makamını 'OLUR' una sunulur.
- Başkanlık 'OLUR' undan sonra sampaş programında kayıttan düşülerek depo çıkışı yapılır ve hurdalığa gönderilir.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

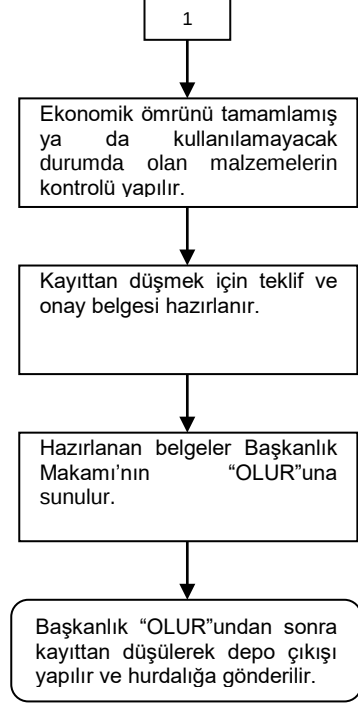
	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ AMBAR DEMİRBAŞ İŞ AKIŞI SİM.İA.06	 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.İA.06	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00
		Rev.Tarihi.00.00.2015

Taşınır kayıt kontrol yetkilisi tarafından

Taşınır kayıt kontrol yetkilisi /hurda komisyonu tarafından

Taşınır kayıt kontrol yetkilisi tarafından

Taşınır kayıt kontrol yetkilisi tarafından



Sampaş Programında

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

PROSEDÜRÜ

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ PROSEDÜR ŞABLONU SİM.06	 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.06	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00
		Rev.Tarihi.00.00.2015

1. AMAÇ :Bu prosedürün amacı, Sağlık İşleri Müdürlüğünde gerçekleştirilen genel muayene, tetkik ve tahlil işlemlerinin nasıl yapıldığını açıklamaktır.

2. KAPSAM :Bu prosedür, genel muayene tetkik ve tahlil işlemlerini kapsamaktadır.

3. TANIMLAR :

Muayene :Bir kimsenin sağlık durumunu belirtmek amacıyla hekimin yaptığı klinik ve laboratuvar araştırmalarının tümü

Teşhis / Tanı :Hastalığın tahlil, röntgen incelenerek ve şikayetler dinlenerek tespit edilmesi

Tedavi :Belirlenen hastalığa göre ilaçların yazılması, kullanılması ve kontrol faaliyetleri

Tahlil : Tıbbi tanı amacıyla yapılan analiz yöntemlerine tahlil denir.

4. YETKİ SORUMLULUKLAR :

- Kan alma işlemini yapmaktan laborantlar,
- Röntgen talebinde bulunan hastaların kayıtlarını yapmaktan ve röntgen çekimlerini gerçekleştirmekten röntgen teknikeri / teknisyeni,
- Hastaların şikayetlerini dinlemekten gerekli tahlil, tetkik ve röntgen talebinde bulunarak sonuçları değerlendirmekten doktor,
- Reçete yazarak ilaçların kullanma şeklini bildirmekten doktor, sorumludur.

5. UYGULAMA ADIMLARI :

Genel

- Sağlık İşleri Müdürlüğümüzde vatandaşların sağlık şikayetleri için muayene servislerimize başvurmaları durumunda gerekli muayene teşhis ve tanı faaliyetleri gerçekleştirilmektedir. Teşhis / tanı için kan ve idrar tahlilleri ile röntgen çekimleri birimimiz tarafından yapılmaktadır. Faaliyetlere ilişkin aşağıda detaylı bilgiler verilmiştir.

Genel Muayene işlemleri

Hasta Kabul ve Kayıt İşlemleri

- Vatandaşların sağlık şikayetleri, reçete yazdırma, rapor alma, muayene ve tedavi vs. işlemleri için polikliniğimize başvurması sonrasında hasta kabul ve kayıt sorumluları tarafından Sampaş menü üzerinde kişisel bilgiler alınır. İlk başvuru olması durumunda kimlik bilgileri, adres ve sosyal güvence türüne ilişkin bilgiler alınarak sisteme kaydı yapılır. Hasta şikayetine uygun polikliniğe sevk edilir.
- Başvuru yapan hasta, ilgili poliklinikten çağrı yapılarak sıra numarasına göre polikliniğe davet edilir.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ PROSEDÜR ŞABLONU SİM.06	 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.06	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:00
		Rev.Tarihi.00.00.2015

Muayene İşlemleri

- Doktor tarafından polikliniğe gelen hastanın şikayetleri dinlenir ve hasta doktor tarafından muayene edilir.
- Tedavi poliklinikte muayene edilemez ise uygun olan hastaneye sevk edilir.
- Tedavi poliklinikte muayene edilebilir ise tetkik tahlil gerekli olup olmadığına doktor tarafından karar verilir ve hasta gerekli tahliller için yönlendirilir.

Tahlil İşlemleri

- Doktor tarafından istenen tahliller için hasta, hasta kabul kaydının yapılır ve hasta ilgili servise (kan alma, idrar numunesi alma vs.) için başvurur ve kan, idrar vs. örnekleri hemşireler tarafından alınır.
- Tahlil sonuçları hastaya teslim edilir.

Röntgen İşlemleri

- Röntgen çekilecekse hasta kabul kaydı hemşireler tarafından yapılır.
- Radyoloji servisinde doktor talebine uygun şekilde tekniker / teknisyen tarafından röntgen çekilir.
- Röntgenin film banyosu tekniker / teknisyen tarafından yapılır. Kontrast kontrolü gerçekleştirilir.
- Röntgen hastaya / hasta yakınına tekniker / teknisyen tarafından teslim edilir.

Tıbbi İşlemler

- Gerekli durumlarda doktorun talebine göre enfeksiyon hizmetleri, pansuman, serum takma, ekg çekim, tansiyon ölçümü ilgili personel tarafından gerçekleştirilir.

Değerlendirme ve Reçete Yazılması İşlemleri

- Sonuçlar (kan - idrar tahlili, röntgen filmi, ekg vs. sonuçlar) hasta tarafından alınır ve doktora gösterilir. Doktor tarafından yapılan değerlendirme sonucunda uygun tedavi yöntemi belirlenir (reçete, diyet vs.) ve işlemler tamamlanır.

6. İLGİLİ DOKÜMAN :

- 5393 sayılı Belediye Kanunu
- 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
- Sağlık İşleri Müdürlüğü Çalışma Usul ve Esaslarına İlişkin Yönetmelik

7.KAYIT DOSYA ARŞİV : Röntgen kayıt defteri, Kan tahlili kayıt defteri

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
RİSK DEĞERLENDİRME ÇALIŞMALARI FORM
VE DOKÜMANLARI



SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
RİSK DEĞERLENDİRME FORMU
SİM.F.01



Doküman No: SİM.F.01

Yay.Tarihi:18.08.2015

Revizyon No:01

Rev.Tarihi.30.12.2016

SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

Sıra No:	Risk Adı/Sebebi	Olasılık	Etki	Risk Puanı	Stratejik Amaç ve Hedef	İlgili Süreç	Süreç Sorumlusu	Eylem Planı Kontrol Faali.
1.	Enfeksiyon ve Bulaşıcı Hastalıklar	6	8	48	Sağlık ekibinin kontrollü çalışması, enfeksiyon riskinin ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kalkması	Sağlık işleri prosedürü	Müdür	Kontrol izleme ve yönlendirme kurulu
2.	Tıbbi Atık	9	7	63	Sağlık biriminin çalışanları için tıbbi atıkların düzenli atılması ve toplanması	Sağlık işleri prosedürü	Müdür	Kontrol izleme ve yönlendirme kurulu
3.	Hijyen (temizlik)	9	9	81	Herhangi bir enfeksiyon vb. riskine karşı korunma	Sağlık işleri prosedürü	Müdür	Kontrol izleme ve yönlendirme kurulu
4.	Finansal Riskler	6	3	18	Etkili ve verimli sağlık hizmeti sunumu için gerekli finansal desteğin sağlanması	Sağlık işleri prosedürü	Müdür	Kontrol izleme ve yönlendirme kurulu
5.	Çalışanın can güvenliği	5	2	10	Sağlık çalışanlarının huzurlu ve güvenli bir ortamda çalışması	Sağlık işleri prosedürü	Müdür	Kontrol izleme ve yönlendirme kurulu
6.	Sağlık otomasyon sistemi arıza ve sorunları	8	7	56	Sağlık otomasyon sistemindeki hasta bilgilerinin korunması ve güncellenmesi,	Sağlık işleri prosedürü	Müdür	Kontrol izleme ve yönlendirme kurulu
7.	Yanlış tanı, teşhis ve tedavi	8	6	48	Doğru tanı, teşhis ve tedavinin sağlanması	Sağlık işleri prosedürü	Müdür	Kontrol izleme ve yönlendirme kurulu
8.	Tıbbi cihaz arızasından dolayı sonuçların yanlış değerlendirilmesi	3	2	6	Sağlık hizmeti sunumunda otomasyon hatalarının en aza indirgenmesi	Sağlık işleri prosedürü	Müdür	Kontrol izleme ve yönlendirme kurulu

Yüksek Risk ■ (40-100) Orta Risk ■ (10-40) Düşük Risk ■ (0-10)

Hazırlayan
Merve Nur DEMİREL
Çözümleyici

Kontrol Eden ve Onaylayan
Abdurrahman UÇMAN
Sağlık İşl. Müdürü V.

	RİSK KOORDİNATÖRÜ GÖREV TANIMI SİM.GT.17		
Dok.No: SİM.GT.17	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

1. **GÖREV ADI** :Risk koordinatörlüğü
2. **BAĞLI OLDUĞU ÜST** :Üst Yönetim
3. **KENDİNE BAĞLI ALT** :Birim Risk Koordinatörü, Çalışanlar.
4. **GÖREVIN GEREKTİRDİĞİ KRİTERLER** :
 - En az birim yöneticiliğinin gerektirdiği vasıflara haiz olmak
 - Risk Yönetimi konusunda gerekli bilgi, tecrübe ve yetkinliğe sahip olmak
 - Risk belirleme, değerlendirme ve yönetiminde iletişim ve liderlik niteliklerine sahip olmak
5. **TANIMLAR:**
 - **İDARE** : Kuruluş,
 - **İKİYK** : İç Kontrol İzleme ve Yönlendirme Kurulu
 - **İRK** : İdare Risk koordinatörü
 - **BRK** : Birim Risk Koordinatörü
6. **GÖREVLER:**

İdare Risk koordinatörü Görevleri

- İdarenin tüm birimlerinin risk yönetimi süreçlerinin etkin işlemlerinden ve koordinasyonunu yapmak
- Risk yönetimi çerçevesinde en az 3 ayda bir Birim Risk Koordinatörleri ile (BRK) değerlendirme toplantıları yapmak. Kararları kayıt altına almak
- Her bir BRK tarafından raporlanan birim risklerinden yola çıkarak Konsolide Risk Raporunu hazırlar; bu raporu üçer aylık dönemlerle İç Kontrol İzleme ve Yönlendirme Kurulu (İKİYK) ve üst yönetime sunar. Bu raporla birlikte izlenmesi gereken önemli riskleri ve kendi değerlendirmelerini de raporlar
- İdare Risk Koordinatörü, kurulun yapacağı toplantıların gündemini belirleme, toplantı sonucunu tutanağa bağlama, kurulun aldığı kararların üst yöneticinin onayına sunulması vb. görevleri yürütür.
- İdare Risk Koordinatörü idarenin risk yönetimi konusunda birimlere teknik destek sağlar. Birimlerin risk yönetimi konusundaki ihtiyaçlarını belirleyerek bunu her toplantı öncesinde İKİYK ve üst yöneticiye raporlar.
- **İKİYK**'nin görüşleri, tavsiyeleri ve kararlarına ilişkin BRK'lere geri bildirim sağlar ve idarenin risk yönetim süreçlerinin tutarlı olması konusunda gerekli önlemleri alır.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	RİSK YÖNETİM PROSEDÜRÜ SİM.PR.02		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No: SİM.PR.02	Yay.Tarihi: 30.12.2016	Revizyon No:00	Rev.Tarihi.00.00.0000

1. **AMAÇ** : Sağlık İşleri Müdürlüğü Risk Değerlendirme ve Risk Standartlarını oluşturarak süreçlerin işleyişinde önceden tedbir alınmasını sağlamak

2. **KAPSAM** : Sağlık İşleri Müdürlüğü - Tüm Birimler

3. **TANIMLAR:**

Risk : Stratejik planda yer alan hedefler ve hedeflerin gerçekleştirilmesine engel teşkil eden unsurlardır

4. **YETKİ-SORUMLULUK:**

- 4.1 Risk Tanımlama ve değerlendirilmesinde birince derecede yetki ve sorumlu Birim Müdürü
- 4.2 Uygulama ve izleme sorumlusu : Birim Risk Koordinatörü
- 4.3 Kuruluşun Genel Risk Değerlendirme ve koordinasyon sürecinden Mali Hizmetler Müdürlüğü ve idare Risk koordinatörü sorumludur.

5. **PROSEDÜR DETAYI:**

- 1.1. Kuruluş misyonu, vizyonu, amaçları ve hedefleri dikkate alınarak bu amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine engel teşkil eden unsurlar "risk" olarak algılanmada ilke kabul edilmiştir.
- 1.2. Riskler, Stratejik Planda yer alan hedef ve gerçekleştirme faaliyetleri dikkate alınarak belirlenir
- 1.3. Risk analiz ve değerlendirme yöntem ve yaklaşım olarak (Risk Değerlendirme Formu) unda yapılır
- 1.4. Risk değerlendirme formunda her birim öncelikli 4 faaliyetini, her faaliyetin en önemli engel faktörün ilgili sütun ve satırlara yazar
- 1.5. Süreci veya faaliyeti engelleyen faktörün etki derecesi en düşük 1 en yüksek 10 olmak üzere göreceli olarak değerlendirilir.
- 1.6. Öncelikli faaliyetin risk puanı öncelik sırası ve etki derecesinin çarpımı ile elde edilir.
- 1.7. Risk değerlendirme çalışmaları sonunda elde edilen veriler Birimlerin iç iletişim toplantılarında ve daha üst toplantılarda gündeme alınması sağlanır.
- 1.8. Risk değerlendirmede Maliye Bakanlığının yayınladığı "Risk değerlendirme Rehberi" esas çerçeve olarak dikkate alınmakla birlikte birimler kendi işleyişlerine özgü değerlendirme formatı geliştirip strateji geliştirme müdürlüğü kalite yönetiminde doküman revizyonu talimatlarına göre yapılır.

