

 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Farabi Hastanesi	KTÜ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ (FARABI HASTANESİ) BAŞHEKİMLİĞİ			
	İÇ KONTROL KOMİSYONU İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ			
Dok. Kod: İK.PR.01	Yayın Tarihi:17.09.2025	Revizyon No:00	Revizyon Tarihi:00	Sayfa Sayısı:3

1.0.AMAÇ: KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi hastanesi) olarak, Kamu İç Kontrol mevzuatına uygun olarak faaliyetlerimizin etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde yürütülmesi, varlık ve kaynakların korunması, muhasebe kayıtlarının doğru ve tam olarak tutulması, mali bilgi ve yönetim bilgisinin zamanında ve güvenilir olarak üretilmesini sağlamak amacıyla oluşturulan Birim İç Kontrol Komisyonunun çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir.

2.0.KAPSAM: KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi hastanesi) olarak, Kamu İç Kontrol mevzuatı çerçevesinde kurulan, Birim İç Kontrol Komisyonu ve bağlı olarak kurulacak Birim Risk Komisyonu faaliyetlerini kapsar.

3.0.KISALTMALAR

KTÜ: Karadeniz Teknik Üniversitesi

4.0.TANIMLAR

Birim İç Kontrol Komisyonu: Kamu İç Kontrol mevzuatı çerçevesinde çalışmaları yürütmek üzere kurulan komisyon.

KTÜ Risk Strateji Belgesi: Karadeniz Teknik Üniversitesinin stratejik amaç ve hedefleri ile performans hedeflerine ulaşılmasını engelleyecek risklerin tespit edilmesine, tespit edilen risklerin analiz edilerek ölçülmesine, önceliklendirilmesine, risklere karşı alınacak önlemlerin belirlenerek uygulanmasına ve risk yönetim sürecinin izlenerek değerlendirilmesine ilişkin usul ve esasları belirlendiği belge.

Birim Risk Koordinatörü: Birim yöneticisi tarafından; birimin görevleri ile iç kontrol uygulamaları konusunda birikim ve tecrübesi olan yöneticiler arasından görevlendirdiği kişi

5.0.SORUMLULAR

▪ Başhekim
▪ Hastane Başmüdürü
▪ Birim İç Kontrol Komisyonu
▪ İç Kontrol Birim
▪ Bölüm/Birim Sorumluları
▪ Tüm Çalışanlar

6.0. FAALİYET AKIŞI

6.1. BİRİM İÇ KONTROL KOMİSYONU OLUŞTURULMASININ USUL VE ESASLARI

6.2. BİRİM İÇ KONTROL KOMİSYONU GÖREV VE SORUMLULUKLARI

6.3. BİRİM İÇ KONTROL KOMİSYONU ÇALIŞMA USUL VE ESASLARI

6.4. KOMİSYON TOPLANTILARININ KAYIT ALTINA ALINMASI

6.1. BİRİM İÇ KONTROL KOMİSYONU OLUŞTURULMASININ USUL VE ESASLARI

6.1.1. Birim İç Kontrol Komisyonu; 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrolü Kanunu, Kamu İç Kontrolü mevzuatı çerçevesinde kurulur ve faaliyet gösterir.

6.1.2. Etkin bir kontrol ortamı oluşturma kapsamında iç kontrol faaliyetleri üst yönetim sorumluluğu çerçevesinde yürütülür. İç kontrol sisteminin oluşturulması, uygulanması, geliştirilmesi, uygun bir şekilde yürütülmesinin gözetilmesi ve belgelendirilmesi de dâhil olmak üzere iç kontrol sistemini içine alan

hastane iç kontrol faaliyetlerinden üst yönetim sorumludur. Ancak hastane içerisinde çalışmaları yürütmek üzere mevzuat kapsamında Birim İç Kontrol Komisyonu kurulur ve başhekimin verdiği yetkiyle faaliyet gösterir.

6.1.3. Birim İç Kontrol Komisyonu; Başhekim, Başhekim Yardımcısı, Hastane Başmüdürü, Satın Alma, Taşınır Kayıt, Tahakkuk, Fatura Birimi Yöneticileri, Kalite Koordinatörü ve İç Kontrol Birim Çalışanından oluşmaktadır. Mevzuat gereği asgari bulunması gerekenler dışında iç kontrol çalışmalarına katkı sağlayabilecek kişiler başhekim kararıyla komisyona eklenebilmektedir.