6. **İLGİLİ ve REFERANS DOKÜMANLAR:**

- 1.9. İç İletişim Toplantı Tutanak Formu
- 1.10. Risk Değerlendirme Formu

7. **KAYITLAR, DOSYALAMA ve ARŞİV** : Bu prosedür ve ilgili kayıt, dosya, arşiv üst yönetimin görevlendireceği Mali Hizmetler Müdürlüğü ve görevlisidir

8. **EKLER** : EK-1 Risk değerlendirme haritası
EK-2 Risk Matrisi

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	RİSK DEĞERLENDİRME HARİTASI SİM.F.02	
Dok.No: SİM.F.02	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01
		Rev.Tarihi.30.12.2016

1. RİSK DEĞERLENDİRME HARİTASI

ETKİ DERECESESİ ↑	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	9	18	27	36	45	54	63	72	81	90
	8	16	24	32	40	48	56	64	72	80
	7	14	21	28	35	42	49	56	63	70
	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60
	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40
	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30
	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
OLASILIK DERECESESİ →										

Y = Etki

X= Olasılık

Risk Değeri= X * Y

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	RİSK MATRİSİ SİM.F.02	
Dok.No: SİM.F.02	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01
		Rev.Tarihi.30.12.2016

2. RİSK MATRİSİ

Yüksek Etki Düşük Olasılık	Yüksek Etki Yüksek Olasılık
İş Sürekliliği Planı	Kontrol prosedürleri
Düşük Etki Düşük Olasılık	Düşük Etki Yüksek Olasılık
Tolere edilebilir	Kontrol prosedürleri

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	KONTROL FAALİYETLERİ PROSEDÜRÜ SİM.PR.03		
Dok.No:SİM.PR.03	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

1. **Amaç** : Süreçlerin İç Kontrol Standartlarına göre planlanıp uygulanması ile şirketin stratejik amaç ve hedeflerine erişimini güvence altına alacak önlemlerin alınması

2. **Kapsam** :İç Kontrol standartları sisteminde yer alan tüm süreçler

3. **Tanım:**

Kontrol Faaliyeti: İç Kontrol Sistem şartlarını yerine getirilmesi için yapılacak izleme ve denetim faaliyetleri

Düzeltilici Faaliyet: Planlanan süreçlerin operasyonu ve faaliyetlerin her hangi bir aşamasında meydana gelen aksamaları, kayıpları telafi etmek/asgariye indirmek için yapılan faaliyet

Önleyici Faaliyet: Planlanan süreçlerin gerektirdiği faaliyetlerin yapılması sırasında ön görülen, tahmin edilen muhtemel engellere göre önceden önlem alam

DÖF: Düzeltilici önleyici Faaliyetin tespiti, kaydı, izlenmesi ve sonuçlandırılması işlemlerinin kaydının yapıldığı form

RİSK: Stratejik amaç ve hedeflere engel muhtemel unsurlar

4. **Yetki ve Sorumluluklar:**

- Birinci Derece Yetkili ve Sorumlu** :Düzeltilici ve önleyici faaliyetle ilgili sürecin sahibi ve sorumluluk sıralamasında belirlenmiş görevliler
- İkinci Derece Yetkili Sorumlu** :Operasyonlarda yönlendirici yetkiye sahip görevliler.
- Üçüncü Derece Yetkili Sorumlu:**Operasyonda yer alan uygulamaya en yakın karar verici

5. **Uygulama:**

11.5.1 **Kontrol Faaliyetleri le İlgili Süreçler**

11.5.1.1 **Kontrol faaliyetlerinin belirlenmesi:**

Karar Alma ve onaylama:

- Birim prosedüründe tanımlanan yetki ve sorumluluklar dikkate alınır.

Görevler ayrılığı:

- Görev tanımları ve prosedürlerde yetki sorumluluk tanımları dikkate alınır.

Veri mutabakatı:

- Tutarlılığın sağlanması açısından farklı belge ve kaynaklardaki verilerin eşleştirilmesi sağlanır.

İdari ve Mali işlemlerle ilgili prosedürler:

- İdari ve Mali İşler Prosedüründe dikkate alınır.

Varlık ve bilgiye erişim:

- Birim prosedürleri ve bilgi işlem prosedürü dikkate alınır.

Bilginin Belgelendirmesi, arşivlenmesi ve depolanması:

- Destek hizmetleri ve Bilgi İşlem Prosedürü dikkate alınır.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	KONTROL FAALİYETLERİ PROSEDÜRÜ SİM.PR.03		
Dok.No:SİM.PR.03	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

Bilgi teknolojilerine ilişkin kontrol faaliyetleri:

- Bilgi işlem prosedürü dikkate alınır.

İş sürekliliği Planları:

- Faaliyetlerin kesintisizliğini sağlamaya yönelik önlem alınır.
- Süreç izleme ve Kontrol Prosedüründe tanımlanır.
 - **Risk Yönetimi bağlamında kontrol faaliyetleri**
 - Etimesgut Belediyesinde karşılaşılan riskler risk değerlendirme formunda belirlenmiştir. (risk değerlendirme formu)
 - Risk Yönetimi bağlamında yapılan çalışmalar sonucunda birimlerin ve idarenin riskleri belirlenmiş, etki ve olasılık durumuna göre değerlendirilmiş ve risk yönetim prosedüründe tanımlanmıştır. (risk değerlendirme formu)
 - Risklerle ilgili süreç prosedürleri, birim faaliyet prosedürleri, süreç izleme, yönetimi gözden geçirme prosedürlerinden yararlanılır.
 - Risklerle ilgili stratejik amaçlar; stratejik plan ve performans programında kullanılan birimle ilgili amaç ve hedef ve performans göstergeleri dikkate alınır.
 - Risk değerlendirme ve risk matrisinde ön görülen kontrol faaliyeti gerçekleştirilir
 - Risklere karşı cevaplar ve önlemler uygulanır
 - Belirlenen Önleyici faaliyetler ve Düzeltici faaliyetlere karar verilip uygulanır.
 - İlgili süreç ve prosedürde tanımlanan yetki ve sorumluluk hiyerarşisi uygulanır.
 - **Düzeltici Faaliyetlerin Belirlenmesi**
 - Sürecin uygulama sırasında meydana gelen sapmalar, kayıplar, hataların gerçekleşmesiyle ortaya çıkan yeni durumda yapılması gereken faaliyetlerdir
 - Düzeltici faaliyetin gerekmesi önceden tanımlanmış veya tanımlanmamış uygunsuzluğun ortaya çıkması
 - Sürecin gerektirdiği operasyon veya faaliyetlerin uygulanması sırasında meydana gelen aksamaların hataların neler olabileceğinin tespitleri ve kayıtlarının tutulması
 - Önceden karşılaşılmış deneyimlerden elde edilen veri tabanlı bilgiler, operasyonda kullanılan ekipmanın özelliklerinden kaynaklanabilecek muhtemel arızalar, çalışanların hataları, bilgi- beceri yetersizliğinden kaynaklanan hata, hasar, arıza ve kayıpların bilgi veri tabanı dikkate alınır.
 - Operasyonda kullanılan ekipmanın kullanım talimatları, prospektüsleri periyodik bakım onarım talimatlarında muhtemel arıza ve uygunsuzluk durumları tanımlanmış olabilir.
 - Düzeltici faaliyetlerin risk analizi ve değerlendirme formlarını veri kabul edilerek belirlemeler yapılması daha kısa ve etkin yol olarak öngörülür.
 - **Düzeltici faaliyetlerin girdileri**
 - Risk değerlendirme belgeleri, formları
 - Müşteri ve Paydaşlardan gelen talep ve öneriler

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	KONTROL FAALİYETLERİ PROSEDÜRÜ SİM.PR.03		
Dok.No:SİM.PR.03	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

- Operasyon sırasında meydana gelen beklenmeyen engeller
- İnsan kaynaklarından kaynaklanan, personel yetersizliği,
- Personelin bilgi ve beceri yetersizliği
- Yeni ekipman kullanımında ortaya çıkan problemler
- Mevzuat değişiminden kaynaklanan yeni belirlenmesi gereken yaklaşım, yöntemler
- Kurum dışı ortaya çıkan beklenmeyen engeller, güvenlik sorunları, doğal afetler vs..
- Süreç akışlarında tespit edilen yavaşlama nedenlerinin tespit edilmesi
- İyileştirmeye yönelik yeni gelişen süreçler ve şartlar
- Çalışanların önerileri

➤ **Düzeltilici Faaliyetler**

- Düzeltilmesi gereken olay hangi sürecin konusudur belirlenir.
- Sürecin prosedür, talimat, iş akışlarındaki adımlar incelenir.
- Hata veya sapma sürecin adımlarına uyulup uyulmadığından kaynaklanıp kaynaklanmadığı nedene inilir.
- Düzeltme faaliyeti sürecin doğasında tanımlanan adımlara uyulmadığı tespit edilirse uyulmasının nasıl sağlanacağına karar verilir.
- Tanımlanan süreçlerde revizyon gerekiyorsa DÖF(Düzeltilici Önleyici Faaliyetler formu) tanzim edilerek doküman revizyonu değişimi talep edilir.
- Düzeltici Faaliyet için kaynak ihtiyacı, satın alma gerekleri ortaya çıktığında satın alma sürecinin hızlandırılması için süreç sahipleri ve harcama yetkililerinin girişimleri sağlanır.
- Düzeltici faaliyet için yetki kullanımı ve devrinden kaynaklanan sorun varsa yeniden tanımlanması için DÖF tanzim edilir.
- Süreçlerin tanımlanması, prosedürler, iş talimatları, iş akışları gibi dokümanlardaki tanımlamaların, adımların izlenmesi ile düzeltici faaliyet planlanır ve uygulanır.

➤ **Önleyici Faaliyetler:**

- Önleyici faaliyet risk olarak belirlenen ve kayıplara, zararlara neden olabilecek muhtemel kaza, olay, nedenlerin önceden tahmin edilerek önlem alınmasıdır.
- Süreçlerin tanımlanması ve dokümante edilmesinde öncelikle deneyimlerden elde edilen veri tabanında yer alan istatistiki bilgiler, raporlar dikkate alınır.
- Ekipmandan kaynaklanabilecek hata, kaza, aksaklıklar/uygunsuzluklar için ekipmanların katalogları, çalışmalarında önem verilen hususlar dikkate alınır, bilgi ve uyarı materyalleri hazırlanır. İlgili ve uygun yerlerde bulundurulur.
- İnsan kaynaklı muhtemel hataların önlenmesi için çalışan bilgilendirilmesi ve eğitilmesi sağlanır.
- Çalışan eğitimleri sonunda yetkinlik ve yeterlilik şartlarının yerine getirilmesi sağlanır.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	KONTROL FAALİYETLERİ PROSEDÜRÜ SİM.PR.03		
Dok.No:SİM.PR.03	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

- İş sağlığı ve Güvenliği mevzuatının ilgili bölümleri, bağlayıcı konularında öngörülen şartlar sistematik olarak yerine getirilir.
- Uygulamalar; **Prosedür/Görev Tanımı/İş Talimatları/İş Akışları** ortaya çıkan ihtiyaca göre yeniden düzenlenir, gerekli değişiklikler yapılır.
- Hata ve sapmaların ortaya çıkmadan proaktif önlemler bağlamında uyarı levha, yazı, mesaj, yazılım, broşür gibi araçlar kullanılır.
- Risk Yönetimi ile ilgili bilgi, belge ve dokümanlar incelenerek risk değerlendirme ve derecelerine göre önleyici faaliyet planlanır, dokümante edilir ve uygulanır.

5.6. Birimler bazında ön görülen Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler:

- Enfeksiyon ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için gerekli hijyen kurallarına uyulması
- Tıbbi atıkların düzenli atılması ve toplanması
- Etkili ve verimli sağlık hizmeti sunumu
- Sağlık çalışanlarının huzurlu ve güvenli bir ortamda çalışması
- Sağlık otomasyon sistemindeki verilerin korunması ve güncellenmesi
- Doğru tanı, teşhis ve tedavinin sağlanması

İlgili ve referans Doküman:

- ✓ Risk yönetim prosedürü
- ✓ Risk değerlendirme formu
- ✓ DÖF(Düzeltici Önleyici Faaliyetler Formu)
- ✓ Birim Prosedürleri
- ✓ YGG Prosedürü
- ✓ Öneri Sistem Prosedürü
- ✓ İç İletişim Talimatı

KAYIT DOSYA ARŞİV: Bu prosedürle ilgili doküman, kayıt, dosya arşiv işlerinden birim müdürü sorumludur

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	KONTROL FAALİYETİ İZLEME FORMU ÖRNEĞİ SİM.F.03	 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.F.03	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01
		Rev.Tarihi.30.12.2016

RİSK VEYA UYGUNSUZLUĞUN KAYNAĞI

-
-
-
-
-

RİSK VEYA UYGUNSUZLUĞUN TANIMI

-
-
-
-
-

RİSKE CEVAP VEYA UYGUNSUZLUĞU ORTADAN KALDIRMAYA YÖNELİK FAALİYETLER

Sıra	Faaliyet	Temrin Tarihi	İlgili Kişi/Birim
1.			
2.			
3.			
4.			

RİSKE CEVAP VEYA DÜZELTİCİ ÖNLEYİCİ FAALİTELE İLGİLİ DOKÜMAN

☐ Prosedür	☐ Talimat	☐ Form	☐ Diğer.....
Kontrol Faaliyeti İsteyen Kişi/Bölüm		İstenen Bölüm Sorumlusu	
Ad Soyadı:		Ad Soyadı:	
Tarih		Tarih	
İmza		İmza	
Takibi Yapan			
Adı Soyadı		Tarih:../../2015	İmza:

KARAR

Hazırlayan
Merve Nur DEMİREL
Çözümleyici

Kontrol Eden ve Onaylayan
Abdurrahman UÇMAN
Sağlık İşl. Müdürü V.

	SÜRECİ GÖZDEN GEÇİRİLMESİ PROSEDÜRÜ SİM.PR.04		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.PR.04	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi:30.12.2016

1. **Amaç** : Sağlık İşleri Müdürlüğü İç Kontrol İzleme ve Yönlendirme Kurulu veya benzeri toplantı süreçlerinin etkin ve beklentilerin en üst düzeyde gerçekleşmesi
2. **Kapsam**: İç kontrol ve ilgili süreçlerin gündem olduğu toplantılar
3. **Tanımlar**:
 - **İKİYK** :İç Kontrol İzleme ve Yönlendirme Kurulu
 - **İRK** :İdare Risk koordinatörü
 - **BRT** :Birim Risk Koordinatörü
 - **SGG** :Sürecin Gözden geçirmesi
 - **RISK** :Stratejik Amaçları engelleyen unsurlar, şartlar, olaylar
 - **DÖF** :Düzeltilici ve önleyici faaliyetler
 - **RSB** :Risk Strateji belgesi
4. **YETKİ SORUMLULUK**:
 - 4.1. Birinci derecede İç Kontrol izleme ve Yönlendirme Kurulu başkanlığını yapan Belediye Başkanı veya Başkan Yardımcısı
 - 4.2. İkinci derecede Başkan Yardımcısı veya Şube Müdürü
 - 4.3. İKİYK görevini yürüten birim görevlisi veya Mali Hizmetler Müdürü
5. **UYGULAMA**:
 - 5.1. **SGG Toplantısı Niçin Yapılır**:
 - SGG İdarede uygulanmakta olan iç kontrol Sistemi uygulamalarının standart şartları yerine getirecek şekilde uygulanıp uygulanmadığını gözden geçirmek için yapılır.
 - 5.2. **Ne zaman, Hangi aralıklarla yapılır?**
 - SGG toplantılarının en geç ... ayda bir yapılır. Ancak işleyişi yakından takip için daha sık aralıklarla toplanılması planlanan beklentileri karşılama bakımından tercih edilir.
 - 5.3. **Toplantıyı kim yönetir kimler katılır?**
 - SGG Toplantıları Belediye Başkanı veya İlgili Başkan Yardımcısı başkanlığında iç Kontrol İzleme ve Yönlendir Kurulu başkanı yapar
 - Toplantının sekreteryasını İlgili birim veya Mali Hizmetler Müdürü veya ekipte görevli elemanı yapar
 - Katılımcıları kurul sekreteryası, gündem, yer, tarih, saat olarak teyitli yazılı davet yapar.
 - Katılımcılar, İKİYK üyeleri, daire başkanları, İdare Risk Koordinatörü, birim Risk koordinatörü, Alt Birim risk koordinatörleri, gündemle ilgili birim temsilcileri ve gerek duyulan uzmanlar katılır