6.1.4. Birim İç Kontrol Komisyonu kararı ile komisyona katkı sağlayabilecek farklı kişiler komisyona katılabilir. Komisyon üyeleri hastanede verilen idari-mali hizmet ve faaliyetleri kapsayacak şekilde belirlenir.

6.1.5. Bir takvim yılı içinde izinsiz veya mazeretsiz olarak üst üste dört toplantıya katılmayan üyenin üyeliği düşer ve yerine Başhekim tarafından yeni bir üye atanır.

6.1.6. Komisyonun başkanlığını Başhekim yapar olmadığı durumlarda Başhekim Yardımcısı başkanlık yapar.

6.1.7. Birim İç Kontrol Komisyonu çalışmaları kapsamında ve KTÜ Risk Strateji Belgesi doğrultusunda belirlenmesi gereken; İç Kontrol Birim Risk Koordinatörü ve Birim Risk Çalışma Gurubu komisyon tarafından seçilir ve komisyon altında birim risk çalışmalarını koordine eder.

6.2.BİRİM İÇ KONTROL KOMİSYONU GÖREV VE SORUMLULUKLARI

6.2.1. Mevcut iç kontrol sistemlerini, Kamu İç Kontrol Standartları ile uyumlu hale getirmek için yapılan çalışmalar sonucunda elde edilecek çıktı veya sonuçların (doküman, prosedür, talimat, şema, rapor, çizelge, eğitim programı, rehber, yazılım, kontrol listeleri, vb.) incelemek, değerlendirmek ve uygulanmasını sağlamak,

6.2.2. Hastanenin misyonunun ve amaçlarının gerçekleştirilmesi, gelir gider ve varlıklarının etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde yönetilmesi, kötüye kullanım, usulsüzlük ve yolsuzlukların önlenmesi, mali ve operasyonel bilgilerinin doğruluğunun ve güvenilirliğinin sağlanması, faaliyetlerin mevzuata uygunluğunun sağlanması için gerekli olan faaliyetleri belirlemek, gereken önlemleri almak,

6.2.3. Etkin bir kontrol ortamı oluşturma kapsamında iç kontrol faaliyetleri; İç kontrol sisteminin oluşturulması, uygulanması, geliştirilmesi, uygun bir şekilde yürütülmesinin gözetilmesi ve belgelendirilmesi de dâhil olmak üzere iç kontrol sistemini içine alan hastane iç kontrol faaliyetlerini koordine etmek,

6.2.4. İç kontrol mevzuatı çerçevesinde hastanenin organizasyon yapısını, işleyişini, görev yetki ve sorumlulukları, karar alma süreçlerini kapsayan ve hastane idari-mali hizmet birimi çalışanlarının tamamının rol aldığı dinamik bir süreci yönetmek,

6.2.5. İç kontrol sisteminin kurulması, standartlarının uygulanması ve geliştirilmesi konularında çalışmalar yapmak, gereken eğitimleri düzenlemek ve çalışma sonuçlarını üst yöneticiye sunmak,

6.2.6. Faaliyetlerin yürütülmesinde kurumsal bir yönetim yaklaşımı ile bütün birimlerdeki idari mali her türlü iş ve eylemlerin iç kontrol mevzuatı çerçevesinde yapılmasını sağlamak.

6.2.7. İç kontrol çalışmalarına tüm idari mali hizmet birimi personelini dâhil etmek. her bir personel görev tanımı çerçevesinde kendisine verilen iş ve işlemleri etkin ve verimli bir şekilde mevzuata uygun olarak yürütmesini sağlamak,

6.2.8. Hastanenin faaliyetlerini yürütürken amaç ve hedeflerinin gerçekleşmesini engelleyebilecek iç ve dış risklerin değerlendirildiği ve gerekli önlemlerin alındığı eylem planlarının oluşturulmasını sağlamak ve üst yöneticiye sunmak,

6.2.9. İç Kontrol çalışmalarını bir bütünlük içinde sonuç odaklı yürütmek; dürüstlük, şeffaflık, hesap verebilirlik, duyarlılık, katılımcılık, performans dayalı yönetim ilkelerini esas almak.