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SÜRECİ GÖZDEN GEÇİRİLMESİ PROSEDÜRÜ SİM.PR.04		
Dok.No:SİM.PR.04	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

5.4. SGG Toplantı Girdileri (Gündem)

- İç Kontrol uygulama ile ilgili izlenip, tespit, rapor,
- Risk Yönetimi ile ilgili tutanak, tespit raporlar
- Risklerin Yeniden Değerlendirilmesi ve güncelleştirme
- İç Kontrol Standartlarının uygulamalarında elde edilen geri bildirimler, uygulamaya yansımalar
- Kurul üyelerinin önerileri
- Faaliyet raporları
- Performans Programı

5.5. SGG Toplantı Çıktıları (Kararlar)

- Risk raporları ile ilgili yeni düzenleme kararları
- İç kontrol Sistem uygulamalarında tespit edilen eksikliklerle ilgili yeni düzenleme kararları
- Üst Sürecin kararını gerektiren düzeyde düzeltici ve önleyici faaliyet kararları
- Risk Değerlendirme ve derecelendirmelerde gelişen ve değişen şartlara uygun son güncelleme.
- Risk yönetimi çerçevesinde ön görülen, planlanan kontrol faaliyetlerinin etkinliğinin gözden geçirilmesi
- Gerek iç kontrol sisteminin standart şartları gerekse risk Sürecinin gerekleri plan kaynak ihtiyaçlarının gözden geçirilmesi ve revize edilmesi

6. Kayıt, Dosya Arşiv: Bu prosedür ve konuları ile ilgili kayıt dosya ve arşivlerinden İKİYK Birimi sekreteryası sorumludur.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	SÜRECİN GÖZDEN GEÇİRMESİ TOPLANTISI KAYIT FORMU ÖRNEĞİ SİM.F.05	 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001	
Dok.No:SİM.F.05	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

Toplantı No	01
Toplantı Tarihi	30.12.2016

SGG GİRDİLER(GÜNDEM)

- Hasta kayıt kabul sürecinin gözden geçirilmesi
- Laboratuar hizmetlerinin gözden geçirilmesi
- Dış tedavi hizmetlerinin gözden geçirilmesi

SGG ÇIKTILARI(KARARLAR)

- Hasta kayıt kabul işleminde etkili ve verimli nasıl çalışılabilir. Bu süreçte hasta odaklı yaklaşımlar ve iletişim hakkında konuşmalar yapıldı. Toplantı sonunda empati yapabilme yeteneğinin gelişmesi ve verilen sağlık hizmetinin kaliteli ve verimli sunulmasının hedeflenmesi amaçlanmıştır.
- Laboratuar hizmetlerinde alınan numunelerin en kısa sürede çalışılıp hastaya sonucun ulaştırılması esnasında karşılaşılan problemlerin giderilmesi üzerinde kararlar alındı.
- Dış tedavi hizmetlerinde yaşanan talep fazlalığı üzerine verilen hizmetlerin ve randevuların düzenlenmesi hakkında kararlar alındı.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	İÇ KONTROL İZLEME VE YÖNLENDİRME KURULU ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ SİM.PR.05	 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.PR.05	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01
		Rev.Tarihi.30.12.2016

1. Amaç: Etmesgut Belediyesi İç Kontrol Standartlarının şartlarının eksiksiz uygulanmasının sağlanması

2. Kapsam: Etmesgut Belediyesi ve bağlı birimleri iş ve işlemleri

3. Tanımlar:

İKİYK :İç Kontrol İzleme ve Yönlendirme Kurulu

İRK :İdare Risk Koordinatörü

BRK :Birim Risk Koordinatörü

SGG :Sürecin Gözden Geçirilmesi

4. Yetki, Görev ve Sorumluluklar:

4.1. Birinci derece yetkili ve sorumlu Belediye Başkanı veya Başkan Yardımcısı

4.2. İkinci Derecede Uygulamadan birinci derece sorumlu Mali Hizmetler Müdürü

4.3. Sekreteryaya, kayıt, Dosya, arşiv ve uygulamaların planı, uygulama sorumlusu İç Kontrol Süreçlerini Yürüten Mali Hizmetler Müdürlüğü

5. Uygulama Adımları:

13.5.1. İç Kontrol izleme ve Yönlendirme Kurulu(İKİYK) kurulunun teşkili Yönetimin onayı ile aşağıdaki birim, unvan ve kişilerden oluşur:

5.1.1. Başkanı veya görevlendirdiği Başkan Yardımcısı

5.1.2. İlgili Başkan Yardımcıları

5.1.3. Harcama birimlerinin birinci derece yöneticileri

5.1.4. Her harcama biriminden İç Kontrol Çalışma Ekibi bir asil bir yedek üye

5.1.5. İdare risk Koordinatörü

5.1.6. Birim Risk Koordinatörü

5.1.7. İç Kontrol Süreçlerin dosya kayıt arşiv izleme görevlisi kayıt tutucu

5.2. İç kontrol Standartlarının uygulanmasında üst yönetimin “çalışanları desteklemeli ve cesaretlendirmeli” hükmü birinci şart olduğu göz önüne alınarak en az yılda bir kere üst yönetimin başkanlığında iç Kontrol İzleme ve Yönlendirme Kurulu toplanır

5.3. İKİYK Toplantı Gündemini Mali Hizmetler Müdürü hazırlar/hazırlatır. Kurul başkanının onayına sunar.

5.4. Onaylanan Toplantı gündemi kurulu üyelerine en az bir hafta öncesinden yazılı olarak duyurulur.

5.5. Gündemde görüşülmesi gereken konu başlıkları

5.5.1. İç Kontrol Sisteminin işleyişi hakkında Mali Hizmetler Müdürünün sunumu. Uygulamaların gelişim hakkında bilgilendirme

5.5.2. Birimlerin Gözden geçirme toplantı sonuçları ve raporlarından üst kurul gündemine gelen öneriler

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	İÇ KONTROL İZLEME VE YÖNLENDİRME KURULU ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ SİM.PR.05		
Dok.No:SİM.PR.05	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

5.5.3. Birim Risk değerlendirme raporlarının özetinin İdare Risk koordinatörü tarafından bilgilendirmesi

5.5.4. Hassas Görevler hakkında revizyona ihtiyaç olup olmadığının görüşülmesi

5.5.5. Süreçlerin izleme ve ölçüm sonuçlarının bilgilendirmesi

5.5.6. Kontrol faaliyetlerinden çıkan sonuçların raporunun sunulması

5.5.7. Uygulanmışsa Performans ölçüm sonuçları raporu sunulur

5.5.8. Öneri Ödül Sistemi uygulanmışsa ödül ve ceza sonuçları değerlendirilir

5.5.9. İç denetim raporlarının sunumu ve müzakeresi

5.5.10. Kurul Üyelerinin diğer öneri ve temennileri

5.6. Toplantı kayıtlarını Mali Hizmetler Müdürlüğü tutar. Dosyalama ve Arşivinden sorumludur

5.7. Toplantı kararları ilgili birimlere sekreteryaya tarafından kurul başkanı imzalı olarak duyurur dağıtımını yapar.

6. Kayıt Dosya ve Arşiv :

- Bu prosedürle ilgili iş ve işlemler, kayıt, dosya ve arşivinden Mali Hizmetler Müdürü veya görevlendirdiği personel sorumludur.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
BİLGİ İLETİŞİM FORM VE DOKÜMANLARI



SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
İLETİŞİM BİLGİ FORMU
SİM.F.06



Dok.No:SİM.F.06

Yay.Tarihi:18.08.2015

Revizyon No:01

Rev.Tarihi.30.12.2016

Sıra No:	Adı Soyadı	Görev/unvanı	İş telefonu	Cep tel	e-mail
1.	Abdurrahman UÇMAN	Müdür	2441000-1330	05303469369	
2.	Nesli BAYRAM ÇİÇEK	Kimya Mühendisi	2441000-1332	05052779904	
3.	Hatice SAĞIROĞLU	Psikolog	2441000-1332	05457461820	
4.	Selim TOSUN	Memur	2441000-1334	05356075717	
5.	Beyhan GÜMÜŞAY AYDEMİR	Memur	2441000-1334	05368383879	
6.	Merve Nur DEMİREL	Memur	2441000-1331	5068710415	
7.	Mine KUYUCU	İşçi	2441000-1341	05078104298	
8.	Fatmagül ÜÇÜNCÜ	İşçi	2441000-1341	05384769262	
9.	Emine KAYA	Hemşire	2441000-1343	05068232396	
10.	Ebru Emine TORUN	Hemşire	2441000-1343	05535936689	
11.	İlkay KIRAN	İşçi	2441000-1348	05075267689	
12.	Çiçek KARAKOÇ	İşçi	2441000-1348	05432109807	
13.	Fatma ÖZKAN AĞIRTAŞ	Hekim	2441000-1344	05448065942	
14.	Sevgi ÇİÇEK	Diş hekimi	2441000-1349	05327393303	
15.	Fatma ERDEM ÇINAR	Diş hekimi	2441000-1349	05332333018	
16.	Hatice AKDERE	Diş hekimi	2441000-1349	05063443118	
17.	Ayhan KOLAY	Diş hekimi	2441000-1349	05308799812	
18.	Caner KIR	Göz Uzmanı	2441000-1338	05368211628	
19.	Gülseren TAŞDELEN	Lab. Teknikeri	2441000-1342	05335482441	

Hazırlayan
Merve Nur DEMİREL
Çözümleyici

Kontrol Eden ve Onaylayan
Abdurrahman UÇMAN
Sağlık İşl. Müdürü V.

	İLETİŞİM YÖNETİM PROSEDÜRÜ SİM.PR.06		
Dok.No:SİM.PR.06	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

1. **AMAÇ** : Sağlık İşleri Müdürlüğü bilgi ve iletişimin etkin yönetimini gerçekleştirmek
2. **KAPSAM** : Sağlık İşleri Müdürlüğü iletişim süreçleri
3. **TANIMLAR** :
4. **YETKİ SORUMLULUKLAR** :
 - **Birinci Derece Yetkili ve Sorumlu:** Birim Müdürü
 - **İkinci Derece Yetkili ve Sorumlu** : Şef/kısım amiri
 - **Uygulama Sorumlusu** : İşlemleri gerçekleştirecek personeller
5. **UYGULAMA ADIMLARI** :
 - **Bu sürecin adı nedir? Ne yapılıyor?**
 - Ayaktan hasta tedavi süreci
 - **Neden yapılıyor?**
 - İnsanın iyilik hali için yapılıyor
 - **Nasıl yapılıyor?**
 - Doktor ve hemşire gözetiminde muayene edilerek yapılıyor
 - **Nerede yapılıyor?**
 - Polikliniklerde
 - **Ne zaman, Ne kadar zamanda yapılıyor?**
 - Muayene sürecinde,10-15 dk içerisinde
 - **Hangi kaynaklar, araçlar(ekipman, malzeme, bütçe vb) kullanılıyor?**
 - Steteskop, tansiyon aleti, bilgisayar vb.ekipmanlarla
 - **Sürecin çıktısını kullanıyor, etkileniyor, sonuç?**
 - Çıktıyı kullanıyor. Örn;Laboratuar sonucu
 - **Bu birim sürecinin çıktısı hangi başka bir sürecin girdisidir?**
 - Laboratuar, radyoloji
 - **Sürecin kontrolünü kim yapıyor?**
 - Doktor
 - **Çıktıların beklentileri karşıladığı nasıl belirleniyor? Kim ölçüyor?**
 - Doktor ölçüyor. Tedavi sonuç veriyor mu? İyilik hali sağlanmış mı?
 - **Hangi kayıtlar yapılıyor?**
 - Hasta kaydı-poliklinik kaydı-epikriz-ilaç kaydı-poliklinik defteri
 - **Kayıtlar hangi ortama yapılıyor?**
 - Bilgisayar ortamına
 - Poliklinik defterine
6. **İLGİLİ DOKÜMAN** : Hastane otomasyon sistemine kaydedilen dökümanlar
7. **KAYIT DOSYA ARŞİV** : Poliklinik defteri, Sağlık Otomasyon Sistemindeki Hasta Kayıt Kabul Bilgileri

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	ARŞİV YÖNETİM PROSEDÜRÜ SİM.PR.07		
Dok.No:SİM.PR.07	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

1. **AMAÇ :** Sağlık İşleri Müdürlük hizmet ve faaliyetleri sonucu oluşan arşiv malzemesinin; mevzuata uygun, emniyetli, kolay erişilebilir şekilde saklanması, talep anında istenilen belgeye erişilebilmesi, belge ve dosyaların saklanması , miadı dolan belgelerin mevzuatın öngördüğü şekilde ayıklanmasını ve imhasını sağlayıcı kural ve esasları belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Sağlık İşleri Müdürlüğü birimindeki bilgi ve belgelerin belli süre içinde belirli bir düzenle korunması
3. **TANIMLAR:**
 - **Bilgi :** Öğrenme, araştırma ya da gözlem yoluyla elde edilen gerçek.
 - **Belge :** gerçeği yansıtan yazı, fotoğraf, resim vb. dokümanların tümü.
 - **Dosya :** Aynı konu ve işle ilgili belgelerin tümü.
 - **Arşiv:** Kurumun veya kişilerin işlerini yürütürken, muamelesi tamamlanmış ve muhafazası icab eden vesikaların düzenli bir şekilde, belirli kurallara göre bir araya getirilerek saklandığı yerdir.
4. **YETKİ VE SORUMLULUKLAR:**
 - Kayıtlar için, arşiv sorumlusu tarafından kayıt listesi oluşturulur ve bunları saklamaktan sorumlu personel belirtilir.
 - Saklama sürelerinin belirlenmesinde yasal gerekler göz önüne alınır.
 - Tüm kayıtların okunaklı bir şekilde tutulması ve saklanması dosyalanması, kayıtları tutmak ve saklamakla sorumlu ilgililerin görevidir.
5. **UYGULAMA:**
 - 5.1. **Bilgilerin belirlenmesi ve tanımlanması:**
Müdürlüğe gelen çeşitli faaliyet bilgilendirmeleri, müdürlükler arası yazışmalar
 - 5.2. **Belgelerin belirlenmesi ve tanımlanması:**
Resmi belgeler
 - 5.3. **Arşiv Yerleri ve Kullanan Bölümler:**
 - 5.4. **Arşivde Saklanması Gereken Evraklar:**
Bilgi, belge ve dökümanlar
 - 5.5. **Arşive Evrak Gönderilmesi:**
 - 5.6. **Arşivden Evrak Alınması:**
 - 5.7. **Evrak İmha Edilmesi:**
Yasal saklama süreleri göz önünde bulundurularak imha işleminin gerçekleştirilmesi
6. **İLGİLİ DOKÜMAN**
 -
7. **KAYIT DOSYA VE ARŞİV**

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	BİLGİ GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ SİM.PR.08		
Dok.No:SİM.PR.08	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

1. **AMAÇ** : Sağlık Müdürlüğüne ait bilgi belge güvenliğini sağlamak

2. **KAPSAM** : Sağlık İşleri Müdürlüğü süreçleri

3. **TANIMLAR** :

Bilgi: Kurumun ve birimin korumakla sorumlu olduğu bilgi ve belgeler...

3. **YETKİ SORUMLULUKLAR** :

Birinci Derece Yetkili ve Sorumlu : Birim Müdürü

İkinci Derece Yetkili ve Sorumlu : Müdür

Uygulama Sorumlusu :İşlemleri gerçekleştiren personeller

4. **UYGULAMA ADIMLARI** :

- **Bu birim için bilgi nedir? Ne yapılıyor?**
- Hasta kayıt bilgisi
- **Nasıl elde ediliyor?**
- Hastane otomasyon sisteminden elde ediliyor
- **Nerede muhafaza ediliyor?**
- Otomasyon sistemi arşivlerinde
- Otomasyon sistemi kendi ortamında
- **Bilgiler nasıl elde ediliyor?**
- Hastane bilgi sistemi ortamından elde ediliyor
- **Ne zaman, Ne kadar zamanda yapılıyor?**
- 5 dk
- **Hangi kaynaklar(ekipman, malzeme, bütçe vb) kullanılıyor?**
- Dış Kurum (Meddata) ve birimin bilişim ve yazılım sistemi Bilgisayar ortamı
- **Bilgileri kimler kullanıyor**
- Birim sorumluları,işlemi gerçekleştirecek personeli
- **Bilgi güvenliğinin riskleri neler?**
- Güncelleme yapılmaması
- Kullanıcı hataları
- **Bilgi güvenliği için hangi önlemler alınıyor?**
- Arşiv ortamının fiziki güvenliğinin sağlanması
- Virüs tarama ve koruma yazılımları ile
- Yedekleme sistemi
- Hastane bilgi sistemi güncelleme yapılması
- **Bilgiye erişim yetki sınırlamaları nasıl tanımlanıyor?**
- Birim veya kurum yetkilisi tarafından yetkilendirme
- **Müşteri/vatandaşa ait bilgilerin güvenliği nasıl sağlanıyor?**
- Arşiv ve Yönetim Bilgi Sistemimiz (MEDDATA) ın güvenliği içinde korunmaktadır

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	BİLGİ GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ SİM.PR.08	 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.PR.08	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01
		Rev.Tarihi.30.12.2016

5. İLGİLİ DOKÜMAN:

- ✓ 657 Sayılı Yasa
- ✓ 4857 Sayılı Yasa
- ✓ 5393 sayılı Belediye Kanunu
- ✓ TS-EN-ISO 9001–2000 Kalite Yönetim Sistemi Standardı
- ✓ Kalite El Kitabı
- ✓ Resmi Gazete

6. KAYIT DOSYA ARŞİV:

Bu prosedürle ilgili işlem, belge, kayıt, dosya ve arşiv takip işlemlerinden Abdurrahman UÇMAN sorumludur.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
DİĞER PROSEDÜR VE FORM ÖRNEKLERİ



SÜREÇ PERFORMANS ÖLÇME VE İZLEME FORMU ÖRNEĞİ
SİM.F.07



Dok.No:SİM.F.07

Yay.Tarihi:18.08.2015

Revizyon No:01

Rev.Tarihi.30.12.2016

ÖLÇÜLEN SÜREÇ/İŞLEMİN ADI	SÜREÇ PERFORMANS GÖSTERGESİ						SÜREÇ/UYGULAMA SORUMLUSU	SONUÇ DEĞERLENDİRME
	Gösterge/nominal Süre	Gerçekleşen Süre%	Tanımlanan beklenti	Gerçekleşen %				
Hasta Kayıt Kabul	2 dk	1dk		%			Müdür	Etkili ve verimli hizmet sunumu
Radyolojik tetkik sonuçlanması ve değerlendirilmesi	15 dk	10dk		%			Müdür	Etkili ve verimli hizmet sunumu
Cenaze işlemleri	20dk	15dk		%			Müdür	Etkili ve verimli hizmet sunumu
Aylık fatura işlemleri	7gün	5gün		%			Müdür	Etkili ve verimli hizmet sunumu
Dış protez işlemleri				%			Müdür	Etkili ve verimli hizmet sunumu
Enjeksiyon işlemi	3dk	2dk		%			Müdür	Etkili ve verimli hizmet sunumu
Pansuman işlemleri	5dk	3dk		%			Müdür	Etkili ve verimli hizmet sunumu
UYGULAMA DÖNEMİ:	.../.../20....	.../.../20....						

Hazırlayan
Merve Nur DEMİREL
Çözümleyici

Kontrol Eden ve Onaylayan
Abdurrahman UÇMAN
Sağlık İşl. Müdürü V.

	SÜREÇ İZLEME VE ÖLÇÜM PROSEDÜRÜ SİM.PR.09		
Dok.No:SİM.PR.09	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

1. **AMAÇ** : Sağlık İşleri Müdürlüğü süreçlerinin birim amaç, hedef ve beklentilerini kaynakları etkin kullanarak gerçekleşmesini sağlamak
2. **KAPSAM** : Sağlık İşleri Müdürlüğü süreçleri
3. **TANIMLAR** :
 - **Süreç:** Girdileri çıktılara dönüştüren işlem, faaliyet, proses.
4. **YETKİ SORUMLULUKLAR** :

Birinci Derece Yetkili ve Sorumlu : Sağlık İşleri Müdürü

İkinci Derece Yetkili ve Sorumlu : Birim Müdürü

Uygulama Sorumlusu : Birim Personeli
5. **UYGULAMA ADIMLARI** :
 - 5.1. **Genel Poliklinik Tanı, Teşhis, Tedavi Süreçleri**
 - 5.1.1. Doğru tanı, teşhis ve tedavi işlemleri
 - 5.1.2. Sağlık hizmeti alan bireyleri poliklinik defterine kayıt etmek
 - 5.1.3. Laboratuvar hizmetleri işlemleri
 - 5.1.4. Radyoloji hizmetleri işlemleri
 - 5.1.5. Ultrason hizmetleri işlemleri
 - 5.1.6. Enjeksiyon ve pansuman işlemleri
 - 5.1.7. Sağlık raporu vermek
 - 5.1.8. Tedavi için gerekli malzeme ve gereçleri kullanmak
 - 5.1.9. Aylık faaliyet işlemleri
 - 5.2. **Diş polikliniği Tanı, Teşhis, Tedavi Süreçleri**
 - 5.2.1. Diş polikliniği randevu hizmetleri
 - 5.2.2. Doğru tanı, teşhis ve tedavi işlemleri
 - 5.2.3. Radyoloji (panaromik diş filmi) işlemleri
 - 5.2.4. Hasta kayıt kabul işlemleri
 - 5.2.5. Diş protez işlemleri
 - 5.3. **Hasta Kabul ve Danışma Süreçleri**
 - 5.3.1. Ayaktan tedavi hizmeti alacak hastaların hasta kayıt kabul işlemleri
 - 5.3.2. Hizmet alacak hastalarının SGK onayının alınması
 - 5.3.3. SGK kapsamında olmayan hastaların fatura işlemlerinin yapılması
 - 5.4. **Sağlık Otomasyon Sistemi Süreçleri**
 - 5.4.1. Hasta kayıtlarının güncellenmesi, kayıtların gizli ve sağlıklı biçimde saklanması
 - 5.4.2. Kullanılan sağlık otomasyon sisteminin güçlendirilmesi ve update edilmesi

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	SÜREÇ İZLEME VE ÖLÇÜM PROSEDÜRÜ SİM.PR.09		
Dok.No:SİM.PR.09	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

5.5. Temizlik – Tıbbi Atık Süreçleri

- 5.5.1.Tüm Sağlık İşleri Müdürlüğü’nün temizlik ve hijyen faaliyetinin yürütülmesi
- 5.5.2.Tıbbi atıkların insan sağlığını tehdit etmeyecek şekilde düzenli atılması ve toplanması
- 5.5.3.Enfeksiyon ve bulaşıcı hastalıklara karşı temizlik ve hijyen faaliyetlerine özen gösterilmesi
- 5.5.4.Tuvaletlerin Engelli-Bay-Bayan şeklinde doğru kullanımının sağlanması

5.6. İdari Hizmet Süreçleri

- 5.6.1.Müdürlükler arası yazışmaları yapmak
- 5.6.2.Müdürlüğe gelen tüm evrakların kayıt ve dağıtım işlemleri
- 5.6.3.Müdürlükten farklı birim veya dış kurumlara gidecek tüm evrakların kayıt ve dağıtım işlemleri
- 5.6.4.Her ay imza föylerini yenilemek ve takip etmek
- 5.6.5.Toplumsal sağlık hizmetleri konularında toplumu bilgilendirme çalışmaları yapmak(örneğin; okullarda aşı kampanyası, göz taraması vb.)
- 5.6.6.Tıbbi sarf malzemesi alımı
- 5.6.7.Tıbbi cihazların gerekli donanımının sağlanması(bakım-onarım)
- 5.6.8.Yılın belirli dönemlerinde ihtiyaç sahiplerine sünnet hizmeti vermek
- 5.6.9.Her ay düzenli olarak tedavi hizmetlerini SGK’ya fatura etmek

5.7. Hasta Nakil ve Cenaze Hizmeti Süreçleri

- 5.7.1.İhtiyaç sahibi vatandaşa günlük hasta nakil aracı hizmeti vermek
- 5.7.2.Cenaze bilgi-belge-doküman işlemleri yapmak
- 5.7.3.Cenaze bilgilerini Mernis sistemine kayıt etmek
- 5.7.4.Cenaze bilgilerini Toplum Sağlığı Merkezi’ne bildirmek
- 5.7.5.Cenaze nakil işlemleri yapmak
- 5.7.6.Şehir içi-dışı cenaze aracı hizmeti sağlamak
- 5.7.7.Cenaze hizmetleri için doktorla beraber cenaze merkezine gitmek

5.8. Huzurevi Hizmet Süreçleri

- 5.8.1.Yaşlı bakım işlemlerini yürütmek
- 5.8.2.Yeme-içme-barınma gibi yaşlı faaliyetlerini koordineli bir şekilde yürütmek
- 5.8.3.Temizlik ve hijyen faaliyetlerini yürütmek
- 5.8.4.Yaşlılara yönelik aktivite hizmetleri sağlamak
- 5.8.5.Sosyal destek sağlamak
- 5.8.6.Sağlık hizmeti vermek

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	SÜREÇ İZLEME VE ÖLÇÜM PROSEDÜRÜ SİM.PR.09		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.PR.09	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

5.9. Evde Bakım Hizmeti Süreçleri

- 5.9.1. İhtiyaç sahiplerine evde bakım hizmeti vermek (pansuman, enjeksiyon vs.)
- 5.9.2. Gerekli tedavi gereçleri ve hemşire ile birlikte hastanın yanına gitmek
- 5.9.3. Gidilen ihtiyaç sahiplerini yazılı bir doküman ile arşivlemek

6. İLGİLİ DOKÜMAN :

- 6.1. Süreç izleme ve ölçüm formu
- 6.2. SGG Prosedürü
- 6.3. 5018 sayılı yasa

7. KAYIT DOSYA ARŞİV :

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	BİREYSEL PERFORMANS ÖLÇME FORMU ÖRNEĞİ SİM.F.08		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.F.08	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

Personelin Adı Soyadı	Çalıştığı Birim	Görevi	Ölçme Dönemi
			/.../20...-.../.../20
PERFORMANS BOYUTLARI		SKOR	DEĞERLENDİRME
1. TEKNİK BİLGİ ve BECERİ İlgi alanı hakkında şu anki bilgi becerileri ve gelişme / eğitilebilme potansiyeli		1 2 3 4 5	
2. ANALİTİK DÜŞÜNME Değişik kaynaklardan bilgi toplama, gözlem gücü; edinilen bilgileri bir araya getirme ve sentezleme becerisi		1 2 3 4 5	
3. İŞE İLGI MOTİVASYON İşe duyulan istek, işi yapmaya hevesli olmak		1 2 3 4 5	
4. İLETİŞİM BECERİLERİ Duygu ve düşüncelerin ifade ediliş tarzı, etkili dinleme, empati kurma		1 2 3 4 5	
5. ÖZBİLİNÇ Kendini tanıma, güçlü / zayıf yanlarının farkında olma		1 2 3 4 5	
6. ÖZGÜVEN kendine, değerlerine ve yapabileceklerine inanmak		1 2 3 4 5	
7. SORUMLULUK İnisiyatif alma, sorumluluk sahibi olma		1 2 3 4 5	
8. GÜVENİLİRLİK / DÜRÜSTLÜK Etik olmayan, iş kurallarına aykırı davranışlardan kaçınma, açık sözlülük		1 2 3 4 5	
9. TAKIM ÇALIŞMASI Grup odaklılık, bir arada çalışabilme		1 2 3 4 5	
10. SONUÇ ODAKLILIK Etkin zaman kullanma, öncelikleri belirleyebilme becerisi		1 2 3 4 5	
Genel toplam puan			
ORTALAMA PERFORMANS SKORU	1 Çok Kötü Performans	2 Kötü Performans	3 Orta Performans
			4 İyi Performans
			5 Çok İyi Performans
Değerlendirenin: Adı Soyadı	Görevi/unvanı	Değerlendirme Tarihi	İmza

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	PERFORMANS YÖNETİM PROSEDÜRÜ SİM.PR.10		
Dok.No:SİM.PR.10	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

1. **AMAÇ** :Sağlık İşleri Müdürlüğünde performansın objektif değerlendirme ve ölçümü ile yüksek performans elde edilmesi
2. **KAPSAM** :Birim süreçleri ve çalışanları
3. **TANIMLAR**:
 - **Performans**: Kendi içinde çeşitli ölçüm seviyeleri olan genel bir başarının tanımlanmasıdır.
 -
 - **Performans yönetimi**: Her birimin kendisine özgü belirlediği performans kriterlerine göre bir geliştirme ve iyileştirme sürecidir. Mevcut durumu tespit ederek olunması gereken noktaya varmak için yapılması gerekenleri ortaya koymak ve uygulanmasını desteklemektir.
 - **Performans ölçümü**: , hizmetlerin veya işlemlerin yerine getirilmesinde görevlerin nasıl gerçekleştiğinin bir program dahilinde tarafsız olarak ölçülmesi yöntemidir.
4. **YETKİ SORUMLULUK**:
 - 4.1. Birinci derecede: Sağlık İşleri Müdürü
 - 4.2. İkinci derecede : Birim Şefi
 - 4.3. Uygulama sorumlusu: Birim Personeli
5. **UYGULAMA**:
 - 5.1. **Performans kriterlerinin belirlenmesi**
 - Müdürlüğün birim bazında performansı, bünyesinde çalışan personelin sahip oldukları bilgi seviyeleri ile Sağlık İşleri Müdürlüğünün beklentilerini karşılaştırarak eğitim ihtiyaç analizi yapılarak gerekli görülmesi halinde personelin gerekli eğitimleri almalarını sağlamak,
 - Herkesin mutabık olduğu ölçülebilir hedefler koymak ve bu değerler üzerinden ölçüm ve değerlendirmeler yapmak,
 - Çalışanlara uygulanacak olan performans ölçme anket formları birimin belirleyeceği bir ekip tarafından değerlendiriler. Sonuçlar yönetime rapor edilir.
 - 5.2. **Performans kriterleri ve ölçümü konusunda çalışanların bilgilendirilmesi**
 - Çalışanların hangi etkinliklerle performansının ölçüldüğü (performans değerlendirme formu) bunda belirlenen kriterler daha önceden bildirilir.
 - 5.3. **Performans ölçme yönteminin belirlenmesi**
 - Ölçme yönetimi bilimsel olarak belirlenmiş 360 derece performans ölçüm yönetimi ile yapılması öngörülür.
 - 5.4. **Ölçme aralıklarının belirlenmesi**
 - İdarenin belirlediği süreler
 - 5.5. **Ölçme değerlendirme ekibinin oluşturulması**
 - İdarenin belirleyip onaylayacağı ekip

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	PERFORMANS YÖNETİM PROSEDÜRÜ SİM.PR.10		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.PR.10	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

5.6. Sonuçların değerlendirilmesi

- Performans Ölçme Değerlendirme Ekibinin raporuna istinaden idarenin uygulayacağı ödül ve öneri sistemi

5.7. Ödül-ceza sisteminin belirlenmesi ve işletilmesi

- Öneri Sistem Prosedürü ile tanımlanmıştır

5.8. İLGİLİ VE REFERANS DOKÜMANLAR:

- İlgili yasa ve yönetmelikler

KAYIT, DOSYA ARŞİV :

Bu prosedürle ilgili doküman, kayıt, dosya ve arşiv işlerinden; Birim İç Kontrol Standartları ve Kalite Yönetim Sistemi Sorumlusu ile Birime ait süreçlerin sorumluları sorumludur

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	HASSAS GÖREV FORMU ÖRNEĞİ SİM.F.09		 TS EN ISO 9001 TS ISO 14002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.F.09	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

Hassas Görevin Adı	Görevlinin Adı Soyadı	Birim Görev/Unvanı	Hassasiyet Konusu (Bilgi, Ekipman, Finans...)
Tanı,Teşhis	Fatma Özkan AĞIRTAŞ	Hekim	Alanında uzman eğitimli kişi olması. Hasta odaklı çalışması.
Tedavi	Emine KAYA	Hemşire	Uygulama eğitimli olması.
Temizlik	Nail TAŞARSLAN	Temizlik Personeli	Hijyen eğitimi alması ve itinalı çalışması.
İdari İşler	Abdurrahman UÇMAN	Müdür	Müdürlük kaynaklarını kullanarak etkili ve verimli sağlık hizmeti sunması.
Laboratuar-Sonuç	Gülseren TAŞDELEN	Laboratuar Sor.	Sağlık girdilerini çıktıya dönüştürmede eksiksiz çalışması.