6.2.10. Kişi ve/veya kurumların talep ve şikâyetleri ile iç ve dış denetim sonucunda düzenlenen raporları da dikkate alarak kurulmuş olan iç kontrol sisteminin işleyişini, her yıl periyodik olarak değerlendirmek ve üst yöneticiye raporlamak,

6.2.11. Hastane faaliyetlerinin yürütülmesinde, risk odaklı yaklaşımlar çerçevesinde söz konusu olabilecek risklerin görünür hale getirilip yönetilebilmesi için eylem ve kontrol noktalarının oluşturulabilmesinin sağlanması amacıyla KTÜ Risk Strateji Belgesi kapsamında komisyon üyeleri arasından Birim Risk koordinatörü belirlemek,

6.2.12. KTÜ Risk Strateji Belgesi kapsamında idari mali hizmetler birim risk yönetimi kültürünün geliştirilmesi için risklerinin farkındalığını sağlamak ve bunlara doğru şekilde önlemler alınması için gerekli çalışmaları yapmak amacıyla iç kontrol birim risk çalışma gurubu oluşturmak,

6.3.BİRİM İÇ KONTROL KOMİSYONU ÇALIŞMA USUL VE ESASLARI

6.3.1. Birim İç Kontrol Komisyonu normal olarak yılda en az 4 kez ve gerektiğinde toplanır. Başkan gerekli gördüğü hallerde veya komisyon üyelerinin salt çoğunluğunun yazılı isteği üzerine Komisyonu toplantıya çağırır.

6.3.2. Birim İç Kontrol Komisyonu üye tam sayısının salt çoğunluğu ile toplanır ve salt çoğunluk ile karar alınır. Oyların eşit olması durumunda başkanın oyu doğrultusunda karar verilir.

6.3.3. Birim İç Kontrol Komisyonu, KTÜ Risk Strateji Belgesi kapsamında yapılacak risk yönetimi çalışmalarını yönetmek üzere seçilen birim risk koordinatörüne gerekli bilgileri ve desteği sağlamak üzere, komisyon üyeleri dışından idari mali bölüm ve birim sorumlularından oluşan "Birim Risk Çalışma Grubu" oluşturur.

6.3.4. Birim Risk Koordinatörü, oluşturulan Birim Risk Çalışma Gurubuna rehberlik yapar ve çalışmalar koordineli yürütülür.

6.3.5. Birim Risk Komisyonun yapacağı çalışmalar ve hazırlayacakları raporlar, Birim İç Kontrol Komisyonunun yapacağı değerlendirmelere, süreç geliştirme çalışmalarına ve hazırlanacak raporlara girdi teşkil eder.

6.4.KOMİSYON TOPLANTILARININ KAYIT ALTINA ALINMASI

6.4.1. Birim İç Kontrol Komisyonu toplantı periyodu yıllık planlaması iç kontrol birim çalışanı tarafından yapılır en az 1 hafta önceden toplantı gündemi, yeri ve saati yazılı olarak gönderilerek üyelere hatırlatma yapılır. İç kontrol birim çalışanı tarafından toplantı gündem ve konuşulacak maddele göre sunum hazırlanır ve gündem sırasına göre toplantı gerçekleştirilir.

6.4.2. Toplantı daveti başkan tarafından periyoda göre ya da gerektiğinde yapılır.

6.4.3. Birim İç Kontrol Komisyonu toplantısı salt çoğunlukla yapılır, her toplantıya üye sayısının yarısı ve bir fazlası katıldığında kararlar alınabilir ve toplantı gerçekleştirilir.

6.4.4. Toplantı gündemi sırasına göre toplantı gerçekleştirilir.

6.4.5. Toplantıda konuşulanlar ve alınan kararlar iç kontrol birim çalışanı tarafından rapor edilir.

Toplantı tutanakları yazılır ve komisyon üyelerine toplantı katılım formu imzalatılır.

6.4.6. Toplantıda alınan kararlar komisyon başkanı ve üyeler tarafından gerçekleştirilmesi için ilgili sorumlu/sorumlular belirlenir, yönetici onayıyla ilgili kişi veya birime gönderilir.

6.4.7. Alınan her karar bir sonraki toplantıda yeniden gündeme alınır sonuçlanıp sonuçlanmadığı gözden geçirilir.

6.4.8. Sonuçlanmayan kararlar için daha ileri bir düzeltici önleyici faaliyet ya da kök neden analizi yapılır.

6.4.9. Yıl içinde alınan toplantı kararları performans göstergesi açısından kriter olarak değerlendirilir ve her yılın sonunda faaliyet raporu hazırlanır. Böylelikle komisyonun etkinliği-etkililiği ölçülmüş olur.