Teklif Eden

Adı Soyadı
İmza

Onaylayan

Adı Soyadı
İmza

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	HASSAS GÖREV PROSEDÜRÜ SİM.PR.11		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.PR.11	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

1. AMAÇ :İç Kontrol Standartlarının gereği kaynakların etkin kullanımı, şeffaflığın sağlanması, süreçlerin kesintisiz sürdürülmesini güvence altına almak.

2. KAPSAM :Birim süreçleri

3. TANIMLAR:

Hassas Görev :Kurumun/ Birimin amaç ve hedeflerini gerçekleştirme sırasında önem ve öncelikler dikkate alınarak sürecin doğası ve üst yönetimin onayı ile belirlenmiş görev

- Genel muayene işlemleri ile ilgili görevler
- Laboratuvar hizmetleri ile ilgili görevler
- Temizlik hizmetleri ile ilgili görevler

4. YETKİ VE SORUMLULUKLAR:

Birinci Yetkili ve Sorumlu : Harcama birimi üst yetkilisi Birim Müdürü

İkinci yetkili ve Sorumlu : Uygulamadan sorumlu şef

Üçüncü yetkili ve Sorumlu : Uygulamadan sorumlu ekip sorumluları

5. UYGULAMA:

5.1. Hassas Görevin kriterleri

- Hassas görevin belirlenmesinde yasal dayanaklardan kaynaklanan önem ve öncelikli; Varlıklar.
- Varlıkların üzerinde tasarrufta bulunan görevlilerin görevleri
- Mal ve hizmetler üzerinde tasarruflar
- Finansal konular, harcama, tahsil ve transfer kararlarını verme görevleri
- Temel süreçlerin yönetimi ve yönlendirdiği görevler
- Kaynak yönetimi ve kullanımında öncelikli görevler.
- İnsan kaynaklarında işe alma, atama, yükselme, yer değiştirme süreçlerinin kararları
- Ekipman, makine, teçhizatlar üzerinde tasarruf sahibi görevler
- Kurum için önemli, mahrem, değerli bilgi, kayıt ve arşiv bilgilerini kullanan görevler

5.2. Hassas Görevin belirlenme yöntemleri ve uygulama

- Üst yönetimin kararı ve yazılı onayı ile tayin etmesi
- Birim yönetici ve uygulayıcılarının yönetimi gözden geçirme, teknik gerekliliklere dayanarak üst yönetime teklifi ve üst yönetimin onayı ile belirlenen görev
- Yasal mevzuatta tanımlanmış, kurum ve birimin tabi olduğu yasa, yönetmelik, genelge, iç tamim vb...
- Sürecin gerektirdiği özel bilgi beceri, donanımın operasyonunda çalışanların(Örneğin bilgi işlem süreçlerinde kullanılan bilişim teknolojilerinin her kademe çalışanı) yazılı onaylı görevlendirmeleri
- Kurumsal mali işlemlerinde kayıtlarına, dosya arşivleme işlerinde görevli nitelikli görevler birim yöneticilerinin hassas görevler olduğu bilgilendirmesi ile üst yönetimin tayini şeklinde belirlenir.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	HASSAS GÖREV PROSEDÜRÜ SİM.PR.11	 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.PR.11	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01
		Rev.Tarihi:30.12.2016

5.3. Hassas Görev Tablolarının Oluşturulması, Onaylanması ve Güncellenmesi:

- Hassas görevler tablosu her birimi için ayrı düzenlenir. Düzenlenen form iç kontrol sisteminin dokümantasyon formatına göre üç imza sonrası ilgili kayıt dosya arşiv sorumlusu tarafından muhafaza edilir
- Hassas görevler insan kaynakları uygulamaları, göreve yeni atamalar, görev değişiklikleri, yükselme, tenzil, emeklilik, çeşitli nedenlerden dolayı görevlinin ayrılışı sonrası hassas görevleri üstlenen personel isminin değişikliği güncellenir. Üst yönetim tarafından onaylanır, ilgililer bilgilendirilir.
- Güncellemeler Yönetimi Gözden Geçirme toplantıları gündemine alınır. Güncelleme kararlar yönetim onayına sunulurak yürürlüğe girer.

6. İlgili Referans Doküman:

- Yetki ve sorumluluklarla ilgili yasal mevzuat
 - 657 Devlet memurları kanunu
 - Toplu iş sözleşmeleri
 - Çalışma hayatı ile ilgili kanunlar
- Kamu iç Kontrol Standartları tebliği
- 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu
- İç Kontrol Standartları ile ilgili Prosedürler

7. Kayıt Dosya Arşiv:

Bu prosedür ve ilgili süreçlerle ilgili kayıt dosya arşiv işlerinde Risk Koordinatörleri sorumludur

EK: Hassas Görev Tablosu

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	ÖNERİ FORMU ÖRNEĞİ SİM.F.10	 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.F.10	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01
		Rev.Tarihi.30.12.2016

ÖNERİ FORMU

ÖNERİNİZİN KONUSUYLA UYUMLU AŞAĞIDAKİ KUTUCUKLARDAN BİRİNİ İŞARETLEYİNİZ

- | | |
|--|---|
| ☐ Çalışan Memnuniyeti | ☐ Çalışma Ortamı İyileştirmesi |
| ☐ Vatandaş memnuniyeti | ☐ Süreç İyileştirilmesi |
| ☐ Verimlilik Artırılması | ☐ Topluma Katkı |
| ☐ Sürecin İyileştirilmesi | ☐ Çevreye Katkı |
| ☐ Maliyetin Düşürülmesi | ☐ Diğer |

Lütfen önerilerinizi “Yapılması”, “Çözümlemesi”, “Olsun/Olmasın” gibi genel anlatımlar yerine, varolan durumu iyileştirecek veya kaldırarak, yeni bir durum ortaya koyacak ve kurumuza ölçülebilen yarar sağlayacak somut çözümler içerecek biçimde, aşağıya açık ve kısa yazınız. Bu sayfa yetmediğinde arka sayfayı ya da hazırlayacağınız EK’i kullanabilirsiniz. Ek kullandığınızda bu forma kaydediniz. Sağ alt köşedeki öneri no kulakçığını koparınız ve yanınızda saklayınız.

No:.....456....

.

.No:.....456.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	ÖNERİ SİSTEMİ PROSEDÜRÜ SİM.PR.12		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.PR.12	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

- 1. AMAÇ** : Bağlı olduğumuz kurumun süreçlerin iyileştirilmesinde çalışanların katılımıyla;
- Kurumun vizyon ve misyonu doğrultusunda mükemmelliğe ulaşmayı sağlamak
 - Verimliliğin artırılması
 - Hizmet kalitenin iyileştirilmesi
 - Maliyetlerin azaltılması
 - Çalışma ortamının iyileştirilmesi
 - Topluma ve çevreye katkı sağlanması
- konularına yönelik önerilerinin toplanması, somut ölçülerle değerlendirilerek uygulanması ve böylece çalışanların daha fazla katılımının sağlanması

- 2. KAPSAM** : Sağlık İşleri Müdürlüğü tüm iş süreçleri

3. TANIMLAR:

- **ÖNERİ DEĞERLENDİRME KURULU:** Müdürlüğümüz Koordinatörlüğünde oluşturulan bir ekip

4. YETKİ SORUMLULUK:

- 4.1. Bu prosedürün uygulanmasından üst yönetimin onayı ile Müdürlüğü Yetkili ve sorumludur.
- 4.2. Öneri Değerlendirme Kurulu aşağıda belirtilen birim veya temsilcilerinden oluşur;
- 4.2.1.Mali Hizmetler Müdürlüğü koordinasyonluğunda, İnsan kaynakları ve eğitim Müdürlüğü, Basın ve Halkla İlişkiler Müdürlüğü, öneriye konu olan birim müdürlüğü, müdür veya yetkilendireceği uzmanlar tarafından meydana gelir.
- 4.2.2.Öneri değerlendirme sonuçları YGG gündeminin gündeleri olarak değerlendirilir.
- 4.2.3.Kalite konseyinden çıkan karar sonunda ödüllendirme gerçekleşir.
- 4.2.4.Ödül ve öneri sistemi ile ilgili kayıt, dosya, takip ve arşivinden strateji geliştirme müdürlüğü sorumludur.

5. PROSEDÜR DETAYI:

5.1. PROSEDÜRÜN UYGULAMA ŞEKLİ

- 5.1.1. “Öneri formları”(EK-1) birimlerde her çalışanın elde edebileceği bir yerde yeter miktar bulundurulur.
- 5.1.2.Çalışanların öneri formlarını doldurmaları duyurusu yapılır ve teşvik edilir.
- 5.1.3.Öneri formları isimsiz sağ alt köşesinde çift numara bulunan bir formdur.
- 5.1.4.Öneri formunu dolduran kişi formun alt köşesini koparıp yanına alır.
- 5.1.5. Kapalı bir kutu veya sandıkta toplanan zarflar Birim İç Kontrol ekibi tarafından belirli periyotlarda açılır.
- 5.1.6. Toplanan öneri formları Müdürlüğüne gönderilir.
- 5.1.7.Açılmış olan formlar, “Öneri değerlendirme ve izleme formu” üzerinde değerlendirme yapılır.
- 5.1.8.Değerlendirme kurulunun belirleyeceği puanlama ile öneriler puanlandırılır.
- 5.1.9.Önerinin ödül derecesi de yine kurul tarafından belirlenmiş kriterlere göre belirlenir.
- 5.1.10. Öneri sistem akış şemasında belirtilen onay aşamalarının sonuçlanmasından sonra ödül bir tören ortamında ilgililere takdim edilir.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	ÖNERİ SİSTEMİ PROSEDÜRÜ SİM.PR.12		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.PR.12	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

5.1.11. Ödül haberleri WEB sitesi ve kurumun ilgili duyuru araçları ile tüm çalışanlar tarafından paylaşılması sağlanır.

5.1.12. Öneri değerlendirmeleri YGG toplantılarında birim bazında ve üst yönetimin YGG toplantılarında kurum geneline şamil yapıp sonuçlandırılır.

6. İLGİLİ ve REFERANS DOKÜMANLAR:

- Öneri formu
- Öneri değerlendirme ve puanlama formu
- Öneri değerlendirme onay formu

BİLGİ

6.1. ÖNERİ SİSTEMİNİN UNSURLARI

- Üst düzey yönetimin desteği
- Nezaretçilerin desteği
- Uygun kılavuz hazırlanması
- Sistem prosedürleri
- Öneri değerlendirme
- İsteklendirme ve açıklık
- Kayıtların saklanması
- Formlar
- İtiraz süreci
- Ret süreci
- Ödüller
- Değer verme
- İş güvencesi

6.2. ÇALIŞANLARIN KATILIMININ SAĞLANMASI İÇİN

- Çalışma koşullarının iyileştirilmesi
- Kendi ile uğraşılacağı korkusunun yok edilmesi
- Saygınlık gereksiniminin karşılanması
- Çalışanların düşüncelerinin özgürce ifade edebileceği ortamın hazırlanması
- Tüm kuruluştaki kontrol yerine kalite-verimlilik kültürünün egemen olması
- Tüm yönetici ve çalışanların sorumluluk duygularının geliştirilmesi
- Amaç birliğinin olması

6.3. ÖNERİ SİSTEMİ KURULUŞA YARARLARI

- Uyumlu çalışma iklimi kazanılır
- Çalışan motivasyonu artırılır
- Sistem içinde yer alma düşüncesi ile aidiyet duygusu ve kurum kültürü geliştirilir
- Sistemin mevcut iyileştirme konuları daha gerçekçi şekilde ortaya konur
- Yönetimin ileriye dönük faaliyetler için alacağı kararlar belirlenir
- Çalışan-yönetici ikilisinin uyumu sağlanır
- Uzlaşma ilkelerine sahip olmaları gerçekleşir
- Çalışanlar ve yöneticileri arasındaki iletişimin iyileşmesi
- Ekip ruhu anlayışının gelişmesi
- Verimlilik, süreç iyileştirme-geliştirme üzerine daha duyarlı olunmasının sağlanması

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	ÖNERİ SİSTEMİ PROSEDÜRÜ SİM.PR.12		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.PR.12	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

6.4. ÇALIŞANLARA YARARLARI

- İşyerine katkıda bulunma duygusu
- İş tatmininin artması
- Başarıların tanınması

6.5. ÖNERİ NEDİR

- Süreçlerin iyileştirilmesi, verimliliğin artırılması, çalışma ortamının iyileştirilmesi, maliyetin azaltılması, çevrenin korunması gibi yararların gerçekleşmesini sağlayacağına inanılan
- Uygulanabilirliğine inanılmış
- Kuruluşun temel amaç, hedef ve stratejileri ile uyumlu buluş ve yaratıcı düşüncelerin sistemli ifadesidir

6.6. ÖNERİLER NE DEĞİLDİR?

- Kişisel durumları içeren yakınma
- “Gereğinin yapılması, giderilmesi” gibi genel ifadeler
- Çok belirsiz ve/veya gerçekleştirilmesi olanaksız konular
- Daha önce sunulan önerilerin tekrarı niteliğinde olamazlar
- Öneriler geçmişte yürütülen uygulamaları eleştiri biçiminde düzenlenemezler

7. KAYITLAR, DOSYALAMA ve ARŞİV: Bu prosedürün gereği olan kayıt, dosyalama işleri ve Öneri Değerlendirme Kurulu sekreteryası Müdürlüğü, tarafından yapılır.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	ACİL DURUM EYLEM PLANI PROSEDÜRÜ SİM.PR.13		
Dok.No:SİM.PR.13	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

1. **AMAÇ** : Bu prosedür müdürlüğümüzün tüm işleyiş ve faaliyet alanlarında yangın, afet, sabotaj, hırsızlık, iş kazası ve salgın hastalık gibi sivil savunmaya yönelik, tüm çalışanların sağlığı ile işyerinin güvenliğini tehdit eden olaylar ve acil durumlarda yapılacak müdahale, koruma, arama-kurtarma ve ilkyardım çalışmalarının hemen organize ederek, düzenli bir şekilde müdahale etmek ve ortaya çıkabilecek olan zararları en az seviyeye indirmek amacı ile hazırlanmış ve organizasyonu, nasıl yapılacağı ile uyulacak kuralları tarif etmektedir.
2. **KAPSAM** : Sağlık İşleri Müdürlüğü ile tüm çalışanları kapsar.
3. **TANIMLAR** :
 - **Acil Durum** : Çalışanların, ofis alanın da personelinin, yaralanmasına veya can kaybına neden olabilen, çalışma imkânını kısmen veya tamamen durdurabilen, işyerine zarar veren, performansını tehdit eden planlanmamış olaydır.
 - **Acil Eylem**: Acil durumlara karşı alınacak önlem ve müdahaleleri ifade eder.
 - **Acil Durum Planı**: Acil durumlarda yapılacak çalışmaların; görev alacak personelin, kullanılacak donanımın, gereken haberleşme zincirinin ve olası acil durumlarda yürütülecek faaliyetlerin tanımlandığı ve durum tespiti yapılana ve/veya acil durum ortadan kalkana kadar çalışanların toplanacağı güvenli bölgelerin, belirtildiği planı ifade eder.
 - **Acil Durum Ekibi**: Yangın, deprem ve benzeri afetlerde binada bulunanların tahliyesini sağlayan, olaya ilk müdahaleyi yapan, arama-kurtarma ve söndürme işlerine katılan ve gerektiğinde ilkyardım uygulayan ekibi ifade eder.
 - **Büyük Kaza**: Kontrolsüz gelişmelerden kaynaklanan ve kurum içinde çevre ve insan sağlığı için anında veya daha sonra ciddi tehlikeye yol açabilen bir veya birden fazla tehlikeli maddenin sebep olduğu büyük bir emisyon, yangın veya patlama olayını ifade eder.
 - **Yanma**: Isı, yanıcı madde ve oksijen faktörlerinin her birinin uygun oranda bir araya gelmesi ile başlayan kimyasal reaksiyonunu ifade eder.
 - **Yangın**: Yanma olayının kontrol dışı gelişen ve önlenemeyen halini ifade eder.
 - **Deprem**: Yer yüzeyinin, yer altında meydana gelen hareketler nedeniyle, ani, seri hareketlerle sallanması ve titreşimi hareketini ifade eder.
 - **İş Kazası**: Önceden planlanmamış çoğu zaman, kişisel yaralanmalara, araç ve gereçlerin zarara uğramasına, hizmetin bir süre durmasına yol açan bir olayı,
 - **Toplanma Alanı**: Deprem, yangın vb. gibi acil durumlar sonrasında personelin toplandığı ve personel kaybının tespit edildiği güvenli alanı ifade eder.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	ACİL DURUM EYLEM PLANI PROSEDÜRÜ SİM.PR.13		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.PR.13	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

4. YETKİ SORUMLULUKLAR :

BİRİNCİ SORUMLU KİŞİ : Sağlık İşleri Müdürü

Acil Durumu Tanımlama ve değerlendirilmesinde birince derecede yetkili ve sorumlulukları;

İKİNCİ SORUMLU KİŞİ : Birim çalışanları

5. UYGULAMA SORUMLUSU:

1. **Acil Durum Koordinatörü** : Birim Müdürü

2. **Acil Durum Birim Sorumluları** : Servis Şefleri

6. ACİL DURUM KOORDİNATÖRÜ

Acil Durum Koordinatörü, acil durum eylem planının tümünden sorumludur. Acil Durum Komuta Ekibinin Lideridir. Bir acil durum oluştuğunda, işyeri sahası içinde bulunan herkesten sorumludur. Acil durum sırasında yapılacak her işlem onayından geçer. Acil durum faaliyet ve hazırlıklarını koordine eder. Gerekli araç gereçlerin teminini sağlar, bakım ve kontrollerini yaptırır. İşyerinde olmadığı durumlarda, ekip içindeki bir kişi ekip liderine vekâlet eder. Diğer ekipler planın uygulamasından sorumlu olup sonuçları doğrudan Acil Durum Koordinatörü 'ne rapor eder.

6.1. Görevleri

- Acil Durumlarda müdahalenin başarılı olabilmesi için organizasyonun kurulması, sorumluların belirlenmesi ve koordinasyonu gerçekleştirmek.
- Savunma, Koruyucu Güvenlik Sivil Savunma ve sabotajlara karşı koruma planlarını uygulamak.
- Acil durumlarda personelin anında haber alabilmesi için gerekli tedbirleri almak.
- Acil müdahaleye gerekli insan gücü ve diğer olanakların bulundurulmasını sağlamak.
- Acil Durum Planları' nın uygulanması sırasında işyeri personelinin bilincini artırmaya yönelik çalışmalarda bulunmak.
- Gerekli personel, ekipman ve diğer imkanların, gerektiğinde sağlanabilmesi için diğer müdürlükler ile güvenlik birimleri olanaklarının temini amacı ile işbirliği yapmak.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	ACİL DURUM EYLEM PLANI PROSEDÜRÜ SİM.PR.13		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.PR.13	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

7. ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNTEMİ (UYGULAMA ADIMLARI):

- Acil Durum Eylem Planında belirlenmiş olan Acil Durum Birim Sorumluları, almış oldukları eğitim konularında müdahalelerini yapar.
- Acil Durum Birim Sorumluları, karşı karşıya kalınan acil durumun özelliklerine göre ilgili görevler ve aldıkları eğitim çerçevesinde müdahaleye başlayacaktır.
- Acil Durum Birim Sorumluları Yangını ilk çıktığında kontrol altına almak için ilk müdahaleyi yapar ve söndürmek üzere çalışmalarını yürütür.
- Acil Durumlar için gerekli Personelin eğitim ihtiyaçları belirlenmesi yapılır.

7.0. Acil Durum Planlaması

- ✓ Acil Durum ile ilgili eğitimler alınır ve toplantılar yapılır.
- ✓ Acil Durumlarda kullanılabilecek veriler oluşturulur;
- ✓ Acil durumda kullanılacak Malzeme-Ekipman listeleri ve bulunduğu yerler belirlenir.

7.1. ÇALIŞANLARIN GÖREVLERİ

- ✓ Acil durum organizasyonunu bilmek,
- ✓ Acil çıkış, yol, koridor, kapıları ve toplanma bölgesini bilmek,
- ✓ Görevlilere yardımcı olmak ve verilen talimatlara uygun hareket etmek,
- ✓ Kendi ve başkasının can güvenliğini tehlikeye atmamak,
- ✓ Anormal bir durum gördüğünde acil durum koordinatörüne veya güvenliğe haber vermek,
- ✓ Kendi güvenliğini riske etmeden öncelikli malzemeleri kurtarıp toplanma noktasına götürmek.

7.2. ACİL DURUM İLETİŞİM BİLGİLERİ

EK:-1 Acil Durum Plan İletişim Bilgi Formunda bulunmaktadır.

7.3. DUYURU VE İLETİŞİM SİSTEMLERİ:

- 7.3.1. Herhangi bir kaza durumunda birim çalışanı birim amirine olayı haber verir.
- 7.3.2. Ayrıca acil durumlarda birim amirine haber ulaştırılır.
- 7.3.3. Acil Durumlarda işyerinin bağlı olduğu üst amire haber verilir.
- 7.3.4. Kazalarda, haberleşme önemli olduğundan tüm iletişim araçlarından yararlanılır.



Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	ACİL DURUM EYLEM PLANI PROSEDÜRÜ SİM.PR.13		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.PR.13	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

8. PROSEDÜR DETAYI:

8.1. Sabotaj ve Bomba İhbarı Alındığında Uygulanacak Usuller:

- 8.1.1. Sabotaj veya bomba ihbarı alındığında yetkili mercilere haber verilir. Güvenlik önlemi talebinde bulunulur.
- 8.1.2. Kurum içinde şüpheli cisim, paket tespit edilirse derhal amire haber verilir. Şüpheli cisim veya pakete kesinlikle dokunulmaz, etrafında güvenlik çemberi oluşturulur, personelin yaklaşmasına müsaade edilmez.
- 8.1.3. Şüpheli kişi tespiti var ise kılık kıyafeti, tipi, yüz şekli, dikkat çeken özellikleri not edilir, şüpheli hareketleri izlenir ancak yakalama veya müdahale girişiminde bulunulmaz, birim amirine haber verilir.
- 8.1.4. Birim için kritik olan bölgeler kontrol altında tutulur.
- 8.1.5. Sabotajlar sırasında ve sonrasında yapılacaklar:
- 8.1.6. Yapılan sabotajın türüne göre birim personeli yapacağı olumsuz etkileri minimize edecek çalışmalar başlatır.
- 8.1.7.1. Sabotaj Sonucu Yangın Olursa;
- 8.1.8. Yangın Müdahale Planı devreye girecektir.
- 8.1.9.2. Sabotaj Sonucu Patlama Olursa;
- 8.1.10. Patlama Müdahale Planı burada da devreye sokulacaktır.

Başka Şeyler Olursa;

- Duruma göre birim amirinin direktifleri doğrultusunda hareket eder.

8.2. İŞ KAZASI MÜDAHALE PLANI

- 8.2.1. Tüm görevlerde bulunan çalışanların iş kazası bildirim görev ve sorumluluğu vardır.
- 8.2.2. İş kazası olduğunda kazanın en yakınındaki çalışanlar hangi görevde olurlarsa olsunlar çevrelerinde bir iş kazası olduğunu gördüklerinde;
- 8.2.3. Sesli olarak etraftan yardım isteyin, Acil Durum sorumlusuna haber ver.
- 8.2.4. İş Kazası sonucunda herhangi bir yaralanma olması durumunda derhal Acil Durum ilkyardım personeline haber ver.
- 8.2.5. En yakın sağlık kuruluşuna haber ver.
- 8.2.6. Kaza sonucu herhangi bir yaralanmanın yaşanmaması durumunda birim amiri maddi kaybın ne seviyede olduğunu belirler.
- 8.2.7. İş kazası sonucu herhangi bir ölüm olayının yaşanması durumunda birim amirine olay haber verilir.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	ACİL DURUM EYLEM PLANI PROSEDÜRÜ SİM.PR.13		
Dok.No:SİM.PR.13	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

8.3. HIRSIZLIK MÜDEHALE PLANI

Herhangi bir Hırsızlık olayı yaşanması sonrasında;

- 8.3.1. Valilikten ve Emniyet Müdürlüğü' den onaylı Sabotajlardan Korunma Planı uygulanır.
- 8.3.2.Kendinizin ve diğer personelin güvenliğini sağlayın.
- 8.3.3. Durum hakkında, Kolluk Kuvvetlerine haber verilir.
- 8.3.4. Hırsızlık yaptığına inanılan şüpheli kişi/kişileri izlemeye alın.
- 8.3.5.Şüpheli araç varsa cinsini, rengini ve plakasını tespit ediniz,
- 8.3.6. Durumu birim amirine bildirin.

8.4. ELEKTRİK ÇARPMASI MÜDEHALE PLANI

Elektrik çarpması durumunda aşağıda ki faaliyetleri gerçekleştiriniz;

- 8.4.1. Kazazedeye direk müdahale etme. Kazazedeye müdahale etmeden önce elektrik akımının kesildiğini teyit et.
- 8.4.2. Elektrik akımının kesilmediği durumda tahta, çubuk vb. yalıtkan malzemeler ile elektrik temasını kes.
- 8.4.3. En yakın sağlık kuruluşuna haber ver.
- 8.4.4. Kazazedenin bilincini kontrol et ve kazazedenin hayati faaliyetlerinin yerinde olup olmadığını kontrol et.
- 8.4.5. Acil Durum İlk Yardım ekiplerine haber ver, kazazedeye ilkyardım uygulamasının yapılmasını sağla.
- 8.4.6. Kazazedenin bedeni üzerinde yanık olması durumunda yanık bölgeyi kuru ve temiz bir bezle ört.
- 8.4.7. Kazazedeyi sıcak ve rahat tut ve yerinden oynatma.

8.5. YANIK MÜDEHALE PLANI

Herhangi bir kişide yanık olayının yaşandığını gördüğünde;

- 8.5.1. Kazazedeyi yanığa neden olan etmenden uzaklaştır. Çevrede ki diğer insanları da konu hakkında bilgilendir.
- 8.5.2. En yakın sağlık kuruluşuna haber ver.
- 8.5.3. Yanık şeklini belirle.

8.6. ALEV YANIKLARINDA;

- 8.6.1.Yanmayı durdur. Yanan Bölgenin üzerine örtü kapatarak söndür. Çevredeki diğer insanlara bilgi ver.
- 8.6.2.Giysiler deriye yapışmışsa çıkartmadan soğuk uygula (Su vb.).Yanık %20'yi geçerse hayati faaliyetlerin kontrolü ve müdahalesi için en yakın sağlık kuruluşuna haber ver.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---

	ACİL DURUM EYLEM PLANI PROSEDÜRÜ SİM.PR.13		
Dok.No:SİM.PR.13	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

8.7. TRAVMA MÜDEHALE PLANI

- 8.7.1.Travmaya uğrayan kişiye/kişilere zarar verebilecek dış etkenleri engelle ve en yakın sağlık kuruluşuna haber ver.
- 8.7.2.Kafa ve omurga travmalarında bilinç ve hafıza düzeyini devamlı sorular sorarak, kişi hakkında bilgiler alarak kontrol et.
- 8.7.3. Kusma, kafa şeklinde değişiklik, göz çevresinde morluk, kişide uyku hali, kulak veya burundan kan gelmesi, gözbebeklerinden birinin büyük birinin küçük olması durumlarını kontrol et. Sağlık Ekipleri geldiğinde bu bilgileri onlara aktar.
- 8.7.4. Kazazede de herhangi bir omurga yaralanması olup olmadığını kontrol et. Eğer varsa sağlık ekipleri gelene kadar yaralıya kesinlikle hareket ettirme.
- 8.7.5.Kazazedenin vücudunda kanama veya kesik olup olmadığını tespit et. Bu durumda sağlık ekipleri gelene kadar kanama bölgesini temiz bir bez parçasıyla sıkı sıkı sar ve kanamayı durdurmaya çalış.

9. İLGİLİ REFERANS DOKÜMANLAR ve YASAL DAYANAK:

- ✓ 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu
- ✓ 2002/4390 sayılı Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik
- ✓ İş Sağlığı ve Güvenliği Mevzuatı
- ✓ 7126 Sayılı Sivil Savunma Kanunu
- ✓ İlk Yardım Yönetmeliği
- ✓ 2872 Sayılı Çevre Kanunu ve bağlı mevzuat
- ✓ 7269 Sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun ve bağlı mevzuat
- ✓ 2941 Sayılı Seferberlik ve Savaş Hali Kanunu ve bağlı mevzuat
- ✓ Afet Bölgelerinde Yapılacak Yapılar Hakkında Yönetmelik
- ✓ 5188 Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun ve bağlı mevzuat 88/13543 sayılı Sabotajlara Karşı Koruma Yönetmeliği
- ✓ Acil durumda iletişim bilgileri

10. KAYITLAR, DOSYALAMA ve ARŞİV:

Bu prosedür ve ilgili kayıt, dosya, arşiv işlerinden birim çalışanları sorumludur

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
---	--

	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ AFET ACİL DURUM YÖNERGESİ VE PLANI SİM.F.11		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Dok.No:SİM.F.11	Yay.Tarihi:18.08.2015	Revizyon No:01	Rev.Tarihi.30.12.2016

S.N	SÖDÜRME EKİBİ	SERVİS	İMZA
1.	DR.AHMET TEKİN	DAHİLİYE	
2.	ABDURRAHMAN UÇMAN	SAĞLIK İŞLERİ MÜD.	
3.	HATİCE SAĞIROĞĞLU	SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ PSİKOLOG	
4.	EMİNE KAYA	SAĞLIK İŞL MÜD HEMŞİRE	
5.	MÜZEYYEN ALTINTAŞ	SAĞLIK İŞL MÜD. HEMŞİRE	
6.	ANIL MERT AKDAĞ	SAĞLIK İŞL MÜD. HEMŞİRE	
7.	SANIYE GÜNEL	SAĞLIK İŞL MÜD LABORANT	
KURTARMA EKİBİ			
1.	DR. FATMA ÖZKAN AĞIRTAŞ	SAĞLIK İŞL MÜD. TABİP	
2.	MERVE NUR DEMİREL	SAĞLIK İŞL MÜD ÇÖZÜMLEYİCİ	
3.	DT.NİLÜFER ÖZBAYRAK AÇIKGÖZ	SAĞLIK İŞL MÜD DIŞ HEKİMİ	
4.	GÜLSEREN TAŞDELEN	SAĞLIK İŞLERİ MÜD LABORANT	
5.	SİNEM BAL	SAĞLIK İŞLERİ MÜD HEMŞİRE	
6.	EMEL ÇELİK	SAĞLIK İŞLERİ MÜD HEMŞİRE	
7.	İSMAİL ESER	SAĞLIK İŞLERİ MÜD LABORANT	
KORUMA EKİBİ			
1.	DT.HATİCE AKDERE	SAĞLIK İŞLERİ MÜD DIŞ HEKİMİ	
2.	BEYHAN GÜMÜŞAY AYDEMİR	SAĞLIK İŞLERİ MÜD BİLGİSAYAR İŞLETMENİ	
3.	DT. SEVGİ ÇİÇEK	SAĞLIK İŞLERİ MÜD DIŞ HEKİMİ	
4.	NESLİ BAYRAM ÇİÇEK	SAĞLIK İŞLERİ MÜD KİMYA MÜHENDİSİ	
5.	TUĞBA EZGİN	SAĞLIK İŞLERİ MÜD HEMŞİRE	
6.	ŞEYDA MOR	SAĞLIK İŞLERİ MÜD HEMŞİRE	
7.	NEVHAN HABERAL	SAĞLIK İŞLERİ MÜD BİYOLOK	
İLK YARDIM EKİBİ			
1.	DT.FATMA ERDEM ÇINAR	SAĞLIK İŞLERİ MÜD DIŞ HEKİMİ	
2.	SELİM TOSUN	SAĞLIK İŞLERİ MÜD MEMUR	
3.	DT.MERYEM GÖKÇE	SAĞLIK İŞLERİ MÜD DIŞ HEKİMİ	
4.	OSMAN ERGÜL	SAĞLIK İŞLERİ MÜD GASSAL	
5.	EBRU EMİNE ALTITORUN	SAĞLIK İŞLERİ MÜD HEMŞİRE	
6.	ŞEFİKA BİÇEN	SAĞLIK İŞLERİ MÜD HEMŞİRE	
7.	LEYLA HANCI	SAĞLIK İŞLERİ MÜD HEMŞİRE	

Abdurrahman UÇMAN
Sağlık İşleri Müdürü V.

Hazırlayan Merve Nur DEMİREL Çözümleyici	Kontrol Eden ve Onaylayan Abdurrahman UÇMAN Sağlık İşl. Müdürü V.
--	---



**İÇ KONTROL TEBLİĞİ
KARŞILAŞTIRMALI
UYGULAMA KILAVUZU**

	İÇ KONTROL TEBLİĞİ KARŞILAŞTIRMALI UYGULAMA KILAVUZU	 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:
		Revizyon Tarihi:



**KAMU İÇ KONTROL STANDARTLARI
İLE YAPILAN ÇALIŞMALARIN KARŞILAŞTIRILMASI
ÇAPRAZ REFERANS LİSTESİ**

	İÇ KONTROL TEBLİĞİ KARŞILAŞTIRMALI UYGULAMA KILAVUZU		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:

İÇ KONTROL STANDARLARI BİLEŞENLERİ

1. KONTROL ORTAMI STANDARTLARI
2. RİSK DEĞERLENDİRMESİ STANDARTLARI
3. KONTROL FAALİYETLERİ STANDARTLARI
4. BİLGİ VE İLETİŞİM STANDARTLARI
5. İZLEME STANDARTLARI

1990

	İÇ KONTROL TEBLİĞİ KARŞILAŞTIRMALI UYGULAMA KILAVUZU		
Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:

I-KONTROL ORTAMI STANDARTLARI

Kontrol ortamı, iç kontrolün diğer unsurlarına temel teşkil eden genel bir çerçeve olup, kişisel ve mesleki dürüstlük, yönetim ve personelin etik değerleri, iç kontrole yönelik destekleyici tutum, mesleki yeterlilik, organizasyonel yapı, insan kaynakları politikaları ve uygulamaları ile yönetim felsefesi ve iş yapma tarzına ilişkin hususları kapsar.

1. Standart: 1 Etik Değerler ve Dürüstlük

Personel davranışlarını belirleyen kuralların personel tarafından bilinmesi sağlanmalıdır

Bu standart için gerekli genel şartlar:		Uygulamada Yapılacaklar
1.1.	İç kontrol sistemi ve işleyişi yönetici ve personel tarafından sahiplenilmeli ve desteklenmelidir.	- Genel bilgilendirme ve birimlerde bilgilendirme - Eğitim duyuru yazışmaları
1.2.	İdarenin yöneticileri iç kontrol sisteminin uygulanmasında personele örnek olmalıdırlar.	Birim yöneticileri ile birlikte
1.3.	Etik kurallar bilinmeli ve tüm faaliyetlerde bu kurallara uyulmalıdır.	- Etik kurlalar kurum ve birim bazında - Etik değerler bildirimleri onaylı
1.4.	Faaliyetlerde dürüstlük, saydamlık ve hesap verebilirlik sağlanmalıdır.	Şeffaflık kriteri bilgilere ilgililerin erişebilirliğidir
1.5.	İdarenin personeline ve hizmet verilenlere adil ve eşit davranılmalıdır.	Hukuka uygunluk, mevzuata
1.6.	İdarenin faaliyetlerine ilişkin tüm bilgi ve belgeler doğru, tam ve güvenilir olmalıdır.	Denetim raporları

NOT : Çalışma mevcut durum analiz aracı olarak SWOT(GZFT) analiz yapılması ile başlatılır/dır

	İÇ KONTROL TEBLİĞİ KARŞILAŞTIRMALI UYGULAMA KILAVUZU		
Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:

I-KONTROL ORTAMI STANDARTLARI

2. Standart: 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.

Bu standart için gerekli genel şartlar:	Uygulamada Yapılacaklar
2.1. İdarenin misyonu yazılı olarak belirlenmeli, duyurulmalı ve personel tarafından benimsenmesi sağlanmalıdır	Misyon, Vizyon, Etik değerler bildirimleri onaylı ıslak imzalı (hardcopy)
2.2. Misyonun gerçekleştirilmesini sağlamak üzere idare birimleri ve alt birimlerince yürütülecek görevler yazılı olarak tanımlanmalı ve duyurulmalıdır	- Organizasyon şeması - Görev Tanımları
2.3. İdare birimlerinde personelin görevlerini ve bu görevlere ilişkin yetki ve sorumluluklarını kapsayan görev dağılım çizelgesi oluşturulmalı ve personele bildirilmelidir.	- Görev Tanımları - Yetki devri ve Vekalet planlama tablosu - Prosedürler
2.4. İdarenin ve birimlerinin organizasyon şeması olmalı ve buna bağlı olarak fonksiyonel görev dağılımı belirlenmelidir.	- Organizasyon şemaları - Görev Tanımları - Personel listeleri
2.5. İdarenin ve birimlerinin organizasyon yapısı, temel yetki ve sorumluluk dağılımı, hesap verebilirlik ve uygun raporlama ilişkisini gösterecek şekilde olmalıdır.	- Birim faaliyet raporları - Süreç izleme Sistematiği - SGG(Sürecin Gözden geçirilmesi prosedürü) - SGG Tutanak Formu
2.6. İdarenin yöneticileri, faaliyetlerin yürütülmesinde " Hassas Görevler "e ilişkin prosedürleri belirlemeli ve personele duyurmalıdır.	- Hassas görevler Prosedürü - Hassas Görevler Tablosu - Süreç izleme sistematiği
2.7 Her düzeydeki yöneticiler verilen görevlerin sonucunu izlemeye yönelik mekanizmalar oluşturulmalıdır	- Süreç İzleme ve ölçümü - SGG(Sürecin gözden geçirilmesi)

	İÇ KONTROL TEBLİĞİ KARŞILAŞTIRMALI UYGULAMA KILAVUZU		
Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:

I-KONTROL ORTAMI STANDARTLARI

3. Standart:3. Personelin yeterliliği ve performansı

İdareler, personelin yeterliliği ve görevleri arasındaki uyumu sağlamalı, performansın değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik önlemler almalıdır.

Bu standart için gerekli genel şartlar:		Uygulamada Yapılacaklar
3.1.	İnsan Kaynakları Yönetimi , idarenin amaç ve hedeflerinin gerçekleşmesini sağlamaya yönelik olmalıdır	- Organizasyon şeması - Görev Tanımları - Yetki devri tablosu
3.2.	İdarenin yönetici ve personeli görevlerini etkin ve etkili bir şekilde yürütebilecek bilgi, deneyim ve yeteneğe sahip olmalıdır.	- Görev tanımlarında yeterlilik kriterlerinin tanımlanması - Yetki vekalet tanımlanması
3.3.	Mesleki yeterliliğe önem verilmeli ve her görev için en uygun personel seçilmelidir.	- Görevlerin gerektirdiği yetkinlik ve yeterlilik kriterleri tanımlanması - Yasal mevzuat
3.4.	Personelin işe alınması ile görevinde ilerleme ve yükselmesinde liyakat ilkesine uyulmalı ve bireysel performansı göz önünde bulundurulmalıdır.	- Kariyer planlaması; - İnsan kaynakları yönetimi prosedürü
3.5.	Her görev için gerekli eğitim ihtiyacı belirlenmeli, bu ihtiyacı giderecek eğitim faaliyetleri her yıl planlanarak yürütülmeli ve gerektiğinde güncellenmelidir	Eğitim Prosedürü
3.6.	Personelin yeterliliği ve performansı bağlı olduğu yöneticisi tarafından en az yılda bir kez değerlendirilmeli ve değerlendirme sonuçları personel ile görüşülmelidir	Performans Yönetim Prosedürü
3.7.	Performans değerlendirmesine göre performansı yetersiz bulunan personelin performansını geliştirmeye yönelik önlemler alınmalı, yüksek performans gösteren personel için ödüllendirme mekanizmaları geliştirilmelidir.	- Öneri – Ödül Sistem Prosedürü - Öneri Formu
3.8.	Personel istihdamı, yer değiştirme, üst görevlere atanma, eğitim, performans değerlendirmesi, özlük hakları gibi insan kaynakları yönetimine ilişkin önemli hususlar yazılı olarak belirlenmiş olmalı ve personele duyurulmalıdır.	İnsan Kaynakları Yönetimi Prosedürü

	İÇ KONTROL TEBLİĞİ KARŞILAŞTIRMALI UYGULAMA KILAVUZU	 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:
		Revizyon Tarihi:

I-KONTROL ORTAMI STANDARTLARI

4. Standart: Yetki Devri

İdarelerde yetkiler ve yetki devrinin sınırları açıkça belirlenmeli ve yazılı olarak bildirilmelidir. Devredilen yetkinin önemi ve riski dikkate alınarak yetki devri yapılmalıdır

Bu standart için gerekli genel şartlar:		Uygulamada Yapılacaklar
4.1	İş Akış Süreçlerindeki imza ve onay mercileri belirlenmeli ve personele duyurulmalıdır.	- İş Tanımları - İş Akış şemaları - İş akışında onay noktalarının belirtilmesi
4.2.	Yetki devirleri, üst yönetici tarafından belirlenen esaslar çerçevesinde devredilen yetkinin sınırlarını gösterecek şekilde yazılı olarak belirlenmeli ve ilgililere bildirilmelidir	- Personel listesi - Yetki devri tablosu - Vekalet tablosu
4.3.	Yetki devri, devredilen yetkinin önemi ile uyumlu olmalıdır.	- Görev tanımları içinde - Yetki devri tablosu
4.4.	Yetki devredilen personel görevin gerektirdiği bilgi, deneyim ve yeteneğe sahip olmalıdır.	Yetki devri tablosu
4.5.	Yetki devredilen personel, yetkinin kullanımına ilişkin olarak belli dönemlerde yetki devredene bilgi vermeli, yetki devreden ise bu bilgiyi aramalıdır.	Görevin gerektirdiği kriterler görev tanımları içeriğinde yer alması

	İÇ KONTROL TEBLİĞİ KARŞILAŞTIRMALI UYGULAMA KILAVUZU		
Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:

II - RİSK DEĞERLENDİRME STANDARTLARI

5. Standart: 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.

Bu standart için gerekli genel şartlar:	Uygulamada Yapılacaklar
5.1. İdareler, misyon ve vizyonlarını oluşturmak, stratejik amaçlar ve ölçülebilir hedefler saptamak, performanslarını ölçmek, izlemek ve değerlendirmek amacıyla katılımcı yöntemlerle stratejik plan hazırlamalıdır.	• <i>Stratejik Plan</i> • <i>Performans programı</i>
5.2. İdareler, yürütecekleri program, faaliyet ve projeleri ile bunların kaynak ihtiyacını, performans hedef ve göstergelerini içeren Performans Programı hazırlamalıdır.	• <i>Performans Programı</i> • <i>Kurum Yıllık Faaliyet Raporu</i>
5.3. İdareler, bütçelerini stratejik planlarına ve performans programlarına uygun olarak hazırlamalıdır.	• <i>Yıllık Performans Programları</i>
5.4. Yöneticiler, faaliyetlerin ilgili mevzuat, stratejik plan ve performans programıyla belirlenen amaç ve hedeflere uygunluğunu sağlamalıdır.	• <i>Performans sonuçları değerlendirme tabloları</i>
5.5. Yöneticiler, görev alanları çerçevesinde idarenin hedeflerine uygun özel hedefler belirlemeli ve personeline duyurmalıdır.	• <i>Stratejik Hedefleri</i> • <i>Performans hedefleri</i> • <i>Performans Göstergeleri</i>
5.6 İdarenin ve birimlerinin hedefleri, spesifik, ölçülebilir, ulaşılabilir, ilgili ve süreli olmalıdır.	• <i>Performans Göstergeleri</i> • <i>Faaliyetler</i>

6. Standart: 6. Risklerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi

İdareler, sistemli bir şekilde analizler yaparak amaç ve hedeflerinin gerçekleşmesini engelleyebilecek iç ve dış riskleri tanımlayarak değerlendirmeli ve alınacak önlemleri belirlemelidir.

Bu standart için gerekli genel şartlar:	Uygulamada yapılacaklar
6.1. İdareler, her yıl sistemli bir şekilde amaç ve hedeflerine yönelik riskleri belirlemelidir.	• <i>Risk Yönetim Prosedürü</i> • <i>Risk değerlendirme Formu</i> • <i>Risk Koordinatörü Görev Tanımı</i>
6.2. Risklerin gerçekleşme olasılığı ve muhtemel etkileri yılda en az bir kez analiz edilmelidir.	• <i>SGG(Sürecin Gözden geçirilmesi)</i>
6.3. Risklere karşı alınacak önlemler belirlenerek eylem planları oluşturulmalıdır.	• <i>Kontrol Faaliyetleri Prosedürü</i>

	İÇ KONTROL TEBLİĞİ KARŞILAŞTIRMALI UYGULAMA KILAVUZU		
Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:

III-KONTROL FAALİYETLERİ STANDARTLARI

Kontrol faaliyetleri, idarenin hedeflerinin gerçekleştirilmesini sağlamak ve belirlenen riskleri yönetmek amacıyla oluşturulan politika ve prosedürlerdir.

7. Standart: 7 Kontrol stratejileri ve yöntemleri

İdareler, hedeflerine ulaşmayı amaçlayan ve riskleri karşılamaya uygun kontrol strateji ve yöntemlerini belirlemeli ve uygulamalıdır.

Bu standart için gerekli genel şartlar	Uygulamada-Yapılacaklar
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 v.b.) belirlenmeli ve uygulanmalıdır.	- Süreç Yönetimi Prosedürü - Süreç İzleme Formu - S.G.G (Sürecin Gözden Geçirme Prosedürü - SGG İzleme kayıt formu)Banchmarking?
7.2. Kontroller, gerekli hallerde, işlem öncesi kontrol, süreç kontrolü ve işlem sonrası kontrolleri de kapsamalıdır.	Kontrol Faaliyetleri Prosedürü
7.3. Kontrol faaliyetleri, varlıkların dönemsel kontrolünü ve güvenliğinin sağlanmasını kapsamalıdır.	Kontrol faaliyetleri Prosedürü
7.4. Belirlenen kontrol yönteminin maliyeti beklenen faydayı aşmamalıdır.	- Risk Yönetimi Prosedürü - Kontrol Faaliyetleri Prosedürü

Standart:8 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

Bu standart için gerekli genel şartlar:	Uygulamada-Yapılacaklar
8.1. İdareler, faaliyetleri ile mali karar ve işlemleri hakkında yazılı prosedürler belirlemelidir.	- Birim Süreçleri Prosedürleri - Satınalma Prosedürleri
8.2. Prosedürler ve ilgili dokümanlar, faaliyet veya mali karar ve işlemin başlaması, uygulanması ve sonuçlandırılması şamalarını kapsamalıdır.	- Görev Tanımları - İş Tanımları - İş Akış Şemaları
8.3 Prosedürler ve ilgili dokümanlar, güncel, kapsamlı, mevzuata uygun ve ilgili personel tarafından anlaşılabilir ve ulaşılabilir olmalıdır.	Kontrol Faaliyetleri Prosedürü

Standart: 9 Görevler ayrılığı

Hata, eksiklik, yanlışlık, usulsüzlük ve yolsuzluk risklerini azaltmak için faaliyetler ile mali karar ve işlemlerin onaylanması, uygulanması, kaydedilmesi ve kontrol edilmesi görevleri personel arasında paylaştırılmalıdır.

Bu standart için gerekli genel şartlar:	Uygulamada-Yapılacaklar
9.1. Her faaliyet veya mali karar ve işlemin onaylanması, uygulanması, kaydedilmesi ve kontrolü görevleri farklı kişilere verilmelidir.	Harcama Birimleri Satın almalarını kendileri yapması
9.2. Personel sayısının yetersizliği nedeniyle görevler ayrılığı ilkesinin tam olarak uygulanmadığı idarelerin yöneticileri risklerin farkında olmalı ve gerekli önlemleri almalıdır.	Risk yönetimi Prosedürü

	İÇ KONTROL TEBLİĞİ KARŞILAŞTIRMALI UYGULAMA KILAVUZU		
Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:

III KONTROL FAALİYETLERİ STANDARTLARI		
Standart: 10 Hiyerarşik kontroller Yöneticiler, iş ve işlemlerin prosedürlere uygunluğunu sistemli bir şekilde kontrol etmelidir.		
Bu standart için gerekli genel şartlar:	Uygulamada Yapılacaklar	
10.1.	Yöneticiler, prosedürlerin etkili ve sürekli bir şekilde uygulanması için gerekli kontrolleri yapmalıdır	• Kontrol faaliyetleri Prosedürü • (S.G.G) Sürecin Gözden
10.2.	Yöneticiler, personelin iş ve işlemlerini izlemeli ve onaylamalı, hata ve usulsüzlüklerin giderilmesi için gerekli talimatları vermelidir	• SSG (Sürecin Geçirme Prosedürü) • Süreç İzleme Prosedürü
Standart: 11. Faaliyetlerin sürekliliği İdareler, faaliyetlerin sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli önlemleri almalıdır		
Bu standart için gerekli genel şartlar:	Uygulamada yapılacaklar	
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.	• SGG(Sürecin Gözden geçirilmesi Prosedürü) • Süreç izleme • Doküman Yönetimi • Güncellemeler
11.2.	Gerekli hallerde usulüne uygun olarak vekil personel görevlendirilmelidir	• Görev tanımları • Yetki Devri Tablosu
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.	• (Süreç izleme formu) • Görev teslim formu

	İÇ KONTROL TEBLİĞİ KARŞILAŞTIRMALI UYGULAMA KILAVUZU		 TS EN ISO 9001 TS ISO 10002 TS EN ISO 14001
Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:

III KONTROL FAALİYETLERİ STANDARTLARI

Standart: 12 Bilgi sistemleri kontrolleri

İdareler, bilgi sistemlerinin sürekliliğini ve güvenilirliğini sağlamak için gerekli kontrol mekanizmaları geliştirmelidir.

Bu standart için gerekli genel şartlar:		Uygulamada Yapılacaklar
12.1.	Bilgi sistemlerinin sürekliliğini ve güvenilirliğini sağlayacak kontroller yazılı olarak belirlenmeli ve uygulanmalıdır	- Bilgi güvenliği Prosedürü - SGG Prosedürü
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.	Bilgi Güvenliği ve Yönetimi Prosedürü
12.3	İdareler bilişim yönetişimini sağlayacak mekanizmalar geliştirmelidir.	Bilgi Güvenliği ve Yönetimi Prosedürü ve ekleri

	İÇ KONTROL TEBLİĞİ KARŞILAŞTIRMALI UYGULAMA KILAVUZU		
Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:

IV -BİLGİ VE İLETİŞİM STANDARTLARI

Bilgi ve iletişim, gerekli bilginin ihtiyaç duyan kişi, personel ve yöneticiye belirli bir formatta ve ilgililerin iç kontrol ve diğer sorumluluklarını yerine getirmelerine imkan verecek bir zaman dilimi içinde iletilmesini sağlayacak bilgi, iletişim ve kayıt sistemini kapsar

Standart: 13 Bilgi ve iletişim

İdareler, birimlerinin ve çalışanlarının performansının izlenebilmesi, karar alma süreçlerinin sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi ve hizmet sunumunda etkinlik ve memnuniyetin sağlanması amacıyla uygun bir bilgi ve iletişim sistemine sahip olmalıdır.

Bu standart için gerekli genel şartlar:

Uygulamada -Yapılacaklar

13.1.	İdarelerde, yatay ve dikey iç iletişim ile dış iletişimi kapsayan etkili ve sürekli bir bilgi ve iletişim sistemi olmalıdır.	İletişim Yönetimi Prosedürü
13.2.	Yöneticiler ve personel, görevlerini yerine getirebilmeleri için gerekli ve yeterli bilgiye zamanında ulaşabilmelidir.	- Bilgi Yönetimi Prosedürü - Arşiv Yönetimi Prosedürü
13.3.	Bilgiler doğru, güvenilir, tam, kullanışlı ve anlaşılabilir olmalıdır	Doküman Yönetimi Prosedürü
13.4.	Yöneticiler ve ilgili personel, performans programı bütçenin uygulanması ile kaynak kullanımına ilişkin diğer bilgilere zamanında erişebilmelidir.	- Raporlar - Arşiv Yönetimi
13.5.	Yönetim bilgi sistemi, yönetimin ihtiyaç duyduğu gerekli bilgileri ve raporları üretebilecek ve analiz yapma imkanı sunacak şekilde tasarlanmalıdır.	- Bilişim Yönetimi - Bilgi Yönetimi
13.6.	Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.	Vizyon, Misyon, Değerler Bildirimleri
13.7.	İdarenin yatay ve dikey iletişim sistemi personelin değerlendirme, öneri ve sorunlarını iletebilmelerini sağlamalıdır.	Öner Sistem Prosedürü

Standart: 14 Raporlama

İdarenin amaç, hedef, gösterge ve faaliyetleri ile sonuçları, saydamlık ve hesap verebilirlik ilkeleri doğrultusunda raporlanmalıdır.

Bu standart için gerekli genel şartlar:

Uygulamada -Yapılacaklar

14.1.	İdareler, her yıl, amaçları, hedefleri, stratejileri, varlıkları yükümlülükleri ve performans programlarını kamuoyuna açıklamalıdır.	- Performans Yönetimi Programı - Performans ölçüm Formu
14.2.	İdareler, bütçelerinin ilk altı aylık uygulama sonuçları, ikinci altı aya ilişkin beklentiler ve hedefler ile faaliyetlerini kamuoyuna açıklamalıdır.	Bütçe ve Kesin hesap raporu
14.3.	Faaliyet sonuçları ve değerlendirmeler idare faaliyet raporunda gösterilmeli ve duyurulmalıdır.	Yıllık Faaliyet raporu
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.	- Birim Faaliyet raporlar - Konsolide Kurum Faaliyet raporu

	İÇ KONTROL TEBLİĞİ KARŞILAŞTIRMALI UYGULAMA KILAVUZU		
Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:

IV -BİLGİ VE İLETİŞİM STANDARTLARI

Bilgi ve iletişim, gerekli bilginin ihtiyaç duyan kişi, personel ve yöneticiye belirli bir formatta ve ilgililerin iç kontrol ve diğer sorumluluklarını yerine getirmelerine imkan verecek bir zaman dilimi içinde iletilmesini sağlayacak bilgi, iletişim ve kayıt sistemini kapsar.

Standart: 15 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.

Bu standart için gerekli genel şartlar	Uygulamada Yapılacaklar
15.1. Kayıt ve dosyalama sistemi, elektronik ortamdakiler dahil, gelen ve giden evrak ile idare içi haberleşmeyi kapsamalıdır.	• Bilgi Yönetimi Prosedürü • Arşiv Yönetimi Prosedürü
15.2. Kayıt ve dosyalama sistemi kapsamlı ve güncel olmalı, yönetici ve personel tarafından ulaşılabilir ve izlenebilir olmalıdır.	• Arşiv Yönetimi • Evrak kayıt Süreci
15.3. Kayıt ve dosyalama sistemi, kişisel verilerin güvenliğini ve korunmasını sağlamalıdır.	• Arşiv Yönetimi Prosedürü
15.4. Kayıt ve dosyalama sistemi belirlenmiş standartlara uygun olmalıdır.	• Yazışma Genelgesi • Arşiv Yönetimi
15.5. Gelen ve giden evrak zamanında kaydedilmeli, standartlara uygun bir şekilde sınıflandırılmalı ve arşiv sistemine uygun olarak muhafaza edilmelidir	• Gelen Giden Evrak kayıt süreci • Elektronik ortam kayıt ve izleme
15.6. İdarenin iş ve işlemlerinin kaydı, sınıflandırılması korunması ve erişimini de kapsayan, belirlenmiş standartlara uygun arşiv ve dokümantasyon sistemi oluşturulmalıdır	• Arşiv Yönetimi Prosedürü

Standart: 16. Hata, usulsüzlük ve yolsuzlukların bildirilmesi

İdareler, hata, usulsüzlük ve yolsuzlukların belirlenen bir düzen içinde bildirilmesini sağlayacak yöntemler oluşturmalıdır.

Bu standart için gerekli genel şartlar:	Uygulamada-Yapılacaklar
16.1. Hata, usulsüzlük ve yolsuzlukların bildirim yöntemleri belirlenmeli ve duyurulmalıdır.	• Hata ve usulsüzlüklerin yönetimi Prosedürü
16.2. Yöneticiler, bildirilen hata, usulsüzlük ve yolsuzluklar hakkında yeterli incelemeyi yapmalıdır.	• Hata ve usulsüzlüklerin yönetimi Prosedürü
16.3. Hata, usulsüzlük ve yolsuzlukları bildiren personele haksız ve ayırimcı bir muamele yapılmamalıdır	• Hata ve usulsüzlüklerin yönetimi Prosedürü

	İÇ KONTROL TEBLİĞİ KARŞILAŞTIRMALI UYGULAMA KILAVUZU		
Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:

V - İZLEME STANDARTLARI

İzleme, iç kontrol sisteminin kalitesini değerlendirmek üzere yürütülen tüm izleme faaliyetlerini kapsar

Standart: 17 İç kontrolün değerlendirilmesi
İdareler iç kontrol sistemini yılda en az bir kez değerlendirmelidir.

Bu standart için gerekli genel şartlar	Uygulamada-Yapılacaklar
17.1. İç kontrol sistemi, sürekli izleme veya özel bir değerlendirme yapma veya bu iki yöntem birlikte kullanılarak değerlendirilmelidir.	• Prosedürler • Görev Tanımları
17.2. İç kontrolün eksik yönleri ile uygun olmayan kontrol yöntemlerinin belirlenmesi, bildirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması konusunda süreç ve yöntem belirlenmelidir.	• SGG Sürecin Gözden Geçirilmesi
17.3. İç kontrolün değerlendirilmesine idarenin birimlerinin katılımı sağlanmalıdır.	• İç Kontrol İzleme ve Yönlendirme kurulu Toplantısı
17.4. İç kontrolün değerlendirilmesinde, yöneticilerin görüşleri, kişi ve/veya idarelerin talep ve şikâyetleri ile iç ve dış denetim sonucunda düzenlenen raporlar dikkate alınmalıdır.	• İç Denetim Prosedürü • denetçilerinin yılda en az iki kez denetim yapmalarını ön görülür • Anketler yapılması
17.5 İç kontrolün değerlendirilmesi sonucunda alınması gereken önlemler belirlenmeli ve bir eylem planı çerçevesinde uygulanmalıdır.	• İç denetim Prosedürü

Standart 18 İç Denetim
İdareler bağımsız olarak iç denetim faaliyetini sağlamalıdır

Bu standart için gerekli şartlar	Uygulamada -Yapılacaklar
18.1. İç denetim faaliyeti iç koordinasyon kurumu tarafından belirlenen standartlara uygun bir şekilde yürütülmelidir	• İç Denetim Prosedürü • İç Denetim yıllık planı
18.2. İç denetim sonucunda idare tarafından alınması gerekli önlemleri içeren eylem planı hazırlanmalı, uygulanmalı ve izlenmelidir.	• İç Denetim raporları

